

안 홍 석 교수지도
박사학위 청구논문

건강신념모델에 기초한 성인의
라이프스타일에 따른 건강신념수준과
건강행동실천 비교

2012

성신여자대학교 대학원
식품영양학과
최 나 홍

건강신념모델에 기초한 성인의
라이프스타일에 따른 건강신념수준과
건강행동실천 비교

안 홍 석 교수지도

이 논문을 박사학위논문으로 제출함

2011년 10월


성신여자대학교 대학원

식품영양학과

최 나 홍

인 준 서


최나홍의 박사학위 논문으로 인준함

심사위원 이 승 민 

심사위원 주 명 애 

심사위원 김 수 연 

심사위원 배 현 숙 

심사위원 안 홍 석 

성신여자대학교 대학원

논문개요

세계보건기구(World Health Organization: WHO)에서 ‘건강이란 다만 질병이 없거나 허약하지 않은 것을 의미하는 것이 아니라 신체적, 정서적 및 사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것이다’라고 정의하였다. 건강의 개념은 심신의 개념에서 생활개념으로 바뀌었고, 건강은 라이프스타일과 여러 요인들의 영향에 의해서 달라질 수 있다. 최근 건강에 대한 연구는 다각적인 방법으로 연구되고 있다.

라이프스타일이란 사람들의 생활양식, 행동양식, 사고방식과 같은 생활의 모든 측면의 사회적, 문화적, 심리적 차이를 전체적인 형태로 나타낸 것으로, 개인의 독특한 삶의 패턴과 생활양식을 의미한다. 최근 건강한 라이프스타일의 중요성이 강조되고 있으며, 특히 건강행동 요인인 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동에 대한 연구는 필요하며, 라이프스타일에 따른 건강행동을 지속적으로 유지하기 위한 기초자료의 확립은 매우 중요하다.

이 연구의 목적은 서울지역 성인 1,004명을 대상으로 라이프스타일에 따른 다양한 건강행동을 파악하고자 건강신념모델에 기초하여 건강신념 수준과 건강행동실천을 비교하였다. 구체적으로는, 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동의 6가지 건강행동 요인에 대하여 건강신념변수의 수준을 건강신념모델을 토대로 하여 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감을 알아보았다.

라이프스타일 추출을 위한 요인분석과 라이프스타일에 따른 대상자 분류를 위한 군집분석을 실시하였다. 건강신념변수를 위한 건강신념모델의 모든 문항은 Likert식의 5점 등간 척도를 이용하여 측정하였으며, 건강신

념변수 중 인지된 유의성과 자아효능감은 점수가 높을수록 건강신념변수의 수준이 높고, 인지된 장애성은 건강신념변수의 수준이 낮은 것을 의미하였다. 건강행동실천의 경우 식행동은 식생활지킴정도, 체중조절행동은 체중조절을 위한 경험 여부, 건강기능식품행동은 건강기능식품의 섭취 여부, 음주행동은 음주 횟수와 1회 음주량, 흡연행동은 1일 흡연량, 운동행동은 1주일 동안의 운동횟수와 1회 운동시간을 측정하였다. 라이프스타일에 따른 건강신념의 건강행동 예측요인을 측정하였다. 본 연구의 통계처리는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

1. 연구 대상자의 일반사항

연구 대상자는 전체 중 여성 625명(62.3%), 남성 379명(37.7%)로 여성이 많았으나, 사회지향형 라이프스타일에서만 여성 114명(45.4%), 남성 107명(35.5%)로 남성의 비율이 조금 더 높았다. 연령별로는 30대는 유행지향형 라이프스타일이, 40~50대는 건강지향형 라이프스타일의 비율이 높았다. BMI는 $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상의 과체중 이상은 사회지향형 라이프스타일이 107명(42.8%)로 가장 높았고, 유행지향형 라이프스타일이 51명(23.7%)로 가장 낮았다. 최종학력은 사회지향형 라이프스타일이 200명(61.1%)로 가장 높았고, 직업은 전체 중 사무·행정 관리직이 349명(34.8%)로 높았으며, 모든 라이프스타일군에서 비슷하였다. 결혼 상태는 기혼은 건강지향형 라이프스타일이 133명(56.1%)로 높았고, 미혼은 유행지향형 라이프스타일이 121명(56.3%)로 높았다. 한 달 용돈은 40만원 이상자가 유행지향형 라이프스타일이 121명(56.3%)로 가장 높았다.

2. 라이프스타일

라이프스타일의 요인분석 결과 건강관리추구형, 유행추구형, 사회지향형,

계획중시형, 정보활용형, 자기신뢰형, 미래보장추구형의 7개의 요인으로 세부 영역이 분류되었으며, 군집분석을 통하여 최종 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일, 건강지향형 라이프스타일의 4군집으로 분류되었다.

3. 식행동 관련 건강신념수준

인지된 유익성은 건강지향형 라이프스타일에서 유의하게 높고($p < 0.05$), 자아효능감은 건강지향형 라이프스타일과 유행지향형 라이프스타일에서 유의하게 높았다($p < 0.001$).

4. 체중조절행동 관련 건강신념수준

인지된 유익성과 인지된 장애성에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 자아효능감에서는 건강지향형 라이프스타일이 유의하게 높았다($p < 0.05$).

5. 건강기능식품 관련 건강신념수준

인지된 유익성은 건강지향형 라이프스타일과 유행지향형 라이프스타일이 유의하게 높았고($p < 0.01$), 인지된 장애성은 건강지향형 라이프스타일이 유의하게 낮았으며($p < 0.001$), 자아효능감은 건강지향형 라이프스타일이 유의하게 높았다($p < 0.001$).

6. 음주 관련 건강신념수준

인지된 유익성에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 인지된 장애성은 건강지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일에서 유의하게 낮았고($p < 0.05$), 자아효능감에서는 건강지향형 라이프스타일이 유의하게 높았다

($p < 0.01$).

7. 흡연 관련 건강신념수준

인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

8. 운동 관련 건강신념수준

인지된 유익성과 인지된 장애성에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 자아효능감에서 건강지향형 라이프스타일이 유의하게 높았다($p < 0.05$).

9. 건강행동실천

건강행동실천은 건강지향형 라이프스타일에서 식생활지킴정도($p < 0.001$)를 잘 지키고, 체중조절행동은($p < 0.05$) 운동과 식이요법을 잘 선택하고 있으며, 건강기능식품 섭취($p < 0.01$)를 현재 하고 있고, 음주량($p < 0.001$)은 적으며, 운동 횟수($p < 0.05$)는 많아 유의한 차이를 나타냈다. 건강지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일에서는 음주횟수($p < 0.001$)가 적어 유의한 차이를 나타냈다. 사회지향형 라이프스타일은 흡연량($p < 0.05$)이 가장 많아 유의한 차이가 나타났다.

10. 건강신념수준과 건강행동실천 연관성

라이프스타일에 따른 건강신념이 건강행동실천에 미치는 연관성은 건강행동을 예측할 때 건강신념모델이 유용하게 사용될 수 있음을 나타냈으며, 사용된 모델 중 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감 중에서 특히 자아효능감은 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 운동 행동에서

모든 라이프스타일에서 유의하였으며($p < 0.001$), 음주행동은 사회지향형 라이프스타일($p < 0.01$), 경제지향형 라이프스타일($p < 0.001$)에서 유의하였고, 흡연 행동은 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일에서 유의하였고($p < 0.01$), 건강지향형 라이프스타일($p < 0.05$)에서 유의하여, 건강행동 예측에 있어 가장 눈에 띄는 요인으로 부각되었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 라이프스타일은 건강행동 요인인 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동에 대해서 건강신념수준과 건강행동실천에 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 특히, 건강지향형 라이프스타일은 여러 건강행동에 있어 인지된 유익성이 유의하게 높고, 인지된 장애성이 유의하게 낮으며, 자아효능감이 유의하게 높은 것으로 나타난 반면 사회지향형 라이프스타일은 인지된 유익성이 유의하게 낮고, 인지된 장애성이 유의하게 높으며, 자아효능감이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 또한 건강신념과 건강행동실천 간 연관성에 대해 건강신념모델이 유용하게 사용될 수 있음을 시사하였으며, 그 중 자아효능감이 건강행동 예측에 가장 눈에 띄는 요인으로 나타났다. 즉, 다양한 건강행동과 관련하여 라이프스타일에 따른 건강행동신념수준과 건강행동실천정도가 유의하게 다르므로 건강행동에 관한 교육을 시행함에 있어 라이프스타일에 맞는 건강행동의 특성을 반영하여 각 목표 집단에 맞춤형 교육내용을 설정하는 것이 유용하고 판단된다.

이에 성인의 건강행동을 위한 자료로 적극 활용되며, 더욱 많은 연구가 이루어져 성인의 지속적인 건강증진에도 기여할 수 있기를 기대하는 바이다.

목 차

논문개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구의 가설	5
II. 이론적 배경	7
1. 건강신념모델	7
2. 라이프스타일	11
1) 라이프스타일의 개념	11
2) 라이프스타일의 분석방법	15
3. 건강신념변수	19
1) 식행동	19
2) 체중조절행동	21
3) 건강기능식품	26
4) 음주	28
5) 흡연	32
6) 운동	36
III. 연구내용 및 방법	42
1. 건강행동 관련 건강신념 문항 개발	42
1) 연구대상 및 기간	42

2) 건강신념 문항 개발 항목 구성 방법	42
3) 건강신념 문항 개발 분석 방법	44
2. 설문조사	45
1) 연구대상 및 자료수집	45
3. 연구도구 및 방법	45
1) 설문지 도구 및 측정방법	45
2) 라이프스타일	48
3) 건강신념변수 측정도구	49
4) 건강행동실천 측정도구	62
4. 자료 분석 및 처리	63
IV. 연구결과	64
1. 라이프스타일에 따른 연구대상자의 일반적 특성	64
2. 라이프스타일	65
1) 라이프스타일의 요인분석	65
2) 라이프스타일의 군집분석	66
3. 건강신념변수들의 분석	71
1) 건강신념변수	71
2) 건강행동실천	79
3) 건강신념수준과 건강행동실천 연관성	84
V. 고찰	87
VI. 요약 및 결론	93

참고문헌

ABSTRACT

부 록

List of Tables

Table 1. Classification of psychographic	17
Table 2. Factors of lifestyle	19
Table 3. The korean's obesity rate of increases by age in 2009	23
Table 4. Korean's obesity rate of increases	23
Table 5. Range of health functional food by KFDA	28
Table 6. Korean's drinking rate by gender and age in 2010	30
Table 7. The main alcohol consumption per person(bottle)	31
Table 8. Korean's smoking rate by gender in 2009~2011	33
Table 9. Korean's smoking rate by age in 2011	34
Table 10. Exercise hour per weekdays by age in 2010	38
Table 11. Exercise frequency by age in 2010	39
Table 12. face to face interview guideline plan & contents	43
Table 13. Composition of survey	47
Table 14. Reliability of lifestyle	48
Table 15. Reliability of do eat equally all food group per everyday	51
Table 16. Reliability of do eat food as bland as possible and avoid salty food ·	52
Table 17. Reliability of do eat less that fatty meat and fried food	53
Table 18. Reliability of weight control behavior	55
Table 19. Reliability of functional food consumption	57
Table 20. Reliability of drinking	58
Table 21. Reliability of smoking	60
Table 22. Reliability of exercise	61

Table 23. General characteristic by lifestyle	65
Table 24. Factor loading matrix of seven lifestyles factors	69
Table 25. Dietary behavior-related of health belief levels by lifestyle	71
Table 26. Weight control behavior-related of health belief levels by lifestyle	73
Table 27. Functional food consumption-related of health belief levels by lifestyle	74
Table 28. Drinking-related of health belief levels by lifestyle	76
Table 29. Smoking-related of health belief levels by lifestyle	77
Table 30. Exercise-related of health belief levels by lifestyle	78
Table 31. Health behavior practice levels by lifestyle	80
Table 32. Regression analysis of health behaviors on health beliefs by lifestyle	86

List of Figures

Figure 1. Health Belief Model	10
Figure 2. Scores of seven lifestyle factors for each lifestyle group by cluster analysis	70
Figure 3. Dietary behavior-related health belief levels of perceived benefits and self-efficacy by lifestyle	72
Figure 4. Weight control behavior-related health belief levels of self-efficacy by lifestyle	73
Figure 5. Functional food consumption-related health belief levels of perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy by lifestyle	75
Figure 6. Drinking-related health belief levels of perceived barriers and self-efficacy by lifestyle	76
Figure 7. Exercise-related health belief levels of perceived self-efficacy by lifestyle	78
Figure 8. Health behavior practice levels of dietary behavior by lifestyle	81
Figure 9. Health behavior practice levels of weight control behavior by lifestyle	81
Figure 10. Health behavior practice levels of functional food consumption by lifestyle	82
Figure 11. Health behavior practice levels of weekly drinking frequency by lifestyle	82

Figure 12. Health behavior practice levels of drinking quantity by lifestyle	83
Figure 13. Health behavior practice levels of daily smoking quantity by lifestyle	83
Figure 14. Health behavior practice levels of weekly exercise frequency by lifestyle	84

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

건강에 대한 개념은 시대의 흐름 속에서 언제나 유동적이고, 각 시대의 양식과 생명의 의식에 따라 여러 가지로 표현되어 왔다. 즉 인간이 살아온 그 시대의 민족, 지역, 환경, 문화를 토대로 해서 서로 다른 건강관이 형성되었던 것이다. 과거에는 건강을 단지 육체적으로 질병이 없고 허약하지 않으며 식욕이 좋은 상태로 19세기 중엽 이전까지는 건강을 증상이 없는 상태로 보았으나 19세기 중엽이후 심신개념으로 바뀌어져 ‘건강한 정신은 건강한 육체에 있다’라는 격언과 같이 건강을 육체와 정신 두 가지 면에서 정의하게 되었다. 이러한 심신개념은 1940년대 이후 문명의 발달과 사회의 변화에 따라 생활 개념으로 바뀌어져 점차 건강에 대한 개념 정의가 복잡화되었는데, 생활개념에서의 건강에 대한 정의는 육체적, 정신적으로 병이 없는 상태뿐만 아니라 사회적으로도 완전히 양호한 상태를 포함하는 건강을 의미한다(엄순자, 2007).

건강행동은 개인이 스스로 건강 강화, 질병 예방, 조기 발견, 질병 치료의 활동을 행하며(Walker, 1988), 자신의 건강 상태를 유지하기 위하여 내재된 능력을 발달시키는 포괄적인 의미의 행동으로 정의된다(Harris 등, 1979). 즉 건강 행동은 건강 유지, 회복, 개선과 관련되어 개인의 외면으로 드러나는 행동 양식뿐만 아니라 건강과 관련된 개인의 신념, 동기, 가치, 인식 등의 인지적인 속성과 감정적인 부분까지를 포함한다(김혜숙 등, 2010).

건강증진은 특정한 질병에 걸릴 위험이 있는 사람에게만 관심을 두는 것이 아니라 일상생활의 맥락 안에서 인구집단 전체를 모두 포함한다. 또한 건강에 영향을 미치는 경제적, 환경적, 사회적, 개인적 요인들과 원인들에 대해 정부와 지방수준에서의 활동을 통합하고 지향하며, 의사소통, 보건교육, 법규제정, 재정, 조직변화, 지역사회개발 및 자발적인 지역사회 활동 등을 병행하는 효과적이고 구체적인 대중의 참여를 지향하는 건강 및 사회분야의 활동이다.

인간의 건강에 대한 최근의 관심은 질병을 극복하는 건강회복보다는 건강유지와 증진에 더 초점을 두고 있다. 건강증진은 평소의 건강한 생활양식이나 건강신념, 건강습관과 관련되기 때문에 건강에 유해한 생활습관이나 행위를 바람직한 행위로 변화시켜 보다 건강하고 질적인 삶을 유지하는데 목적이 있다(김영희, 2002). 따라서 건강한 습관을 위해 다각적이고 포괄적인 노력과 연구가 시도되고 있다. 이영숙 등(2003), 김윤주 등(2007), 이선아(2008)의 연구를 종합하여 보면, 사람들이 관심을 갖는 건강한 생활방식으로는 생활습관 개선 및 올바른 식생활, 영양상태, 체중조절, 적당한 운동, 금주, 금연, 충분한 휴식과 수면, 스트레스 해소 등의 심리적인 상태와 건강검진으로 볼 수 있다. 또한 이미 Breslow 등(1972)은 건강증진을 위한 생활양식으로 일곱 가지 건강관련 습관을 제시하였으며, 이는 수면시간, 아침식사, 간식, 규칙적 운동, 음주, 흡연여부, 체중상태가 포함되며, 바람직한 건강관련 생활양식으로는 하루 7~8시간의 수면, 아침식사를 거의 매일 하는 것, 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 규칙적인 운동을 하는 것, 정상체중 상태를 유지하는 것, 음주를 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 흡연을 하지 않거나 중단한 것 등이 포함된다. 그러나 건강을 유지, 증진하며 만성 질환의 발생을 막기 위해서는 건강 행동 실천이 매우 중요하나, 건강

행동이 생활양식과 개인의 습성이 밀접하게 연관되어 있어서 그 중요성을 간과해 버리기 쉽다.

라이프스타일이란 생활양식으로, 집합적이고 광범위한 의미에서의 개인이나 집단의 특징적인 생활방식으로 태도, 가치, 의견과 흥미, 그리고 이와 함께 외형적 행동들로 구성되는 통합체를 의미한다(김선희, 2010).

라이프스타일과 성인의 건강관련 연구를 보면 윤선주 등(2010)은 성인의 라이프스타일에 따른 식행동에 관한 연구를 하였고, 오성기 등(2000)은 라이프스타일에 따른 스포츠 행동에 관한 연구를 하였으며, 문숙재 등(2001)은 라이프스타일과 건강상태에 관한 연구를 실시하였다. 건강을 도모할 수 있는 바람직한 라이프스타일이 노후의 건강으로 연결될 수 있는 중요한 요소가 되므로 라이프스타일에 대한 연구는 지속적으로 필요하다.

건강증진을 실천하는 것은 건강 유지와 관련된 신념이나 관념의 총합이며 개인의 행위와 관련된 사고, 감정, 태도를 의미하는 것으로, 신체적인 건강만이 아니라 각 개인의 신념, 가치, 욕구, 동기 등 개인의 주관성에 따라 결정된다(최영희 등, 1999; 손화희, 2004).

건강증진행위를 실천하도록 변화시키기 위해 다양한 이론들이 제시되고 있는데, 그 중 건강신념모델은 인간의 건강과 관련된 행동을 설명하고 예측하는 이론적 개념구조라고 평가되고 있다(Janz 등, 1984; 손경만 등, 2009).

건강신념모델은 1950년대 이후 인간의 건강행위를 유용하게 설명하는데 가장 많이 활용되었는데, 건강상태의 변화는 물리적 환경을 변화시킴으로써가 아니라, 인간의 건강에 대한 태도와 행위를 변화시킴으로써 온다고 보았다. 그러므로 건강을 위해 효과적으로 인간의 행위를 변화시키기 위해서는 대상자의 가치관이나 인식, 특성, 태도 등을 포함한 사회 심리적 제 요인을 알아볼 필요가 있다고 보았다(이창미, 2004).

건강한 생활이 매우 중요함을 비추어볼 때 건강신념은 건강행동을 실천하도록 하는 중요한 요소가 될 수 있다. 2000년도 이후 학술지에 게재된 국내의 건강신념모델을 이용한 연구들의 내용을 살펴보면, 주로 질병과 관련된 예방 주제로 초점이 되어 있었고, 대표적인 국내의 건강신념모델과 건강행동관련 연구로는 김승수(2006)의 건강신념모델을 이용한 음주관련 행위 연구, 홍윤미 등(2004)의 건강신념모델을 이용한 흡연관련 행위 연구, 김상국(2000)의 건강신념모델을 이용한 체력관리, 영양관리, 흡연, 음주, 약물에 대한 연구와, 한인경 등(2009)의 건강신념모델과 비만에 관한 연구가 진행되었다. 국외에서도 건강신념모델을 이용한 건강관련 연구들이 활발히 진행 중에 있으며, Doris 등(2003)은 건강신념모델과 영양교육에 관한 연구, Nahla 등(2004)은 건강신념모델과 고혈압환자와 운동에 관한 연구, Dan 등(2006)은 건강신념모델과 식습관에 관한 연구를 진행하였다.

대부분의 건강행동과 관련한 연구들의 주제는 영양, 흡연, 운동, 음주 등 개별적으로 다룬 연구가 대부분이어서, 본 연구에서는 건강행동을 종합적으로 다루고자 하였다. 이에 다양한 건강행동들 중에서 구난숙 등(2001), 고행금 등(2003), 이영숙 등(2003), 김윤주 등(2007), 이은영 등(2009)의 연구에서 사용한 건강행동을 위한 방법으로 여겨지고 있는 요인을 종합하여 본 연구에서는 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동의 요인을 파악하고자 하였다.

이에 본 연구의 목적은 성인 남녀를 대상으로 라이프스타일에 따른 다양한 건강행동을 파악하여 성인의 올바른 건강행동의 지침을 제시하고 건강한 삶을 위한 자료를 제공하고자 한다. 따라서 6가지 건강행동요인을 파악하여, 건강신념모델에 기초한 건강신념수준과 건강행동실천, 그리고 건강신념수준과 각 건강행동실천 간의 연관성에 대해 알아보하고자 하였다.

2. 연구의 가설

본 연구의 목적인 성인의 라이프스타일에 따른 건강신념수준과 건강행동 실천을 규명하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

1. 라이프스타일별 건강신념수준은 유의한 차이가 있을 것이다.

1-1. 라이프스타일별 식행동 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

1-2. 라이프스타일별 체중조절행동 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

1-3. 라이프스타일별 건강기능식품 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

1-4. 라이프스타일별 음주 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

1-5. 라이프스타일별 흡연 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

1-6. 라이프스타일별 운동 관련 건강신념수준은 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감에 유의한 차이가 있을 것이다.

2. 라이프스타일별 건강행동실천에 유의한 차이가 있을 것이다.

3. 라이프스타일별 건강신념수준과 건강행동실천 간에 유의한 차이가 있을 것이다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 건강신념모델(Health Belief Model, HBM)

1950년대 초에 건강 연구가들이 건강 교육 프로그램을 위하여 만들어진 건강신념모델은 개개인의 건강과 관련된 행위 결정을 설명하기 위하여 개발된 사회심리적 모델에서 발전되었으며(Haefner 등, 1970; 이가영, 1995), 건강에 대한 인식이 수정 가능한 수정요인들을 통하여 비용-효과 분석 과정을 거쳐 행동의 가능성을 결정하고 행동이 변화하게 된다는 이론이다(Glanz 등, 2002; 신은경 등, 2006).

건강신념모델은 증상이 없어 경시되는 초기 질병에 대한 예방이나 스크린 검사를 돕기 위해 시도되었고, 이후에는 임상적 식이 요법 처방에 순응하는 환자의 증상에 대한 반응을 설명하는데 적용되었다. 건강신념모델의 기본성분은 건강 행동이 두 변인에 의존한다고 가정하며, 하나는 개인적 건강행동 가능성을 추정하는 것이고, 또 다른 변인은 건강행동이 질병을 피하기 위한 갈망이나 예방을 하거나 치료를 할 것이라는 신념으로 보았다(김영래, 2004). 즉, 건강신념모델은 왜, 그리고 어떤 상황에서 사람들이 건강관리를 하는가를 설명하기 위해 만들어진 이론이다(손경만 등, 2009).

Rosenstock(1974)은 사람들이 자신의 건강상태에 대하여 어떤 행동을 취할 것인가를 결정하는 것은 심리적으로 어떤 행동을 취하려는 의지 상태와, 그 행위와 관련된 비용이나 장애에 대한 이득을 고려하여 이루어지며, 여기서 심리적 의지 상태는 건강상태에 대한 민감성(susceptibility)의 인지 정도

와, 그 상태에 처했을 경우 발생될 심각성(severity)에 대한 인지 정도에 의하여 결정된다고 하였고, 행동을 취할 때의 유익성(benefit)은 그 행위의 실행가능성과 그 질병의 위험을 줄임으로 얻어지는 이득을 평가한 것이라고 하였다.

Figure 1. 에 나타난 건강신념모델의 성분들을 살펴보면 인지된 민감성(perceived susceptibility)은 개인들이 의학적으로 평가된 질병이 있는 상황에서 개인적인 상처에 대한 그들의 광범위한 느낌을 말한다. 초기에는 질병 발생에 대한 가능성을 부정하지만 어느 정도 지나면 발병하지 않은 질병에 대한 통계적 가능성을 인정하는 개인의 느낌으로 최종적으로는 질병 발병에 대한 실제 위험이 있다는 느낌을 표현할 수 있는 개인을 나타낸다. 따라서 이 차원은 질병이 발병하는 위험에 대한 개인의 주체적 지각과 관련된다.

인지된 심각성(perceived severity)은 개인마다 다양한 질병 발생에 대한 심각성과 관계되는 느낌이다. 이 차원은 죽음, 장애, 통증 같은 의학적·임상적 결과와 작업환경, 가족생활, 사회적 한계 등 가능한 사회적 결과에 대한 평가를 포함한다.

인지된 유익성(perceived benefits)은 개인적 취약성이 심각하다고 믿는 조건에서 심각하다고 믿는 동안 행동을 이끄는 힘을 만들기 위해 유지하며, 행동의 특별한 경우를 정의하지 않고 질병의 위험을 줄일 수 있는 다양한 행동의 효과를 이끄는 신념에 기초해서 정의되었다. 이와 같이 충분한 위험을 느낀 개인들은 그것이 실행을 가능하게하거나 유효하게 지각된 것을 제외하나 추천된 건강 행동은 받아들이지 않는다.

인지된 장애성(perceived barriers)은 건강 행동의 부정적 측면이 권고된 행동을 하는데 장애요소가 되는 것이며, 치료로 인하여 생기는 결과로 고비

용, 위험성, 불편감, 불편함, 시간낭비 등을 의미한다(김영래, 2004).

건강행동을 할 가능성은 건강의 위협을 줄이는 행동의 효율성과 건강행동을 했을 때 발생할 장애에 관한 평가에 따라 달라지게 되며, 이러한 적절한 행동을 하는 데는 유발동기(cue to action)가 있어야 하고 유발동기는 자신의 신체상태 인지와 같은 내적 자극일 수도 있고, 대인관계나 대중매체와 같은 외적 자극일 수도 있다. 유발동기 외에도 인구학적 변수, 처방의 복잡성과 부작용 같은 구조적 변수, 외래 진찰이나 의사에 대한 만족도와 같은 태도적 변수, 환자-의사간의 관계와 같은 상호작용 변수, 층고나 사회적 압력 같은 가능 변수로 분류되는 수정요인이 인지된 민감성, 인지된 심각성, 인지된 유익성, 인지된 장애성의 인지정도에 영향을 준다는 것을 의미한다(Becker, 1974; 이가영 1995). 건강신념모델의 이론적 기틀은 Figure 1.과 같다.

건강신념모델에서는 개인의 성, 나이, 문화, 교육수준 등의 인구학적인 요소와 성격, 사회·경제 상태, 동료의 압력 등의 사회 심리적인 요소, 건강문제에 대한 지각이나 경험과 같은 구조적인 요소들이 개인이 민감하게 느끼거나 심각하게 느끼는 것과 이익이나 장애로 느끼는 것에 영향을 준다(이창미, 2004).

Rosenstock(1990)이 예방적 건강행위에 적응하고 이를 완수하는 능력에 관한 지각을 조사하기 위하여 새로운 개념인 자아효능감을 추가하였고, Bandura(1977, 1986)는 어떤 결과를 얻고자 하는 일련의 행동 과정을 성공적으로 조직하고 수행해 낼 수 있다는 개인의 능력에 대한 판단으로 의미하며, 자신의 자아효능감을 높게 지각한 사람은 낮게 지각한 사람보다 더 많은 건강을 위한 노력을 지속적으로 수행한다고 하였다.

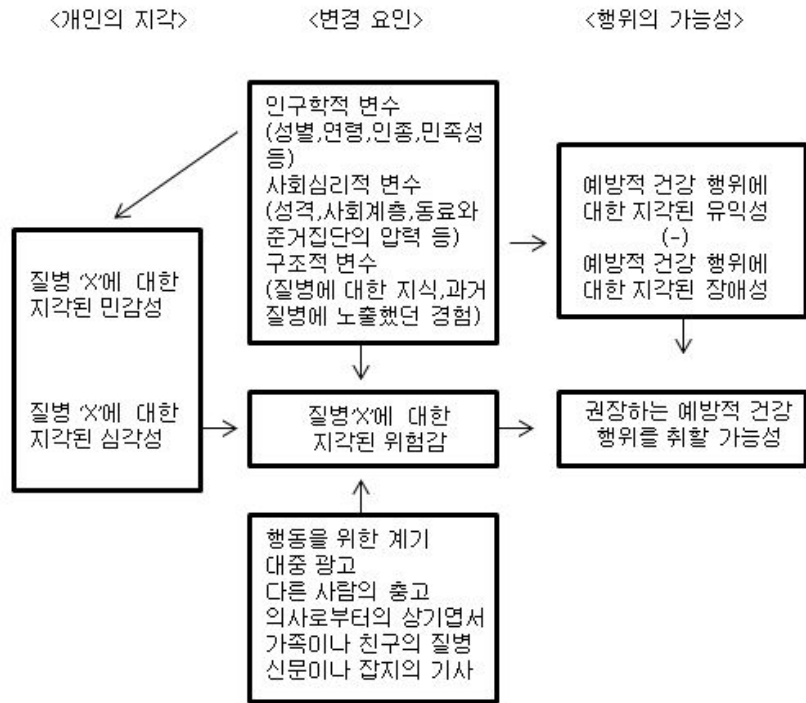


Figure 1. 건강신념모델 (Becker, 1974)

초기의 건강신념모델의 연구들은 예방하는 건강 행동에 초점이 맞춰졌고, 20개의 연구들 중 13개는 예방하는 행동을 조사했으며, 7개는 다른 행동들을 조사하였다. Janz 등 (1984)은 건강신념모델 문헌을 재검토해서 흡연, 알코올사용, 다이어트, 운동, 혈압검사참석 등을 건강신념모델의 예측되는 행동에 추가하였다.

건강신념모델을 사용한 연구의 가장 큰 장점은 현장에서 경험한 내용이 반영되었기 때문에 타당도가 높게 인정되어 다른 사회적 인지 모델 보다 좀 더 광범위하게 건강행동(예방 건강행동, 건강 위험행동, 질병 역할행동)에 적용되며, 결론적으로 건강신념은 건강과 관련된 행위의 근원이 되며 매

우 복잡한 개념으로 사람이 질병에 대해 자신이 민감하게 지각하고 그 질병이 심각하다고 믿으며, 질병을 위한 예방활동이 이익(유익)이 많고 장애가 적음을 인식하는 것이다. 또한 가능한 활동계기가 주어지고 건강문제에 있어 일반적으로 동기화 되어 있다면 그 질병을 위한 예방적 건강행위에 참여할 가능성이 많다는 것이다(김승수, 2006). 즉, 건강신념모델은 건강행위를 예측하고 설명하기 위한 여러 건강행위모델들 중 가장 많이 사용되고 있는 모델이다(홍윤미 등, 2004).

2. 라이프스타일

1) 라이프스타일의 개념

라이프스타일에 대한 정의는 학자들마다 차이가 있다. 일반적인 라이프스타일의 개념은 인간행동의 본질을 묘사하는 사회적 지표로 사용되는 용어로 사전적인 의미로는 사람들의 생활양식·행동양식·사고방식과 같은 생활의 모든 측면의 사회적·문화적·심리적 차이를 전체적인 형태로 표현한 말로 하나의 체계화된 개념으로의 성격을 가진다(류유현, 2008). 개인이나 집단 혹은 소비자가 생각하고 느끼며 행동할 때 나타나는 독특한 삶의 패턴인 라이프스타일은 동기, 감정, 태도 등과 같은 개인적 특성뿐만 아니라 가치관, 인구통계적 요인, 사회계층, 준거집단과 같은 환경적 요인에 의해 영향을 받고, 그 변수간의 상호작용의 결과에 의해 라이프스타일이 형성된다(이희민, 2006). 즉, 라이프스타일이란 특정 사회, 특정 집단, 또는 개인이 지니고 있는 독특한 생활양식을 의미한다(James 등, 1995; 김승아, 2008).

선행연구를 바탕으로 본 라이프스타일의 본질은 다음과 같다.

- ① 라이프스타일은 생활의 구조적 측면인 생활의식, 생활행동, 가치관, 태도 등의 복합체이다(Haold 등, 1978; 김승아, 2008).
- ② 생활재의 구매소유, 사용패턴 등의 분석을 통하여 라이프스타일을 파악할 수 있다(Lazer, 1963; 김승아, 2008).
- ③ 라이프스타일은 일차원적이 아니고 다차원적인 질과 양의 표현이다(Levy, 1963; 김승아, 2008).
- ④ 라이프스타일은 특정 개인으로부터 사회전체에 이르기까지 여러 계층에 걸쳐 조사, 분석할 수 있다. 분석 목적과 분석 대상에 따라 개인, 가족, 직장, 사회, 집단, 계층 및 지역별로 라이프스타일을 밝혀낼 수가 있다(윤성호, 2001; 김승아, 2008).
- ⑤ 라이프스타일은 결코 단일적인 것도 아니고 그렇다고 무한대로 다양한 것도 아니다. 라이프스타일은 유사한 것과 상이한 것으로 분류하여 몇 개의 유형으로 군집화 시킬 수 있다(Engel 등, 1978; 김승아, 2008).
- ⑥ 라이프스타일은 그 자체가 하나의 시스템으로 생각할 수 있으며, 시스템으로서의 라이프스타일은 생활환경의 변화에 적응해서 생활자가 자기 스스로를 변화시켜 나가는 반면, 환경변화로부터의 영향을 최소한으로 축소시켜 종래의 라이프스타일을 유지하려는 경향도 있다. 어느 쪽의 경향을 더 강하게 갖는가하는 것은 각 생활자의 라이프스타일 유형에 따라 달라진다(김승아, 2008).
- ⑦ 라이프스타일이란 그것을 구성하고 표현하는 생활자의 행위에 따라 ‘주관적 의미와 가치’를 가질 뿐만 아니라 그 생활자의 행위에 따라 집단에 대해서는 객관적인 의미와 가치를 갖는 생활의 표현양식이다(Alpert 등, 1965; 김승아, 2008).

라이프스타일이 소비자 행동연구 및 마케팅 분야에 도입된 것은 1963년 ‘라이프스타일의 영향과 시장행동’이라는 주제로 미국 마케팅학회(American Marketing Association)의 동계학회 심포지엄에서이다. 이 심포지엄에서 William Lazer(1963)는 라이프스타일 개념과 마케팅 간의 관련성에 관하여 소개하였고, 라이프스타일은 시스템적 사고로, 총체적이며 넓은 의미에 있어서 전체 사회나 그의 일부분에서 비롯되는 차별적이며 특징 있는 생활양태를 말하는 것으로 표현하였다. 즉, 라이프스타일은 집단별, 단계별, 사회별로 특이성 있는 생활의 요소나 질에 반영된다고 할 수 있다(김석순, 2008).

라이프스타일이란 용어가 하나의 방법적이고 분석적인 용어로 사용되기 시작한 것은 1930~1940년대의 Weber 등(1968)의 연구에서부터이다. 그러나 1970~1980년대에 와서는 가치관이나 태도, 행동에 대하여 라이프스타일을 보다 통합적인 의미로의 개념을 정의하는 경향을 보여주었다. Weber 등(1968)은 사회는 서로 다른 계급뿐만이 아니라 서로 다른 라이프스타일이나 세계관을 가지고 있는 여러 집단이 함께 존재한다고 하였다. 그는 라이프스타일이란 표현하는 행위자에 대해서 주관적 의미를 가지고 있을 뿐만 아니라 스타일이 공유되고 있는 집단에 대해서는 객관적 의미를 갖는 표현이나 양식이라고 함으로써 집단적 개념을 포함시키고 있어 집단이 동조하여야 할 규범이며 동시에 그 집단을 대표하는 특징이라고 하였다.

라이프스타일은 특정 문화와 집단의 생활양식을 표현하는 독특한 구성요소로 집단을 구성하고, 개인의 행동양식에 따라 주관적 의미와 가치를 지니고 있으며, 공유하는 집단에 대해서는 객관적 의미와 가치를 지니는 복합적 표현양식이라고 할 수 있다. 이런 관점에서 집단의 행동양식은 그 구성원들이 수용해야 할 규범적 성격을 지니며 동시에 이를 대표하는 상징성을 지

니고 있다. 결국 라이프스타일은 구체적인 행동이 상징적으로 나타나는 것으로 가치와 태도를 모두 포괄하는 복합개념이라 할 수 있다(김명주, 2005).

라이프스타일은 Wells(1975)에 의해 인구통계학적 특성과 사회·심리적 특성을 포함하는 개념으로 점차 구체화 되었고, 좀 더 포괄적인 개념으로 개인습관을 조정하고 관리함으로써 건강을 증진시키고자 하는 전력으로 인지되고 있다. 이러한 개인의 라이프스타일은 가치관이나 활동영역, 관심분야 등에 의해 구체화된 생활양식을 의미하는 것으로 시대적 상황이나 집단의 특성에 따라 다르게 나타난다(나영주 등, 2004). 생활양식 즉, 라이프스타일은 직장, 경제상황, 결혼여부, 거주형태, 거주지역 등 여러 가지 요인에 의하여 달라질 수 있다(윤선주 등, 2010).

최근 건강증진의 사회적 분위기 속에서 건강을 최우선으로 하는 라이프스타일의 중요성은 더욱 강조되고 있다. 이에 만성질환의 예방 및 건강한 라이프스타일을 구성하는 주요 행동으로는 여러 연구들과 보건복지부(2011)에서 제시하는 행동을 종합하여 보면, 금연, 절주, 식생활과 영양, 운동, 그리고 정상체중의 유지, 휴식 및 수면 등이 포함된다고 볼 수 있다.

라이프스타일과 건강관련 연구로 남승구 등(2009)과 윤형기 등(2011)의 연구에서는 라이프스타일에 따른 운동참여가 건강증진행위에 미치는 영향을 연구, 김호순 등(2008)은 라이프스타일별 건강 인식을 연구, 이연정(2011)은 라이프스타일이 식행동에 미치는 영향에 대해 연구, 정선희 등(2007)은 라이프스타일 유형에 따른 식행동과 건강관련 생활습관, 영양에 대하여 연구, 한인경(2009)은 여성을 대상으로 라이프스타일에 따른 체중조절행위에 관하여 연구하였다. 또한 Lu Wang 등(2010)의 연구에서도 라이프스타일과 음주, 과체중, 흡연, 운동, 식습관에 대하여 연구하였다. 이와 같이 라이프스타일에 따른 다양한 건강행동에 관한 연구가 활발히 진행 중에

있으며, 라이프스타일과 건강은 밀접한 관계를 가지고 있다.

2) 라이프스타일의 분석방법

라이프스타일의 유형이나 변화를 파악하기 위해 지금까지 가장 많이 활용되고, 행해진 라이프스타일의 분석방법은 일반적으로 거시적(Macro) 분석방법과 미시적(Micro) 분석방법으로 나누어질 수 있다. 거시적인 분석방법은 분석의 대상이 되는 사회전체 또는 특정사회의 객관적인 자료에 의해 라이프스타일의 일반적인 동향을 파악하는 분석방법이고, 미시적인 분석방법은 주관적 자료를 활용하여 심리측정의 제 기법을 이용해 사람들의 가치관이나 생활욕구 유형의 그 자체를 측정 분석하여 사회를 세분화하고, 사회를 구성하는 하부 집단들의 특징과 사회적 경향을 파악하거나 예측하는 분석방법이다(지병태 등, 2010).

거시적 분석은 한 나라의 사회 전체 또는 한 지역의 라이프스타일을 전체적인 동향으로 측정하는 것으로, 이 분석방법의 대표적인 것으로는 양켈로비치(yankelovich) monitor 조사를 들 수 있다. 이 양켈로비치 monitor 조사는 소비패턴의 행동이나 생활 활동을 정의하는 라이프스타일 요인을 항목별로 정리하여 그 상대적 중요도를 고찰하고 강조하여 사회적 현상을 규정하는 방법이다.

미시적 분석은 사람들의 가치관이나 생활욕구 패턴에 대한 심리 측정으로 분석하여 사회적 경향이나 동향을 파악하여 측정하는 대표적인 방법으로 사이코그래픽(psychographic) 방법과 A.I.O(activities, interstes, opinions) 방법이 있다. 이 중에서 A.I.O 방법이 라이프스타일 분석에 가장 많이 이용되며, 소비자들의 일상 활동, 주변의 사물에 대한 흥미, 사회적 •

개인적 문제들에 대한 의견들을 양적인 방법으로 측정하는 것이다(문경주, 2009).

마케팅이나 소비자행동 측면에서의 라이프스타일 분석은 거시적 분석보다 미시적 분석이 우선적으로 요청되고 있으며, 이는 인구통계적 변인에 심리적 변인인 A.I.O 방법이 주로 이용되고 있기 때문이다.

(1) 사이코그래픽(PsychoGraphic) 분석방법

사이코그래픽이란 광의의 용어로 라이프스타일과 동의어로 함께 사용하는 경우가 있으며, 협의의 용어로는 A.I.O 변수에 성격적, 기질적 특징을 추가하여 사용하는 라이프스타일 분석을 의미한다. 즉, 사이코그래픽은 질적 조사를 하기 위해 일반화, 계량화하고 건강소비자의 행동패턴을 보다 포괄적으로 다양하게 측정하는 방법으로써 기존의 인구사회학적 특성을 분석한 내용에 대해 보다 심리적·질적 차원에서 심화시킨 것이다(김선희, 2010).

사이코그래픽에 관한 정의는 매우 다양하지만 공통적인 견해는 인구통계적 특성 이상의 것이며 질적 방법이 아닌 양적 방법이라고 Wells(1974)는 밝히고 있다. 사이코그래픽은 표준화되지 않은 조사에서 나타나는 활동(activity), 관심(interest), 의견(opinion)을 포함하고 있어, 사이코그래픽이란 용어는 일반화된 성격특성을 강하게 강조하는 반면, 라이프스타일이란 용어는 분석자들의 선호에 따라 다양한 문화적 추세나 혹은 소비자행동과 밀접하게 관련되어 있는 욕구와 가치관에 초점을 맞추고 있다(김명주, 2005). 일반적으로 사이코그래픽의 차원은 <Table 1>에서처럼 문화적 차원, 인구통계적 차원, 경제적 차원 및 심리묘사적 차원으로 구성된다.

Table 1. 사이코그래픽의 구분

구분	내용
문화적 차원	소비자의 라이프스타일은 문화적 추세나 배경을 반영함
인구통계적 차원	성, 연령, 종교, 지리적 위치, 직업 및 다른 사회적 특성과의 관계는 소비자의 라이프스타일을 선택하는데 있어 기회 혹은 제약을 제공함
경제적 차원	소비자의 사회계층이나 교육 등은 이용 가능한 라이프스타일의 선택에 영향을 미침
심리묘사적 차원	개성은 특정한 라이프스타일이나 사이코그래픽을 나타내는 소비자의 동기부여에 영향을 줌

자료: 박영봉(2001). 「소비자행동론」. 박영사. p.556-557

(2) A.I.O 접근 분석방법

A.I.O 방법은 라이프스타일 측정에 있어서 가장 널리 이용되는 방법으로, Wells(1975)는 활동(activity), 관심(interest), 의견(opinion)이란 것과 라이프스타일이란 용어는 사실 각기 개별적으로 발전된 것이었으나 결국 이 두 가지 용어들이 만나게 된 것은 라이프스타일이 활동, 관심, 의견이 궁극적으로 나타내고자 하는 것들을 아주 적절히 표현할 수 있다고 보였기 때문이라고 하였다. A.I.O 조사에서는 사람들이 그들의 시간을 어떤 활동을 하며 소비하는가, 생활환경 요소들 중에서 가장 중요하다고 관심을 갖는 분야는 어떤 것인가, 소비자들은 자신과 주위 여건들에 대하여 어떤 의견을 갖고 있는가에 소비자의 라이프스타일이 반영된다고 보고 있다. 따라서 A.I.O 조사는 일상의 활동(activity) (예: 여가활동, 구매활동, 스포츠 등), 주변사물에 대한 관심(interest) (예: 가족, 의상, 음식, 매체 등), 그리고 사회적, 개인적 제 문제들에 대한 의견(opinion)의 3가지 차원으로 구분된다. A.I.O에서 소비자들의 일상 활동을 파악하는 이유는 그들이 주위 환경 속에서

무엇을 중요시하는가 알아보기 위함이고, 의견을 파악하는 것은 그들 주변과 자신에 대한 관점이 어떠한지 알아보기 위한 것이다. 그러나 A.I.O로 사용되는 라이프스타일 차원들은 소비자 개개인의 심리적 경향이나 욕구를 반영하는 것에는 부족한 면이 있다. 따라서 개인의 심리적 경향과 욕구 패턴에 대해 조사하기 위해서는 A.I.O보다 더 광범위한 개인의 특징적 변인들 즉, 개성, 가치, 신념 등 외적행동의 내적배경을 파악하기 위한 문항들을 개발하여 라이프스타일의 유형을 분류하는데 활용하고 있다(이희민, 2006).

A.I.O의 질문구분에는 일반적 A.I.O 문항과 특수 A.I.O 문항으로 구성되며, 일반적 A.I.O 문항에는 생활의 만족도, 가족에 대한 관심도, 가격민감도, 자신감, 신앙적 믿음 등과 같은 일반적인 생활스타일을 말하고, 이것은 사람의 활동이나 인식과정에서 영향을 주는 근본적 개념과 전반적인 생활 형태를 결정하기 위한 라이프스타일을 정의한다. 반면 특수 A.I.O 문항은 특정제품에 대한 소비자 태도나 제품, 서비스의 이용정도, 정보를 요구하는 매체 등이 질문항목에 포함된다(김선희, 2010). William 등(1977)에 의한 라이프스타일 분석에 인구통계학적 자료를 A.I.O 항목 분석에 포함되는 변수의 구체적인 내용은 <Table 2>와 같으며, 이종엽(2003)은 A.I.O 항목을 이용하여 생활양식에 대한 조사를 할 때 소득, 가족생활주기, 교육수준과 같은 인구통계적 변수들을 포함시키면 더욱 유용한 정보를 얻을 수 있다고 하였다.

Table 2. 라이프스타일 요소

활동 (Activity)	관심 (Interest)	의견 (Opinion)	인구통계 (Demographics)
작업, 일	가 족	자 신	연 령
취 미	집	사회적 문제	교육수준
사회적 활동	직 업	정 치	가족규모
휴가(방학)	사회(지역사회)	거업경영	주거지
오 락	레크레이션	경 제	지 역
클럽활동	패션(유행)	교 육	도시규모
지역사회활동	음 식	제 품	생활주기의 단계
스포츠, 레저	정보매체	미 래	
	성 취	문 화	

자료: 박영봉(2007). 「소비자행동론」. 학현사. p.270

3. 건강신념변수

1) 식 행동

식습관이란 후천적으로 형성해 온 생활양식으로 집단의 구성원에 의해 공유되고 있는 식생활이다. 식습관의 개념은 영양학적 면의 습관과 영양학 영역이 아닌 역사적 또는 사회적인 관습이란 면이 함께 내포되어 있으며, 한 개인 또는 집단(누가)이 어떤 종류의 음식(무엇)을 언제, 어디서, 누구와, 어떻게 그리고 왜 먹는가에 관한 것이다. 즉, 식습관이란 어떤 특정한 장소에서 가장 적절한 형태로 식품을 섭취할 수 있도록 학습과정을 통하여 습득한 식생활 행동의 체계에 의해 의식적이기 보다 자동적으로 반복되는 것

이다. 특히 개인의 식습관은 생활태도, 환경, 음식의 기호, 심리상태 그리고 사회·문화적 영향을 받아 형성되며, 이는 개인의 영양상태, 건강상태, 신체 조성 등에 중요한 영향을 미치며(안운 등, 2005), 김유정(2007)의 연구에서도 식습관 형성에 가장 중요한 것으로 개인의 성장배경과 경험이 시대상을 반영한 사회의 가치구조와도 밀접한 관련이 있다고 하였다.

류유현(2008)의 연구에 의하면 서울, 경기 지역에 거주하는 20세 이상의 일반 소비자 1,000명을 대상으로 한 조사에서 식습관이 건강에 미치는 영향에 대해서는 우리나라 소비자들은 건강유지를 위해 가장 중요하게 고려해야 할 사항으로 식습관(39.8%), 운동(38.8%), 타고난 체질(13.2%), 스트레스 해소(5.5%) 등을 들었다. 반면에 영국, 독일, 프랑스의 소비자들을 대상으로 진행된 연구에 따르면, 소비자들은 식습관, 운동, 유전적인 요인을 건강에 기여하는 중요한 요소들로 생각하고 있으며, 독일의 경우 70%, 영국의 경우 68%, 프랑스의 경우 55%가 식습관이 건강에 영향을 미치는 것으로 인식하고 있다고 하였다. 우리나라와 유럽 모두 식습관이 건강에 미치는 영향이 제일 크다는 시각을 가지고 있다는 면에서는 동일하였으나, 유럽의 소비자들이 우리나라의 소비자들에 비해 건강관리에 있어서 식습관의 비중을 더 크게 생각하였다.

1970년대 이후 지속된 산업화와 서구화는 경제발전과 함께 질병양상과 식생활양상에 큰 변화를 가져오게 되었다. 이러한 산업 및 사회구조의 변모는 개인이나 집단의 식생활에 많은 영향을 주어 식생활의 향상과 체위의 향상 등 긍정적인 면도 주었지만 또 다른 측면에서는 부적절한 식습관으로 인해 영양상태의 불균형을 초래함으로써 건강문제와 직면하게 되었다(한보연, 2008). 이러한 잘못된 식습관은 장년 및 노년기에 심장혈관질환, 암, 골다공증 등의 생활습관 병을 유발하는 것으로 올바른 식습관의 형성은 매우

중요하다(김복란, 2006). 또한 일생에 걸쳐 형성된 식습관은 쉽게 변경이 어렵고, 잘못된 경우는 심신 양면에 저해를 일으켜 중대한 건강수준면에서 손실을 일으키고 있으며, 식습관이 좋을수록 신체건강과 정신건강이 좋다고 하였다. 즉, 식습관은 건강에 매우 중요한 영향을 미치고 신체와 정신을 지켜주는 기초가 된다(박미정 등, 2003).

식습관은 어느 순간 형성되는 것이 아니며 오랜 기간 동안 누적되어 형성되는 것이기 때문에 일단 형성된 식습관은 고치기 힘들다. 대체로 연령이 많아질수록 식습관의 변화가 쉽지 않으므로 젊어서부터 균형된 식생활에 대한 필요성을 인식하고 개선하는 것이 중요하다(김수진, 2008). 건강한 생활을 유지하고 능률적인 생활을 영위하기 위해서는 합리적인 식생활이 되도록 균형 잡힌 식사로부터 이루어져야 한다. 또한 식습관은 청소년기는 성인기로 전환하는 시기로 성인기의 식생활을 가장 잘 반영하게 되고, 성인기의 식생활은 노년기의 건강에 영향을 미치게 된다. 특히 여성의 경우 임신, 출산 및 자녀 양육에 영향을 미치게 되므로 올바른 식생활은 매우 중요하며(김경원 등, 2002), 올바른 영양지식과 식습관을 습득할 수 있는 교육이 시급함을 인식해야 한다. 그러나 영양지식과 식행동이 반드시 일치하는 것은 아니어서 그대로 생활에 적용하지 못하는 경우가 많기 때문에 합리적인 식생활을 영위하도록 하기 위하여 식행동에 대한 파악과 요인을 분석하는 일은 매우 중요하다(조소현, 2002).

2) 체중조절 행동

현대 사회는 과학기술의 발달과 서구화된 생활 패턴의 변화로 사람들의 삶에 대한 가치관은 물론, 체형인식에 대해서도 큰 변화를 일으켰다. 즉 만

며느리감, 떡두꺼비 같은 아들이란 말처럼 통통족에 대한 인식이 관대했던 예전과는 달리 현재는 각종 성인병을 유발하는 원인의 하나로 ‘비만’이란 질병의 개념으로 쓰이고 있다(김다해, 2010). 또한 산업기술발전으로 인한 기계화, 자동화는 신체활동량을 감소시킴으로써 결과적으로 섭취열량의 소비를 적게 하여 전 연령층에서의 비만을 초래하고 있다. 비만은 체내 지방이 과다하게 축적되는 대표적인 영양장애의 하나로 1970년대 이후 비만 이환율이 급속하게 증가해 왔다(이창미, 2004).

비만은 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 동맥경화, 담석증, 통풍, 악성종양 및 내분비계 이상 등의 만성질환 발생 및 진행, 뼈와 관절의 통증 및 장애와 관련이 있으며, 여러 합병증을 유발시키므로 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 심각한 문제로 대두되고 있다(진기영, 2008). 비만자의 대부분은 특정질환이 없는 단순성 비만으로 다소의 체질과 환경적인 문제, 즉, 식생활에서의 열량섭취와 소비간의 불균형을 가장 큰 원인으로 볼 수 있다. 비만증을 정확하게 진단하려면 체지방량을 측정하여야 하는데, 남자의 경우 체지방량이 체중의 25%이상, 여자의 경우 30%이상인 경우를 비만이라 한다(임애규, 2001).

우리나라의 경우 연령이 증가할수록 비만율이 증가하고 있는 추세이다. 과체중이나 비만율의 증가는 당뇨, 고혈압, 심장병 등의 만성성인질환의 위험요인이므로 이에 대한 대책이 시급하며, 비만의 유병률이 계속 증가하고 있는 만큼 앞으로 지출될 사회경제적 비용 부담 또한 지속적으로 증가될 것으로 예측된다.

<Table 3>은 통계청에서 실시한 2009년도 한국인의 연령에 따른 비만율의 증가를 나타낸 표이다. 본 표에서는 체질량지수(BMI)를 기준으로, 저체중은 BMI 18.5이하, 정상체중은 BIM 18.5이상 25이하, 비만은 BMI 25이상

의 기준으로 측정되었다. <Table 4>는 통계청에서 조사한 한국인의 사회 지표 2010의 한국인의 비만으로 2007년부터 2009년까지의 비율을 나타내고 있다. 표에 의하면 지속적으로 계속 높은 비율의 비만을 유지하고 있으나, 특히 여성에게서는 저체중의 비율이 증가하고 있는 특징을 보여주고 있다.

Table 3. 2009년도 한국인의 연령에 따른 비만율 증가 (%)

연령	정상	비만	저체중
19~29세	66.6	22.1	11.3
30~39세	66.0	29.5	4.5
40~49세	62.8	34.7	2.5
50~59세	58.3	40.0	1.7
60~69세	60.8	37.0	2.2
70세 이상	63.3	31.1	5.6

자료: 통계청(2011). 질병관리본부. 2010 한국의 사회지표. 국민건강영양조사 2010

Table 4. 한국인의 비만율 증가 (%)

년도	구분	정상	비만	저체중
2007	남자	60.6	36.8	2.8
	여자	65.7	27.8	6.5
	전체	63.2	32.1	4.7
2008	남자	60.7	35.6	3.6
	여자	67.2	26.5	6.3
	전체	64.0	31.0	5.0
2009	남자	60.4	36.2	3.4
	여자	66.2	27.6	6.2
	전체	63.3	31.9	4.8

자료: 통계청(2011). 질병관리본부. 2010 한국의 사회지표. 국민건강영양조사 2010

현대사회에서는 미의 기준을 날씬함에 두고 있어 체중감소와 다이어트에 대한 관심이 계속해서 증가하고 있다. 또한 비만에 대한 위험도를 점차 많은 사람들이 심각하게 인식하게 되면서 체중조절에 대한 관심이 대두되고 있다(김설향, 2001). 체중조절 방법에 관한 연구로는 이창미(2004)는 초등학교 비만도 20% 이상 대상자를 대상으로 진행하였고, 박경애(2009)는 여대생을 대상으로 진행하였으며, 김상국 등(2005)은 20~50대 성인 여성을 대상으로 진행하였으며, 본 연구들에서 체중조절행동으로 가장 많이 사용하는 방법으로 운동과 식이요법이라는 결과를 보여 주었다.

황재경 등(2002)은 우리나라 성인에서 객관적인 비만도와 일반인의 자가평가 사이에는 현저한 차이가 있는데, 특히 남성은 자신의 비만에 대한 인식이 부족하고, 여성은 자신을 비만하다고 과대평가하는 비율이 높았다. 김정희 등(2005)의 연구에서 남자 대학생은 과체중군이 여자 대학생은 저체중군이 많았으나, 여자 대학생들에게서 자신이 뚱뚱하다고 인식하는 비율이 더 높았다. 또한 이경원 등(2008)의 여고생을 대상으로 한 연구에서도 실제 정상체중이거나 저체중임에도 불구하고 자신이 뚱뚱하다고 인지하는 경우가 많았으며, 앞으로 체중조절을 계속 할 것이라는 응답도 88.3%로 나타나 올바른 체중조절에 대한 인식이 시급함을 나타내었다.

최근 들어 비만이 질병이라는 인식이 커지면서 체중증가에 대한 두려움으로 인해 정상체중 임에도 불구하고 왜 살을 빼야하는지와 건강하게 살을 빼는 방법은 무엇인지도 모르고 무작정 무리한 다이어트를 시도하는 사람들을 주변에서 쉽게 볼 수 있으며, 이에 따른 식이장애가 또 다른 문제로 대두될 정도로 다이어트 신드롬이 사회적인 문제로 자리 잡고 있다(백설향, 2009). 현재 성인여성들의 지나치게 마른 체형을 선호하는 사회적 현상에 따라 많은 사람들이 지나치게 자기 체형보다 더 낮은 기준치를 선호하고

있어 이로 인해 사회적으로 저체중 및 무분별한 체중조절을 위한 방법으로 오히려 건강을 해치는 결과를 가져오고 있다(한인경, 2009). 많은 영양을 필요로 하는 청소년기와 노년기를 준비하는 성인기의 경우 올바른 식생활의 형성이 매우 중요함에도 불구하고, 외모에 관심이 많은 청소년과 대학생, 성인 여성의 무리한 다이어트로 인한 저체중 문제가 심각해지고 있다. 또한 박경애(2009)의 연구에 의하면 젊은 여자들에게서 마른 체격에 대한 선호도로 섭식 장애를 일으키기 쉽다고 하였다. 저체중은 건강에 위험요인으로 체내 지방량이 너무 적을 경우 체내 항상성 유지가 어렵고 신체 기능의 손상을 가져오며, 사망 위험률이 정상체중보다 체질량지수가 18이하인 저체중인 사람이 103~106배 높으며, 암, 뇌혈관질환, 관상동맥질환 등으로 인한 사망률도 높은 것으로 나타났으며(송홍지 등, 2001), 남성의 저체중의 사망률은 더 높고, 저체중 여성에서 자연유산의 증가 위험이 발견되었고, 무월경과 불임의 확률이 높았다(권민경 등, 2006). 저체중을 위해 식사량을 극도로 줄이게 되면, 케톤이라는 성분이 과도하게 분비되어 체질을 약알칼리성에서 산성으로 만들어 몸 전체의 균형을 깨지게 한다(한인경, 2009). 또한 저체중은 면역체계 반응기전에 손상을 초래하고, 외상 및 수술로 인한 상처에 영향을 주어 치유나 회복을 지연시키며 때로는 건강상태를 더욱 악화시키고, 인지기능, 호흡기계 기능 변화에 영향을 준다. 특히 노인이 저체중인 경우 질병을 치료하는 과정에 장애를 초래하고, 치료기간을 지연시키며 다른 건강문제까지 발생시킬 수 있다(이석구 등, 2008). 따라서 정상체중을 유지하기 위한 올바른 체중조절행동과 인식의 변화는 매우 시급한 실정이다.

3) 건강기능식품

우리나라의 건강기능식품은 고시형 제품과 개별인정형 제품으로 구성되어 있으며 고시형의 경우 과거 건강보조식품에서 흡수된 32개 품목군과 신규 5개 품목군을 합쳐 37개 품목군으로 확대해 가고 있으며, 개별인정형 제품은 선을 보이기 시작하였고, 효능과 안정성에 대한 소비자 신뢰가 증가되면서 소비자들의 욕구에 부응하여 다양한 건강기능식품이 이미 시장에 유통되고 있으며, 그 규모도 확대되고 있다.

건강기능식품에 관한 법률에서는 건강기능식품을 ‘인체의 구조 및 기능에 대하여 영양소를 조절하거나 생리학적 작용등과 같은 보건 용도에 유용한 효과를 얻기 위하여 정제·캡슐·분말·과립·액상·환 등의 형태로 제조·가공한 식품으로서 식품의약품 안전청장이 정한 것’이라고 정의하고 있으며 그 범위를 포괄적으로 정하고 있다. 이는 예방적, 보조적 차원에서 건강증진의 보조적 기능을 갖는 식품을 의미하여, 최근에는 각 연령 및 대상에 따라 세분화된 여러 가지 건강기능식품들이 판매되고 있다(김미경 등, 2010).

식품과학기술 대사전(2004)에 의한 건강보조식품은 정제어유가공식품, 로알젤리가공식품, 효모식품, 화분가공식품, 스쿠알렌식품, 효소식품, 유산균함유식품, 조류식품, 감마리놀렌산식품, 배아가공식품, 레시틴가공식품, 옥타코사놀식품, 알콕시글리세롤 식품, 포도씨유식품, 식물추출물발효식품, 뮤코다당·단백 식품, 엽록소함유식품, 버섯가공식품, 알로에식품, 매실추출물식품, 자라가공식품, 베타카로틴식품, 키토산가공식품, 프로폴리스추출물식품으로 분류하고 있다. 영양 보충제는 통상 비타민 및 무기질, 아미노산 제품을 일컫는 말로 사용되고 있으나 식품법 상에서는 이에 대한 공식적 정의는 없

는 상태이다. 우일식품이 현미효소를 내놓으면서 시작된 건강보조식품업종은 1989년 7월 식품위생법 개정으로 제도권에 편입되었다(김진아, 2006).

식품의약 안정청에서 제시하는 우리나라의 건강기능식품의 개별 기준 품목에 관한 분류는 <Table 5>와 같이 분류하고 있다.

건강기능식품은 잘못된 식생활로 부족한 영양물질로서의 대체공급원과 공해오염, 스트레스, 운동부족, 편향된 식사 때문에 인체 내 영양상태의 불균형해소를 위한 특정 영양물질을 보충하기 위해 필요하며, 이런 필요성은 일반식품에서도 충족시킬 수 있으나, 건강기능식품은 그러한 목적으로 개발되어 예방적, 보조적 건강유지에 보다 용이하다(류유현, 2008).

2004년 시행된 건강기능식품법률로 영업종류 및 관리에 대한 규제가 신고제에서 허가제로 엄격해짐에 따라 건강기능식품시장의 신뢰도가 증가되었고, 원료 및 성분에 대한 규격이 강화되고 효능표기가 가능해졌으며, 제품의 과대 및 허위 광고가 불가능해짐에 따라 제품 효능 없이 광고에만 의존해온 영세한 중소기업들은 퇴출되고 기술력과 자금력을 가진 대기업 위주로 시장이 재편성되고 있다(김석순, 2008).

성인의 건강기능식품 섭취의 목적을 다룬 연구로는 김주현 등(2010)의 연구에서는 건강 증진을 위한 섭취(66.4%) 응답이 가장 많았고, 장민기 등(2008)의 연구에서는 피로회복, 영양보충, 질병예방 순으로 섭취 목적의 결과가 나타났다. 건강기능식품과 건강 관련 연구로는 청소년, 대학생, 성인, 중년기, 노인을 대상으로 다양하게 진행되고 있으며, 건강에 긍정적인 역할을 하는 것으로 나타나고 있어 현대인들에게서 건강기능식품과 건강의 중요성이 부각되고 있다.

Table 5. 건강기능식품 개별 기준 품목 분류

기준	분류	
영양소	비타민 및 무기질(또는 미네랄), 식이섬유, 단백질, 필수 지방산	
기능성 원료	터펜류	인삼, 홍삼, 엽록소 함유 식물, 스피루리나/클로렐라
	페놀류	녹차추출물, 알로에 전잎, 프로폴리스추출물
	지방산 및 지질류	오메가-3 지방산 함유 유지, 감마리놀렌산 함유유지, 레시틴, 스쿠알렌, 식물스테롤/식물스테롤에스테르, 알콕시글리세롤 함유 상어간유, 옥타코사놀 함유 유지, 매실추출물
	당 및 탄수화물류	글루코사민, N-아세틸글루코사민, 뮤코다당·단백, 식이섬유
	알로에 겔	
	영지버섯 자실체 추출물	
	키토산/키토올리고당	
	프락토올리고당	
발효미생물류	프로바이오틱스	
	홍국	
아미노산 및 단백질류	대두단백	
일반원료	로얄젤리	
	버섯	
	식물추출물발효	
	자라	
	효모	
	효소	
화분		

자료: 식품의약 안전청(2008). 경인식약청. 건강기능식품 기준

4) 음주

인간이 다양한 목적으로 사용해 오고 있는 약물들은 시대의 흐름에 따라 유행하는 종류가 변해 왔지만, 시대를 막론하고 가장 인기 있는 약물은 알

코올이다(최근도, 2005). 술은 고대로부터 인간생활과 밀접한 관계가 있는 식품이며 중요한 기호식품으로 인식되고 있다(양경미, 2005). 술은 오래 전부터 어느 시대나 사회를 막론하고 신체적, 사회적 즐거움을 추구하는 수단으로 때로는 불만이나 고통을 완화시켜주는 도구로 혹은 다른 사람과의 친목과 사회적인 관계를 원활히 하기 위하여 또는 축제나 종교적인 의식을 위한 목적으로 광범위하게 사용되어 왔다. 그동안 우리나라는 음주에 관대한 문화적 배경을 가지고 있으며, 술을 마시는 문화가 사회적으로 조성되어 술에 대한 허용적인 태도를 가지고 있어 다른 약물과는 달리 술은 위험하지 않다고 생각하며 그 위험성을 간과하는 데에 문제가 있다. 또한 음주에 대한 경각심이 높지 않아 날로 술 소비가 증가하고 있으며 이로 인한 질병 및 교통사고발생 등으로 국민건강에 미치는 피해가 크고 각종 범죄 및 폭력사고발생의 원인이 되고 있다(채효숙, 2001).

적당한 음주는 혈액순환과 소화를 돕고, 혈중 HDL-콜레스테롤을 증가시켜 심혈관계 질환을 예방할 수 있는 등 건강에 도움이 될 수 있지만, 중독성이 큰 향정신성 물질이자 1g당 7.1kcal의 높은 열량을 지닌 ‘빈 열량원(empty calorie)’으로(모수미 등, 2006), 알코올의 적당한 섭취량에 대한 인식은 매우 부족하여 올바른 음주문화 정착을 위한 다양한 노력이 필요하다.

2008년도 보건복지가족부 국민건강영양조사에서 고위험 음주행동은 한 번의 술좌석에서 소주 7잔(또는 맥주 5캔 정도)이상을 마시는 횟수, 여성은 한 번의 술좌석에서 소주 5잔(또는 맥주 3캔 정도)이상을 마시는 횟수와 주 2회 이상 음주자를 말하며, 통계청에서 실시한 지역사회건강조사 2010년도 고위험음주율의 연령에 따른 결과를 보면, 서울거주 성인의 고위험음주군은 40대가 18.1%로 가장 높았다. 또한 세계보건기구에서는 음주량을 중심으로 중등도 위험음주, 고위험 음주 등의 정의를 내리고 있다. 중등도 음주는 알

코올 60그램 이하 섭취(여성은 40그램 이하) 고위험 음주는 61그램 이상 섭취(여성은 41그램 이상)를 의미한다. 또한 알코올 섭취량과 관련하여 호주 국가보건·의학연구위원회(National Health & Medical Research Council)에서는 안전음주량, 위험음주량 및 위해음주량을 제시한 바 있다. 이들의 기준을 우리나라 주요 주류인 소주와 맥주로 환산하면, 남자의 경우 안전음주량이 하루 소주 4.3잔 또는 맥주 약 2.3병 이하의 양이고, 위험음주량은 소주 6.4잔 또는 맥주 3.4병이 그리고 그 이상의 양은 위해음주량에 해당하며, 여자의 경우에는 남자 기준량의 1/2로 제시하고 있다(이원재, 2003; 송지영, 2008). 다음은 2010년 우리나라 20세 이상 성별과 연령에 따른 음주량을 나타낸 표이다<Table 6>.

Table 6. 2010년 성별과 연령에 따른 한국인의 음주율 (%)

구분		월1회 이하	월 2~3회	주 1~2회	주 3~4회	거의 매일
성별	남자	16.0	28.8	34.0	14.6	6.6
	여자	44.1	34.9	16.2	3.7	1.1
연령	20~29세	27.2	39.4	26.8	5.6	1.0
	30~39세	28.9	32.3	27.3	9.4	2.1
	40~49세	26.6	29.0	27.8	12.1	4.5
	50~59세	26.8	26.4	26.2	13.3	7.2
	60세 이상	29.5	27.0	22.8	10.4	10.3
	65세 이상	29.7	25.7	22.6	11.0	11.0

자료: 통계청(2010). 2010년 사회조사보고서. 보건. 음주 및 음주횟수

국세청이 2010년 발표한 연도별 주류 출고현황을 보면 2001년 3,091,000kl, 2006년 3,185,277kl, 2008년 3,286,398kl, 2009년 3,229,494kl, 2010년 3,321,976kl로 꾸준히 증가하는 것을 알 수 있다. 2010년 국민 1인당 술 소비량은 19세 이상 성인기준 소주 66.6병(360ml기준), 맥주 100.8병(500ml기

준), 막걸리 14.2병(750ml기준)을 소비한 것으로 나타났다. 2010년 국내 주류시장의 규모는 약 7조 8,907억 원으로 파악되며, 그 중 맥주, 소주가 약 77%를 차지하고 있다. 주요 주종별 1인당 연간 음주량(병)은 <Table 7>과 같다.

Table 7. 주요 주종별 1인당 연간 음주량(병)

구분	용량(ml)	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
막걸리	750	6.2	6.2	6.3	9.1	14.2
맥 주	500	102.2	106.8	109.8	105.1	100.8
소 주	360	72.4	72.0	74.4	67.8	66.6
위스키	500	1.7	1.9	1.7	1.4	1.4

자료: Digital 세정신문(2011). 주류 출고동향. 2011. 7. 18

통계청이 2009년 우리나라 사망원인 통계조사에서 40대 남자의 주요사인 별 사망자 순위 2위로 간질환이었으며, 이는 10대 사망원인 중의 하나로 알코올과 관련된 사망자가 4,430명으로 전년대비 4.6%가 감소한 수준이었다. 남녀의 사망률의 차이가 9.5배 정도 이고, 30대에서 급증하여 50대에 가장 높은 후 점차 감소하는 형태를 보이고 있다. 또, 음주는 간경변, 간암 발생의 위험요인일 뿐만 아니라 식도암, 고혈압, 관상동맥질환, 신생아결함, 교통사고, 자살 및 타살의 주요원인 되고 있다(채효숙, 2001).

오늘날 술을 마시는 것은 어느 사회에서든 생활의 일부분이 되었으나 이는 주로 남성적인 행동으로 여겨졌다. 그러나 경제성장으로 여성의 사회진출이 활발해지고, 사회·문화적인 인식과 규범의 변화로 여성의 음주 기회와 음주율이 증가하면서 최근 여성의 음주는 사회문제로 대두되고 있다(Alamani 등, 2000; 허은정 등, 2001). 특히 여성 음주자의 증가는 여성의 생리적 특성과 함께 남성 음주와는 또 다른 사회 문제를 유발한다는 점에

서 성별 차이에 대한 접근이 필요하다(이용철 등, 2010). 김은숙 등(2010)의 연구에서는 여성의 고위험 음주자는 미혼이 가장 많고, 연령별로는 30대, 20대, 40대, 50대 순으로 높았다. 이용철 등(2010)의 연구에서도 여성의 문제 음주자는 미혼이 가장 많고, 연령에 따른 음주의존도는 20대, 40대, 30대, 50대 순으로 높게 나타났다. 고위험 음주자의 연령이 낮아지고 있어 이에 올바른 음주 문화 정책이 매우 시급하다.

5) 흡연

담배에는 500여 가지의 화학물질이 함유되어 있는데, 이중 약 30여 가지의 물질이 건강에 장애를 일으키는데 관여하고 있다. 또한, 담배가 연소될 때에는 연기가 생기는데 담배 연기는 주류연과 부류연, 담배 종이에서 확산될 때 나오는 증기 상태의 구성으로 되어 있다. 주류연은 흡연자가 들이마신 후 내뿜는 연기이고 부류연은 담배를 흡입하는 사이 담배 끝에서 나오는 연기이다(김미영, 2002). 연기 속에는 약 4천 가지 이상의 화학물질이 포함되어 있으며, 이 중에서 약 2백여 종은 우리 몸에 해로운 발암물질, 기관지 섬모 기능에의 독성 물질 등으로 분류되어 있으며, 특히 문제가 되는 것은 니코틴(nicotine), 타르(tar), 일산화탄소(co)등으로 구분 할 수 있다(고은현, 2008).

니코틴(nicotin)의 성분은 유성 알카로이드로서 독성이 강하며, 담배 한 개피에서 나오는 연기 중에 포함된 니코틴의 함량은 1.7mg이며, 니코틴은 색이 없고, 유성으로 독성이 강해서 1개비에 포함되어 있는 양을 혈관에 주사하면 성인 2~3명을 죽일 수도 있다. 담배는 일반적인 기호품으로 인식하여 신체적·정신적 건강과는 무관하다고 생각하는데 더 큰 문제가 있으며,

최근 금연에 관한 사회적 관심이 증폭되면서 흡연을 하나의 물질 중독으로 보는 경향이 늘어나고 있는 실정이다(엄순자, 2007).

타르(tar)는 담배를 피울 때 파이프나 필터가 검게 되는 원인이 된다. 담배진은 타르로, 약 200여종 이상의 화합물이 포함되어 있으며, 담배가 연소할 때 작은 입자들이 연기 속에 존재한다. 타르는 담배의 맛이나 향기를 결정하는 주요 인자로서 흡연욕구를 충동하는 역할을 한다. 타르의 주성분은 주로 방향성 고리화합물로 상당수가 발암물질로 알려져 있으며, 특히 니트로사민이나 방향성 아민은 방광암을, 벤조피렌은 폐암을 일으킨다(장리아, 2007).

보건복지부의 2011년 상반기 흡연 실태조사(2011)에 따르면 2009~2011년 남녀 흡연자의 변화율에 대한 결과로는 남녀의 흡연자가 감소하고 있으나, 40~50대의 흡연자가 감소하는 반면 20~30대의 흡연자가 증가하고 있어 성인의 금연에 대한 인식이 시급함을 볼 수 있으며, 그 결과는 <Table 8>과 같다. 또한 2011년 상반기 남녀의 연령에 따른 흡연율은 <Table 9>와 같다.

Table 8. 2009~2011년 남녀 흡연자의 변화율 (%)

구분		2009년	2010년	2011년
성별	남자	43.1	39.6	39.0
	여자	3.9	2.2	1.8

자료: 보건복지부(2011). 2011년 상반기 흡연 실태조사

Table 9. 2011년 연령에 따른 남녀 흡연자

(%)

구분		남자	여자
연령별	20대	40.5	3.6
	30대	51.2	0.9
	40대	42.3	1.2
	50대	34.1	1.6
	60대	20.1	2.1

자료: 보건복지부(2011). 2011년 상반기 흡연 실태조사

고은현(2008)의 연구에 의하면 비흡연자 집단에 비해 흡연자의 경우 사망 위험도가 1.21배로 유의하게 증가하였으며, 총 흡연량과 사망 위험도는 양반응 관계를 보였고, 흡연량이 35갑년(pack-year)이상인 경우 피지 않는 경우에 비해 사망률이 1.75배 증가하였다. 실제적으로 중년 이후 10년 이내에 조기 사망하는 남성 네 명 중 한명은 흡연이 원인 것으로 조사되었다. 흡연은 직접적으로 중년 남성의 단명을 재촉하는 유일한 생활습관으로 밝혀졌고, 연령과 체격, 경제와 교육수준 등 다른 요인이 모두 동일하다고 가정할 때 흡연자는 비 흡연자보다 70%나 사망률이 높았다(장리아, 2007).

개인과 국가의 건강증진에서 금연의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않는다. 흡연은 폐암, 후두암, 구강암, 식도암, 췌장암 등 여러 종류의 암을 유발할 뿐만 아니라 만성폐질환, 동맥경화성 심혈관계 질환 등 많은 질환의 유발에 밀접한 관련이 있다(구재욱 등, 2006). Doll 등(2005)은 50년 동안의 추적연구를 통해 흡연자가 비흡연자보다 폐암 발병률은 14.9배, 위암 발병률은 1.7배, 방광암 발병률은 2.3배 높다고 보고하였으며, Ishikawa 등(2006)은 성인 남자 9,008명의 추적 연구를 통해 흡연과 음주가 동시에 진행된다면 식도암 발병이 높다고 하였다. 또한 Lisa 등(2006)은 20~39세 성인 남자 702명을 대상으로 한 연구에서 흡연자는 제2형 당뇨병의 위험인자로

나타났다.

담배 자체에 포함되어 있는 니코틴 및 타르, 일산화탄소에 의해 체내에서 생성되는 자유기(free radical)는 여러 질병의 위험인자로 밝혀졌으며, 담배 연기는 peroxy radical, nitrogen dioxide, superoxide anion 등 많은 자유라디칼을 포함하고 있기 때문에 흡연자는 자유라디칼에 의한 산화를 최소로 유지하려는 방어체계를 갖게 되고 이에 따라 항산화 효소나 항산화제의 요구가 증가하며, 이로 인하여 흡연자의 경우 β -carotene 과 구리 등 혈중 항산화 관련 비타민과 무기질의 농도에 변화를 보인다(Chelchowska, 2001).

흡연자의 경우 니코틴의 혈관수축 작용으로 인해 잇몸에 출혈이 없다는 이유로 치주질환의 진행이 방치될 가능성이 높으며, 혀에 설태가 많이 생기고 세균과 치태로 인해 입 냄새가 심해지도 한다.

흡연은 칼슘과 비타민 D 대사에 관여하여 골격건강에도 영향을 미치는데, 니코틴은 내분비계 및 신경계에 영향을 주어 뼈의 칼슘 용해를 억제시키는 에스트로젠 분비를 저하시키고, 에스트라디올이 높은 활성도에서 낮은 형태의 대사물로 변화가 증가된 것으로 나타났다. 또한 Michael(2004)과 임현주 등(2010)의 연구에서도 폐경기 여성을 대상으로 흡연이 칼슘과 비타민 D의 대사에 중요한 영향을 미치어 직접적으로 골다공증의 위험률을 증가시킬 수 있음도 보고되었다.

그밖에 흡연은 니코틴 등 유해물질이 혈관을 손상시켜 혈압 상승을 가져오게 되어 고혈압을 유발시킨다(김철규, 2011).

여성 흡연자는 여성의 사회적 지위가 본격적으로 향상되기 시작한 1980년대 후반부터 여성의 사회적, 경제적 지위가 변화하면서 증가하였으며, 그 원인으로 최근 담배 회사가 여성을 주요 목표로 광고를 하며, 건강 교육이 남성 위주로 계획되어 있으며, 여성을 위해 특별히 고안된 건강 교

육이 부족하기 때문인 영향도 있다(김대현, 2002). 또한 김영래(2004)의 연구에 의하면 흡연 여성은 비 흡연 여성에 비해 유방암 유병률이 30% 높다는 장기간 통계분석 결과와 우울증, 알코올 중독, 약물남용, 정신 분열병 등과 같은 심리적 장애 요인과의 관련되어 있다. 특히 여성이 흡연을 할 경우 남성보다 더 많은 손상을 받게 되는데, 여성은 남성에 비해 체력이나 신체 구조, 체질 등 모든 조건들이 본질적으로 약해 독성이나 병균에 저항력이 남성에 비해 열세하기 때문이며, 특히 임신부가 담배를 즐기는 경우 기형아를 출산할 확률은 높아진다(이유경, 2005).

흡연은 흡연자 본인은 물론 타인의 건강까지도 위협한다는 점에서 세계적으로 건강증진정책의 최우선 과제 중 하나가 되고 있으며 장기간 흡연은 심장 질환이나 암과 연관되고 단기간 흡연은 기관지염, 감소된 폐 용량과 연관되어 있다. 그러나 김영래(2004)의 연구에 의하면 특히 35세 이전에 금연을 하게 되면 흡연과 관련된 나쁜 건강 결과를 줄일 수 있으나, 흡연과 관련하여 많은 피해가 있음에도 불구하고 대부분의 흡연자들은 일상생활에서의 스트레스, 불안, 분노, 우울 등 잘못된 생각 내지 습관성으로 인하여 흡연으로부터 자유로워지지 못하고 있는 실정이다.

6) 운동

건강에 대한 관심이 증가하면서 현대인들에게 운동의 중요성이 부각되고 있다. 과거 몇 년 전과는 다르게 매주 토요일, 일요일이면 수도 서울의 명산인 북한산 입구는 수많은 등산객들로 붐빈다. 평일 저녁 한강시민공원은 조깅, 인라인 스케이팅, 사이클링 등을 즐기는 사람들로 가득하다. 오늘날의 풍족해진 경제상황과 웰빙에 대한 대중들의 관심증대는 이렇게 사람들의

여가시간을 직접적인 운동참여의 형태로 전환시켰고, 접근이 용이한 체육시설의 확충과 주 5일 근무제, 토요일무 등의 국민 여가시간에 대한 정책시행이 더욱 촉진시켰다(손경만 등, 2009).

현대사회에서 규칙적인 스포츠 활동의 참여가 근육, 심장 등 인체의 생리적인 기능을 향상시킬 뿐만 아니라 스트레스해소, 인간관계개선 등 심리적인 측면에서도 유의한 효과를 제공한다는 점은 현대인들의 운동에 대한 관심을 더욱 고조시키고 있으며 이에 따라 지속적인 스포츠 참여자가 꾸준히 증가하고 있다(송형삼, 2008). 일반적으로 운동행동은 건강을 유지 및 증진시키기 위한 행동으로 생활습관, 질병예방 등과 관련하여 가장 중요한 역할 및 수단으로서 보편화된 사실로 받아들여지고 있다(배승호, 2008).

건강은 사람이 삶을 영위하는데 기본적으로 요구되는 의식주 3요소 이외의 또 하나의 요소가 되고 있다(원서진, 2010). 인간의 건강을 유지 및 증진시키는 건강행동 중 규칙적인 신체활동과 같은 자의적인 행동은 신체 및 정신적인 측면에서 긍정적인 효과를 나타내는데 매우 적절한 역할을 한다고 건강과 운동에 관련된 대부분의 연구에서 강조하고 있다.

최근 건강의 유지 및 증진을 위해서 의학에만 의존하는 것보다 운동을 통한 체력증진의 필요성이 요구되고 있으며, 운동을 통한 신체활동은 질병의 치유뿐만 아니라 예방 측면으로도 그 중요성이 매우 강조되고 있다(고은현, 2008).

통계청에서 실시한 2010년 충청북도 사회조사의 연령별에 따른 주당운동시간<Table 10>과 운동 빈도<Table 11>를 보면, 주당운동시간은 연령이 증가할수록 운동시간이 많은 것을 볼 수 있으며, 운동 빈도도 연령이 증가할수록 운동 빈도가 많은 것을 볼 수 있다. 그러나 단순히 운동참여 인구가 증가하고 그 비율이 많아진다고 해서 모든 사람이 규칙적인 운동의 혜택을

누린다고는 보기 어렵다. 여전히 우리 사회에는 많은 사람들이 운동부족으로 인해 건강을 유지하지 못하는 실정이다.

새롭게 개정된 미국스포츠의학회(American College of Sports Medicine: ACSM)의 2007년 건강운동 가이드라인에 따르면 규칙적인 운동은 일정한 양식의 강도와 형태로 가능하면 매일 6개월 이상 지속할 것을 권고하고 있지만, 이 운동 권고안에 기초할 때 운동의 혜택을 볼 수 있을 정도로 운동을 규칙적으로 실천하는 사람은 얼마 되지 않는 것으로 보인다(Haskell, 2007).

건강운동을 통해 얻을 수 있는 이익이 많다고 느끼는 참여자일수록 더욱 활발하게 규칙적인 운동을 위한 행동 및 인지전략을 사용한다고 보고하였고, 운동부족으로 인한 질병에 대한 가능성과 심각성을 크게 인식할수록 운동에 대해 긍정적이며, 긍정적인 행동의 변화인 인지적 변화과정도 높게 나타났다고 보고된 바 있다(오은택, 2010).

Table 10. 연령별에 따른 주당 운동시간 (%)

연령별	1시간미만	1~3시간미만	3~5시간미만	5~7시간미만	7시간이상
20세 미만	41.4	44.8	7.1	3.4	3.4
20~29세	34.3	45.1	9.8	4.3	6.5
30~39세	38.3	42.8	8.9	4.8	5.2
40~49세	34.4	44.1	11.0	4.6	7.1
50~59세	31.8	41.4	12.8	6.9	7.1
60세 이상	36.2	31.2	12.7	11.2	8.8

자료: 통계청(2010). 2010년 충청북도 사회조사

Table 11. 연령별에 따른 운동 빈도

(%)

연령	거의매일	2~3회/주	1회/주	1회/2주	1회/한달	거의안함
20세미만	6.9	16.1	13.6	5.1	5.7	52.6
20~29세	9.7	15.9	14.2	5.3	7.5	47.5
30~39세	7.8	16.6	14.0	5.4	9.2	47.0
40~49세	9.3	17.8	16.3	5.2	8.6	42.8
50~59세	12.7	23.3	12.8	3.8	5.3	42.1
60세이상	20.0	14.8	6.3	1.4	2.7	54.9

자료: 통계청(2010). 2010년 충청북도 사회조사

습관적인 운동은 임상인과 비 임상인 모두에게 정신적 행복을 가져다 줄 수 있다. 규칙적으로 운동에 참여하는 생활체육참여자 85%가 운동 후 기분 좋은 현상을 경험하며, 활력감이 증진되고, 다양한 부정적 정서를 감소시켜, 우울증과 같은 정신질환에 임상적인 효과를 보이고 있다(이정우, 2009). 김영미 등(2008)의 연구에서는 성인을 대상으로 실시한 운동프로그램이 건강 증진행동을 더 많이 하고, 우울감을 낮추며, 삶의 질을 높이는 것으로 나타났다. 적당한 양의 규칙적인 운동은 심혈관계질환 및 암을 예방할 수 있으며 근육량을 증가시키고 체중과 체지방률을 감소시켜 바람직한 신체조성을 이루어 성인병 예방에 도움을 줄 것이라는 연구 결과도 있다(최경아 등, 2003). 특히 운동은 비만으로 인해 발생하는 성인병의 예방 및 치료의 수단이 되며 규칙적인 운동은 지방조직의 지방분해효소를 활성화시켜 중성지방을 빠른 에너지원으로 사용하는 것으로 나타났다(이승범, 2005).

인간의 신체에 운동부하를 주면 대사가 항진되며 체내의 면역체계와 항상성을 위하여 신체조직과 각 기관에서는 여러 생리학적 조절 현상들이 나타나게 된다(고은현, 2008). 또한 운동은 체중감소, 체력증진 외에 심혈관계 질환을 예방하는데 효과적인 도움을 주며, 혈중 지질 중 특히 혈중 HDL-콜레스테롤(HDL-C)의 증가에 영향을 미쳐 관상동맥질환과 심혈관계 질환

및 혈관기능을 향진시켜 고혈압, 혈당, 비만 등의 위험요소를 개선시킬 수 있다고 하였다(김철규, 2001; 장창현, 2002; 성기운 등, 2011). 혈중 HDL-C은 관상동맥질환 위험인자와 역 상관관계를 보이며, HDL-C이 증가하면 관상동맥질환에 걸릴 확률과 그로 인한 사망할 확률이 낮아진다고 하였다(Chapman 등, 2004). 운동을 통해 HDL-C은 증가되고, TC, LDL-C, TG 등은 감소시켜 혈중 지질성분에도 긍정적인 영향을 미친다고 보고되고 있다(Booth 등, 2000; ACSM, 2001; Jenkins 등 2010). 이는 HDL-C이 생합성되어 체내에서 많은 기능을 수행하는데 이 중 지질과산화를 보호함으로써 동맥경화 보호기능이 뛰어나며(Tsompanidi 등, 2010), 그 외 인슐린의 감수성과 내당능 기능 향진에 도움을 주기 때문이다. 그러나 운동과 HDL-C의 연관성에 관한 연구에서는 운동의 강도, 기간, 빈도와 매우 밀접한 관련성을 가지고 있으며, 운동에 의해 HDL-C의 농도를 증가시키기 위해서는 운동의 강도를 높이거나 운동의 양과 기간을 증가시켜야 한다는 보고와 함께 일반적으로 유산소운동을 할 경우 운동 강도는 최대산소섭취량의 50~85%를 지속적으로 15~30분 정도, 그리고 주 3~5회 정도를 권장하고 있다(Durstine 등, 2002). 운동을 통한 최대산소섭취량의 증가가 심혈관계 질환을 예방할 수 있다는 연구는 많이 보고되었으나, 구체적인 운동의 시간, 강도에 관한 명확한 기준은 정확하지 않다. 그러나 장창현(2002)의 연구에서 6개월간 중년남성을 대상으로 최대산소섭취량 65%로 주5회, 1회 시 60~100분씩 유산소운동으로 배드민턴을 실시한 결과 최대산소섭취량, 최대심박수, 체중, 체지방량, TC, LDL-C이 유의하게 감소하였고, HDL-C은 유의하게 증가하였다. 또한 성기운 등(2011)의 연구에서도 체지방률 25%이상의 성인남성을 대상으로 운동에 따른 HDL-C의 변화를 연구한 결과 80% 최대산소섭취량의 강도에서 유의하게 HDL-C이 증가함을 나타내었다. 그러나

박명 등(2007)의 연구에서는 40대 남성을 대상으로 3개월간 주 3~5회, 1회 시 30분 이상 실시한 결과 HDL-C에는 유의한 결과가 없었다. 이는 다른 선행연구들과는 상이한 결과이지만, 운동의 강도와 빈도수가 적었던 이유로 여겨지며, 이에 운동의 강도와 시간이 매우 중요함을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구내용 및 방법

연구방법의 다각화 측면에서 사전조사를 실시하여 설문지 개발 후 예비 조사를 거쳐 본 조사를 시행함으로써 하나의 수단으로 연구를 실시하였을 때 발생할 수 있는 편견 및 제한점을 완화시켜 보다 신뢰성 있는 결과를 확보하고자 하였다.

1. 건강행동 관련 건강신념 문항 개발

1) 연구 대상 및 기간

면대면 심층 면접은 편의적 표본추출(convenience samplig)을 사용하여 연구자가 서울지역의 30~59세 사이의 남녀 20명을 선정하여 2010년 9월 18일부터 2010년 9월 20일 동안에 실시하였다.

2) 건강신념 문항 개발 항목 구성 방법

면대면 심층 면접에서 사용한 질문지 개발은 장운정(2007)의 선행연구를 바탕으로 본 연구의 목적에 맞게 문헌고찰을 기초로 반구조화된 질문지를 개발하였고, 각 항목은 30~59세의 남녀 대상자를 대상으로 진행되었다 <Table 12>. 면접항목은 건강신념 문항 개발을 위한 항목으로 1)식행동, 2) 체중조절행동, 3)건강기능식품, 4)음주, 5)흡연, 6)운동에 대한 내용이였다.

면대면 심층 면접은 연구자에 의해 진행되었으며 사전에 작성된 질문지에 따라 진행되었고 면접 중에 연구자는 자세한 기록을 하였다. 연구자는 면접을 실시하기 전에 면접 대상자에게 연구의 의도 및 필요성에 대하여 설명하였고, 대상자들에게 질문을 묻고 연구자가 직접 기입하였다. 조용한 장소와 편안한 분위기에서 실시하였으며, 간단한 다과를 준비하였다. 면접 대상자의 동의하에 기록을 하였고, 면접시간은 약 45분 정도 소요되었다. <Table 12>에 제시한 진행단계에 따라 단계별로 면접을 실시하였다. 자료 분석은 면접 종료 후에 질문지의 답변이 기재한 내용을 이용하여 각 주제에 따라 분류하고 중요 개념(key word)과 중복되는 문장을 분석하여 설문지를 개발하였다.

Table 12. 면대면 심층 면접의 진행 및 면접 내용

내용	진행 및 내용	소요시간(분)
준비	간단한 음료와 다과 준비 노트 준비	5
도입	인터뷰 및 연구 의도 설명	5
면접 내용	1. 식행동 Q: 건강을 위한 식습관 중 '각 식품군을 매일 골고루 먹자', '짠 음식을 피하고 싱겁게 먹자', '지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹자'에 대해서 자유롭게 말씀해주세요. Q: 건강을 위한 식습관 및 식생활에서 반드시 지키는 사항, 잘 지키지 못하는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등을 자유롭게 말씀해주세요. 2. 체중조절행동 Q: 건강을 위하여 사용하는 체중조절관리 방법과 체중조절을 하지 않는 이유, 하지 못하는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등에 대해서 자유롭게 말씀해주세요. Q: 과거 또는 현재 진행하고 있는 체중조절관리 방법의 종류와 선택 이유를 자유롭게 말씀해주세요. 3. 건강기능식품 Q: 건강을 위하여 선택하고 있는 건강식품의 종류와 선택 이유를 자유롭게 말씀해주세요.	30

	<p>Q: 건강을 위하여 건강식품을 섭취하는 이유, 섭취하지 않는 이유, 섭취하지 못하는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등 에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>4. 음주</p> <p>Q: 본인의 음주량과 횟수에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>Q: 건강과 음주와의 관계에 대해서 음주를 하는 이유, 하지 않는 이유, 하지 못하는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등 에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>5. 흡연</p> <p>Q: 본인의 흡연 량과 횟수에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>Q: 건강과 흡연과의 관계에 대해서 흡연을 하는 이유, 하지 않는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등 에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>Q: 금연을 해본 적이 있거나 하고 있다면 금연을 선택한 이유와 그 후를 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>6. 운동</p> <p>Q: 본인의 운동량과 횟수에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>Q: 본인이 선택하고 있는 운동의 종류와 선택 이유를 자유롭게 말씀해주세요.</p> <p>Q: 건강과 운동과의 관계에 대해서 운동을 하는 이유, 하지 않는 이유, 하지 못하는 이유, 유지에 도움이 되는 것, 방해가 되는 것, 방법 등 에 대해서 자유롭게 말씀해주세요.</p>	
정리	내용 정리 및 선물 증정	5

3) 건강신념 문항 개발 분석 방법

면대면 심층 면접을 통하여 개발된 설문지는 편의적 표본추출 (convenience sampling)을 사용하여 서울지역의 30~59세 사이의 남녀 33명을 대상으로 2010년 10월 1일부터 2010년 10월 10일까지 예비설문지 33부를 배포하여 문항에 대한 신뢰도 분석을 실시하였다. 설문지에 대한 응답은 직접자기기입식 응답방법을 사용하였고, 모든 문항의 평가척도는 Likert식의 5점 등간척도를 이용하여 측정하였다. 예비조사 후 설문지를 수정하고 보완하여 최종 설문지를 본 조사에 사용하였다.

2. 설문조사

1) 연구대상 및 자료수집

본 연구의 조사대상은 서울 동남부 지역을 중심으로 편의적 표본추출 (convenience sampling)을 통하여 모집된 30~59세의 서울지역 거주자 및 근무자 성인 남녀를 대상으로 하여 실시하였다.

본 조사는 2010년 11월 1일부터 2011년 2월 28일 동안에 실시하였으며, 설문지에 대한 응답은 직접자기기입식 응답방법을 사용하였고, 모든 문항의 평가척도는 Likert식의 5점 등간척도를 이용하여 측정하였다.

설문지의 배포과정은 연구자가 연구원에게 본 연구의 목적, 취지와 해당 대상자를 설명한 후 진행하였으며, 연구원을 통한 배포와 수거는 연구자가 직접 진행하였다. 설문지의 배포는 서울 동남부 지역에 위치하고 있는 A회사, C회사, D회사, J회사, K1회사, K2회사, L1회사, L2회사, O회사, S회사 등과 S구, K구 등에 총 1,300부를 배포하였다.

설문지는 총 1,300부를 배포하였고, 배포된 설문지 중 1,073부(회수율, 82.5%)가 회수되었으며, 응답이 부실하거나 신뢰할 수 없는 내용의 설문지 69부를 제외하고 최종 1,004부(이용율, 80.0%)를 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 설문지 도구 및 측정방법

건강신념변수의 측정 도구는 설문지 개발을 위한 질문지인 사전조사 면

접 가이드라인의 결과를 근거로 개발되었고, 예비설문을 실시하여 신뢰도와 타당도 검사를 거친 후 전문가의 자문을 거쳐 최종 수정·보완하여 사용하였다.

연구에 사용된 설문지는 라이프스타일, 건강신념변수 측정도구(식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동), 건강행동실천 측정도구에 관한 사항으로 구성되었으며 세부적인 항목과 문항 수는 <Table 13>과 같으며, 모든 문항의 평가척도는 Likert식의 5점 등간척도를 이용하여 측정하였으며, 점수가 많을수록 각 특성이 높게 나타남을 의미한다.

Table 13. Composition of survey

Classification	Item	Amount	
General Characteristics	gender, age, BMI, final schooling, occupation, marital status, monthly average income, monthly allowance	8	
	<hr/>		
Lifestyle	society-oriented lifestyle	6	
	economy-oriented lifestyle	7	
	trend-oriented lifestyle	7	
	health-oriented lifestyle	8	
<hr/>		3	
Dietary	dietary behavior	3	
	Dietary Guideline 1	perceived benefits	6
		perceived barriers	6
		self-efficacy	6
	Dietary Guideline 2	perceived benefits	7
		perceived barriers	7
		self-efficacy	4
	Dietary Guideline 3	perceived benefits	6
		perceived barriers	7
self-efficacy		6	
<hr/>			
Weight Control	weight control behavior	1	
	perceived benefits	6	
	perceived barriers	7	
	self-efficacy	5	
<hr/>			
Health Functional Food	functional food consumption	1	
	perceived benefits	8	
	perceived barriers	6	
	self-efficacy	4	
<hr/>			
Drinking	weekly drinking frequency, drinking quantity	2	
	perceived benefits	7	
	perceived barriers	4	
	self-efficacy	6	
<hr/>			
Smoking	daily smoking quantity	1	
	perceived benefits	7	
	perceived barriers	5	
	self-efficacy	7	
<hr/>			
Exercise	weekly exercise frequency, exercise duration	2	
	perceived benefits	7	
	perceived barriers	7	
	self-efficacy	6	
<hr/>			
Total		193	

2) 라이프스타일

본 연구에서는 라이프스타일을 분석하기 위하여 선행연구로 이지영(2005), 광종형(2007), 장윤정(2007), 류유현(2008)의 연구에서 사용된 측정항목을 토대로 종합 분석하고 본 연구의 대상과 목적에 알맞게 일부 수정, 보완하여 신뢰도 분석 후 사용하였으며, Likert식의 5점 등간척도를 이용하여 측정하였다.

최종 라이프스타일은 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일, 건강지향형 라이프스타일의 네 가지 측정항목을 도출하여 사용하였다.

본 연구의 라이프스타일에 대한 신뢰도는 사회지향형 라이프스타일 Cronbach's $\alpha=0.727$, 경제지향형 라이프스타일 Cronbach's $\alpha=0.682$, 유행지향형 라이프스타일 Cronbach's $\alpha=0.870$, 건강지향형 라이프스타일 Cronbach's $\alpha=0.854$ 로 비교적 믿을 수 있는 신뢰도로 나타났다.

라이프스타일에 대한 측정문항의 신뢰도는 다음 <Table 14>와 같다.

Table 14. Reliability of lifestyle

	Classification	Amount	Cronbach's α
Lifestyle	society-oriented lifestyle	6	0.727
	economy-oriented lifestyle	7	0.682
	trend-oriented lifestyle	7	0.870
	health-oriented lifestyle	8	0.854

3) 건강신념변수 측정도구

본 연구에서 사용한 건강신념변수 측정도구는 아래 6가지 건강행동 영역에 대한 건강신념변수의 수준을 Becker(1974)의 건강신념모델을 토대로 하여 연구자가 설문지 개발 후 예비설문을 통해 신뢰도를 분석하여 사용하였다. 선평순(2003), 김영래(2004), 장윤정(2007), 손경만 등(2009), 김혜숙 등(2010)의 연구에서 건강신념변수 개념 중 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감을 측정도구로 사용한 것을 선행연구로 본 연구에서도 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감을 연구도구로 사용하였다. 모든 문항은 Likert식의 5점 등간척도를 이용하여 측정하였으며, 인지된 유익성과 자아효능감은 점수가 높을수록 해당되는 건강신념변수의 수준이 높고, 인지된 장애성은 점수가 높을수록 해당되는 건강신념변수의 수준이 낮은 것을 의미한다.

(1) 식 행동

식행동 관련 문항은 보건복지가족부(2009)의 한국인을 위한 식생활 지침 중 성인을 위한 식생활지침 가이드의 자료를 사용하였다. 총 6개의 부문으로 구성된 식생활지침 중 본 연구의 조사항목과 중복되는 내용인 음주, 운동 및 청결한 음식에 관한 내용을 제외하고 식행동과 직접적으로 연관된 '각 식품군을 매일 골고루 먹자', '짠 음식을 피하고 싱겁게 먹자', '지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹자'의 3부문에 기초하여 구성하였다. 3부문의 인지된 유익성은 각 식생활지침을 잘 지켰을 때 얻을 수 있는 건강에 대한 이점으로 총 19문항, 인지된 장애성은 잘 지키지 못하게 되는 어려움으로 총 20문항, 자아효능감은 잘 지킬 수 있다는 의지로 총 16문항으로 구

성되어 있다. 3부분의 식생활지침의 자세한 사항은 다음과 같다.

(1-1) 식생활지침 - 각 식품군을 매일 골고루 먹자

각 식품군을 매일 골고루 먹자 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 15>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 6문항으로 그 내용은 각 식품군을 매일 골고루 먹었을 때 건강함, 몸매 유지, 질병예방, 건강한 노후를 보낼 수 있을 가능성에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.863$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 6문항으로 그 내용은 각 식품군을 매일 골고루 먹지 못하는 이유로 시간적 여유, 음식 준비에 대한 어려움, 생활비, 맛에 대한 불편함에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.380$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 6문항으로 그 내용은 각 식품군을 매일 골고루 먹을 수 있다는 강한 의지의 가능성에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.823$ 이었다.

Table 15. Reliability of do eat equally all food group per everyday

	Classification	Amount	Cronbach's α
Dietary Guideline 1	perceived benefits	6	0.863
	perceived barriers	6	0.380
	self-efficacy	6	0.823

*dietary guideline 1: Do eat equally all food group per everyday

(1-2) 식생활지침 - 짠 음식을 피하고 싱겁게 먹자

짠 음식을 피하고 싱겁게 먹자 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 16>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 7문항으로 그 내용은 짠 음식을 피하고 싱겁게 먹었을 때 건강함, 몸매 유지, 질병예방, 건강한 노후를 보낼 수 있을 가능성에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.907$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 7문항으로 그 내용은 짠 음식을 피하고 싱겁게 먹지 못하는 이유로 시간적 여유, 음식 준비에 대한 어려움, 생활비, 맛에 대한 불편함에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.747$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 4문항으로 그 내용은 짠 음식을 피하고 싱겁게 먹을 수 있다는 강한 의지의 가능성에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.684$ 이었다.

Table 16. Reliability of do eat food as bland as possible and avoid salty food

	Classification	Amount	Cronbach's α
	perceived benefits	7	0.907
Dietary Guideline 2	perceived barriers	7	0.747
	self-efficacy	4	0.684

* dietary guideline 2: Do eat food as bland as possible and avoid salty food

(1-3) 식생활지침 - 지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹자

지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹자 신뢰도 분석은 다음과 같다 <Table 17>.

① 인지된 유익성

유익성은 6문항으로 그 내용은 건강함, 몸매 유지, 질병예방, 건강한 노후를 보낼 수 있을 가능성에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.922$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 7문항으로 그 내용은 지방이 많은 고기나 튀긴 음식을

적게 먹지 못하는 이유로 시간적 여유, 음식 준비에 대한 어려움, 생활비, 맛에 대한 불편함에 대한 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.771$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 6문항으로 그 내용은 지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹을 수 있다는 강한 의지의 가능성의 지각정도를 말하며 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.763$ 이었다.

Table 17. Reliability of do eat less that fatty meat and fried food

	Classification	Amount	Cronbach's α
	perceived benefits	6	0.922
Dietary Guideline 3	perceived barriers	7	0.771
	self-efficacy	6	0.763

* dietary guideline 3: Do eat less that fatty meat and fried food

(2) 체중조절 행동

체중조절행동 관련 문항 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 18>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 체중조절행동을 하였을 때 얻을 수 있는 건강과 개인의 성취감에 대한 이점에 대한 '체중조절을 하면 건강해질 것이다', '체중조절

을 하면 날씬해질 것이다’, ‘체중조절을 하면 비만으로 인한 질병에 걸리지 않을 것이다’, ‘체중조절을 하면 변비가 완화될 것이다’, ‘체중조절을 하면 주의사람으로부터 인기가 좋아질 것이다’, ‘체중조절을 하면 입고 싶은 옷을 입을 수 있다’의 6문항으로 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.804$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 체중조절행동을 유지하지 못하는 어려움에 대한 ‘체중조절은 시간과 의지부족으로 혼자서는 지속하기 어렵다’, ‘체중조절을 하기엔 식탐이 너무 많다’, ‘체중조절에 대한 필요성이 없다’, ‘나는 물만 먹어도 살이 찌는 체질이다’, ‘체중조절을 하기 위한 센터(헬스장, 비만클리닉 등)는 경제적인 부담이 된다’, ‘체중조절을 위해 음식의 양을 제한 할 자신이 없다’, ‘체중조절을 하기에는 너무 바빠서 시간이 부족하다’의 7문항으로 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.560$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 체중조절행동을 잘 지킬 수 있다는 의지에 대한 ‘나는 체중조절을 위해 운동을 습관화 할 수 있다’, ‘나는 당장 체중조절용 및 칼로리 조정 식단으로 변경할 수 있다’, ‘나는 체중조절을 위해 야식과 간식을 안 먹을 수 있다’, ‘나는 체중조절을 위해 모임에 안 나갈 수 있다’, ‘나는 체중조절을 위해 회식이나 모임 때도 개인 식단을 챙겨서 먹을 수 있다’의 5문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수

의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.734$ 이었다.

Table 18. Reliability of weight control behavior

	Classification	Amount	Cronbach's α
Weight Control Behavior	perceived benefits	6	0.804
	perceived barriers	7	0.560
	self-efficacy	5	0.734

(3) 건강기능식품

건강기능식품 관련 문항 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 19>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 건강기능식품을 섭취하였을 때 얻을 수 있는 건강에 대한 이점에 대한 '건강기능식품을 먹으면 건강해질 것이다', '건강기능식품을 먹으면 건강을 유지한다', '건강기능식품을 먹으면 날씬해진다', '건강기능식품을 먹으면 부족한 영양소를 보충한다', '건강기능식품을 먹으면 면역력이 증진될 것이다', '건강기능식품을 먹으면 피곤함을 덜 느낀다', '건강기능식품을 먹으면 질병을 예방할 것이다', '건강기능식품을 먹으면 피부의 상태가 개선될 것이다'의 8문항으로 Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.891$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 건강기능식품 섭취를 못하거나 안하는 이유와 어려움에

대한 ‘건강기능식품의 정확한 효과와 효능을 알기가 어렵다’, ‘건강기능식품의 종류가 너무 많아서 무엇을 선택해야 할지 모르겠다고 생각한다’, ‘규칙적인 식사만으로도 건강기능식품은 필요가 없다’, ‘건강기능식품의 즉각적인 효과를 느끼기 어렵다’, ‘건강기능식품은 맛이 없다(특정 냄새가 난다)’, ‘건강기능식품을 먹으면 부작용이 우려된다’의 6문항으로 Likert 식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.703$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 건강기능식품을 지속적으로 잘 섭취할 수 있다는 의지에 대한 ‘나는 건강기능식품을 매일 규칙적으로 챙겨 먹을 수 있다’, ‘나는 건강기능식품의 정보를 위해 팜플렛 받기와 직접 구매를 할 수 있다’, ‘나는 내가 섭취하는 건강기능식품의 효능과 효과를 정확하게 알고 있다’, ‘나는 나에게 필요한 건강기능식품의 종류를 알고 있다’의 4문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.786$ 이었다.

Table 19. Reliability of functional food consumption

	Classification	Amount	Cronbach's α
Functional Food Consumption	perceived benefits	8	0.891
	perceived barriers	6	0.703
	self-efficacy	4	0.786

(4) 음주

음주 관련 문항 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 20>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 금주를 하였을 때 얻을 수 있는 건강과 개인 생활에 대한 이점에 대한 ‘술을 마시지 않으면 건강해질 것이다’, ‘술을 마시지 않으면 경제적 여유(용돈)가 있을 것이다’, ‘술을 마시지 않으면 가족, 친구, 연인과의 시간이 늘어날 것이다’, ‘술을 마시지 않으면 규칙적인 식사를 할 수 있다’, ‘술을 마시지 않으면 음주관련 질병(간질환 등)을 예방할 수 있다고 생각한다’, ‘술을 마시지 않으면 나를 위한 여가 시간이 증가될 수 있다’, ‘술을 마시지 않으면 피부의 상태가 개선될 것이다’의 7문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = 0.841$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 금주를 하지 못하는 이유와 어려움에 대한 ‘음주와 건강의 유지는 상관이 없다’, ‘술을 마시지 않으면 스트레스 해소가 어렵다’, ‘술을 마시지 않으면 사회생활이 어렵다’, ‘술을 마시지 않으면 친구, 연인과의

관계에서 특별한 일이 없어서 재미가 없다'의 4문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최고 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.722$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 금주를 할 수 있다는 강한 의지에 대한 '나는 타인과 함께 하는 술자리에서 술을 마시지 않을 수 있다', '나는 타인이 술을 강제로 권해도 안 마실 수 있다', '나는 술자리에서 나의 주량을 지킬 수 있다', '나는 술자리를 1차에서 끝낼 수 있다', '나는 마음만 먹으면 1달 동안 절주를 할 수 있다', '나는 항상 내가 먹고 싶은 만큼만 술을 마실 수 있다'의 6문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.887$ 이었다.

Table 20. Reliability of drinking

	Classification	Amount	Cronbach's α
Drinking	perceived benefits	7	0.841
	perceived barriers	4	0.722
	self-efficacy	6	0.887

(5) 흡연

흡연 관련 문항 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 21>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 금연을 하였을 때 얻을 수 있는 건강에 대한 이점에 대한 ‘담배를 피우지 않으면 건강해진다’, ‘담배를 피우지 않으면 이빨이 변색되지 않는다’, ‘담배를 피우지 않으면 (입, 옷 등)냄새가 나지 않는다’, ‘담배를 피우지 않으면 가족, 친구, 연인으로부터 더 나은 사람으로 보일 것이다’, ‘담배를 피우지 않으면 흡연 관련 질병(폐암 등)을 예방할 수 있다’, ‘담배를 피우지 않으면 피부의 상태가 개선될 것이다’의 7문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.924$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 금연을 하지 못하는 이유와 어려움에 대한 ‘담배를 끊는 것은 습관이라 어렵다’, ‘담배를 끊는 것은 나를 고통스럽게 한다’, ‘담배를 안 피우면 쉬는 시간이 줄어든다’, ‘담배를 안 피우면 담배를 피우는 상사와의 대화가 줄어들 것이라고 생각한다’, ‘담배를 안 피우면 심리적으로 짜증이 증가할 것이라고 생각한다’의 5문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.809$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 금연을 할 수 있다는 강한 의지에 대한 ‘나는 금연에 대한 의지가 약하다’, ‘나는 담배를 피우지 않고 흡연자들이 흡연하는 동안 함께 대화할 수 있다’, ‘나는 담배 피우는 광고를 봐도 담배를 안 피울 수 있다’, ‘나는 동료가 담배를 권해도 거절할 수 있다’, ‘나는 언제든지 담배를 끊을

수 있다’, ‘나는 마음만 먹으면 1달 안에 금연을 할 수 있다’, ‘나는 하루 동안의 흡연량을 정하고 지킬 수 있다’의 7문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.746$ 이었다.

Table 21. Reliability of smoking

	Classification	Amount	Cronbach’s α
Smoking	perceived benefits	7	0.924
	perceived barriers	5	0.809
	self-efficacy	7	0.746

(6) 운동

운동 관련 문항 신뢰도 분석은 다음과 같다<Table 22>.

① 인지된 유익성

인지된 유익성은 운동을 하였을 때 얻을 수 있는 건강과 개인 생활에 대한 이점에 대한 ‘운동을 하면 스트레스가 해소된다’, ‘운동을 하면 몸매를 유지할 수 있다’, ‘운동을 하면 건강을 유지 또는 증진할 수 있다’, ‘운동을 하면 젊어지는 느낌과 생활에 활력이 생긴다’, ‘운동을 하면 성취감을 느끼게 한다’, ‘운동을 하면 살을 뺄 수 있다’, ‘운동을 하면 피부의 상태가 개선될 것이다’의 7문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 인지된 유익성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.913$ 이었다.

② 인지된 장애성

인지된 장애성은 운동을 지속적으로 유지하지 못하는 이유와 어려움에 대한 ‘운동을 할 시간이 부족하다’, ‘운동을 할 필요성을 못 느낀다’, ‘운동을 하기 위한 제반요건(스케줄 관리, 교통수단 등)이 불편하다고 생각한다’, ‘운동을 하면 음식에 대한 선택이 줄어들다’, ‘운동할 장소를 찾기가 어렵다’, ‘운동을 할 정도로 몸이 건강하지 않다’, ‘운동을 하면 운동밖에 하지 않는다고 생각한다’의 7문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 장애성이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.688$ 이었다.

③ 자아효능감

자아효능감은 운동을 할 수 있다는 강한 의지에 대한 ‘나는 운동하는 시간을 매일 지킬 수 있다’, ‘나는 운동하는 시간에는 약속을 안 잡을 수 있다’, ‘나는 날씨나 그 밖의 어려운 환경 속에서도 반드시 운동을 할 수 있다’, ‘나는 혼자서도 운동을 할 수 있다’, ‘나는 적어도 1주일에 3번은 운동을 할 수 있다’의 6문항으로, Likert식 5점 척도에 따라 최저 1점에서 최고 5점으로 측정된 점수의 합이 많을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 측정문항의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=0.813$ 이었다.

Table 22. Reliability of exercise

	Classification	Amount	Cronbach’s α
	perceived benefits	7	0.913
Exercise	perceived barriers	7	0.688
	self-efficacy	6	0.813

4) 건강행동실천 측정도구

식행동영역의 식생활지침실천 정도는 각 세부 실천항목에 대하여 ‘전혀 지키지 못한다’에서 ‘매우 잘 지킨다’에 이르는 5점 척도로 측정하였다. 체중조절행동은 체중조절을 위한 운동과 식이요법 경험 여부를 ‘예’, ‘아니오’ 응답항목으로 측정하였다. 건강기능식품의 섭취 여부를의 기준은 현재 섭취하고 있는 여부를 ‘예’, ‘아니오’를 통해 측정하였다. 음주는 1주일 동안의 음주횟수를 ‘주1회’에서 ‘주6회 이상’의 5점 척도로 측정하였고, 1회 음주량을 ‘소주 1잔’에서 ‘소주 2병 이상’으로 5점 척도로 측정하였다. 흡연은 1일 흡연량을 ‘전혀하지 않는다’에서 ‘20개피 이상’의 5점 척도로 측정하였다. 운동은 1주일 동안의 운동횟수를 ‘전혀 하지 않는다’에서 ‘주 6회 이상’으로 5점 척도로 측정하였고, 1회 운동시간을 ‘1시간 미만’에서 ‘3시간 이상’으로 5점 척도로 측정하였다.

4. 자료 분석 및 처리

본 연구의 통계처리는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하였으며, 모든 자료는 빈도와 백분율 또는 평균과 표준편차로 기술하였다.

첫째, 라이프스타일의 요인분석은 28개의 라이프스타일 문항을 유형화하기 위하여 주성분분석을 이용하여 동질적인 세부항목을 영역별로 분류하였다. 요인회전방법으로 직각 회전방식인 varimax 방식을 이용하였으며, 스크리 검사와 초기 고유값(eigen value) 1.0 이상을 기준으로 요인추출을 실시하였다. 요인분석 결과 7개의 요인이 추출되었으며, 7개의 요인을 구성하는

각 측정항목들 간의 내적 일관성을 검증하기 위하여 신뢰도 계수 Cronbach's α 값을 이용한 신뢰성 분석을 실시하였다.

둘째, 요인분석을 통해 추출된 요인점수를 대상으로 모든 개체들 간의 유사성 또는 거리에 의하여 몇 개의 군집으로 집단화하는 분석방법인 군집분석 중 비계층적 분석방법인 k-means 군집방법을 이용한 군집분석을 실시하였다. 군집방법은 그룹의 수 혹은 그룹 구조에 대한 가정 없이 개체들 사이의 유사성 또는 거리에 의하여 군집을 구분하므로, 방법에 따라 군집의 수와 내용이 달라질 수 있으므로, 군집들 간의 중복성이 극소화되고 군집의 크기가 시장세분화의 기준으로 사용될 수 있을 정도로 고루 분산되어 있는지를 고려하여, 군집의 수를 3개에서 5개로 정하고 군집분석을 실시한 결과 군집의 수가 4개로 분석하는 경우 균형성과 내용관련성 측면에서 가장 안정적이고 설득력있는 패턴을 보여주어 4개의 군집수가 적정한 것으로 도출되었다.

셋째, 라이프스타일에 따른 건강신념수준에 대한 비교는 분산분석(ANOVA)을 실시하였고 결과가 유의한 경우 Duncan의 다중비교분석을 실시하였다.

넷째, 라이프스타일에 따른 건강행동실천 정도에 대한 비교는 카이제곱검정(χ^2 -test)을 실시하였다.

다섯째, 라이프스타일에 따라 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감 등의 건강신념수준이 건강행동실천과 어떠한 연관성을 가지는지를 알아보기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 라이프스타일에 따른 연구대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 30~59세의 성인 남녀를 대상으로 하였으며 일반적 특성으로 성별, 나이, BMI, 최종학력, 직업, 결혼상태, 월평균소득, 한달용돈을 조사하였다.

일반적 특성의 분포상황은 <Table 23>과 같다.

전체 응답자 1,004명 중 사회지향형 라이프스타일 251명(25.0%), 경제지향형 라이프스타일 301명(30.0%), 유행지향형 라이프스타일 215명(21.4%), 건강지향형 라이프스타일이 237명(23.6%)로 조사되었다. 사회지향형 라이프스타일에서 남성 137명(54.6%), 여성 114명(45.4%)로 다른 라이프스타일에 비해 남성의 비율이 조금 높았다($p<0.001$). 연령별로는 30대는 유행지향형 라이프스타일에서 174명(80.9%), 40대와 50대는 건강지향형 라이프스타일에서 각각 66명(27.8%), 40명(16.9%)로 높게 나타났다($p<0.001$). BMI $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상 과체중 또는 비만 대상자는 사회지향형 라이프스타일에서 107명(42.8%)로 높았고, 유행지향형 라이프스타일에서 51명(23.7%)로 낮았다($p<0.001$). 최종학력은 사회지향형 라이프스타일이 200명(61.1%)로 높았다($p<0.01$). 직업은 전체 중 사무·행정관리직이 349명(34.8%)로 높았으며, 유행지향형 라이프스타일 79명(36.7%), 경제지향형 라이프스타일 106명(35.2%), 사회지향형 라이프스타일 85명(33.9%), 건강지향형 라이프스타일 79명(33.3%)로 비슷하였다($p<0.001$). 결혼상태는 전체 기혼 510명(50.8%),

미혼 459명(45.7%)이며, 기혼은 건강지향형 라이프스타일이 133명(56.1%)로 높았고, 미혼은 유행지향형 라이프스타일이 121명(56.3%)로 높았다(p<0.001). 월평균 소득은 유의한 차이는 없었다. 한 달 용돈은 40만원 이상자가 유행지향형 라이프스타일이 121명(56.3%)로 높았다(p<0.001).

Table 23. General characteristics by lifestyle

Variable	Classification	Society-oriented lifestyle	Economy-oriented lifestyle	Trend-oriented lifestyle	Health-oriented lifestyle	Total	χ^2
Gender	Male	137(54.6)	107(35.5)	59(27.4)	76(32.1)	379(37.7)	43.860 ***
	Female	114(45.4)	194(64.5)	156(72.6)	161(67.9)	625(62.3)	
Age (years)	30-39	160(63.7)	218(72.4)	174(80.9)	131(55.3)	683(68.0)	39.860 ***
	40-49	59(23.5)	51(16.9)	29(13.5)	66(27.8)	205(20.4)	
	50-59	32(12.7)	32(10.6)	12(5.6)	40(16.9)	116(11.6)	
BMI (kg/m ²)	<18.5kg/m ²	18(7.2)	26(8.7)	28(13.0)	15(6.3)	87(8.7)	27.781 ***
	18.5-22.9kg/m ²	125(50.0)	179(59.7)	136(63.3)	156(65.8)	596(59.5)	
	>23kg/m ²	107(42.8)	95(31.7)	51(23.7)	66(27.8)	319(31.8)	
Final schooling	Middle school or under	3(1.2)	8(2.7)	-	10(4.2)	21(2.1)	28.145 **
	High school	48(19.1)	49(16.3)	34(15.8)	40(16.9)	171(17.0)	
	College	162(64.5)	226(75.1)	164(76.3)	161(67.9)	713(71.0)	
	Graduate school or above	38(15.1)	18(6.0)	17(7.9)	26(11.0)	99(9.9)	
Occupation	Production or labor	17(6.8)	10(3.3)	5(2.3)	18(7.6)	50(5.0)	46.838 ***
	Service or sales	69(27.5)	74(24.6)	58(27.0)	43(18.1)	244(24.3)	
	Administration	85(33.9)	106(35.2)	79(36.7)	79(33.3)	349(34.8)	
	Professional	27(10.8)	44(14.6)	22(10.2)	29(12.2)	122(12.2)	
	Self-employed	18(7.2)	21(7.0)	12(5.6)	15(6.3)	66(6.6)	
	Teaching	19(7.6)	6(2.0)	13(6.0)	7(3.0)	45(4.5)	
Marital status	Homekeeping	16(6.4)	40(13.3)	26(12.1)	46(19.4)	128(12.7)	30.869
	Single	113(45.0)	137(45.5)	121(56.3)	88(37.1)	459(45.7)	
	Married	125(49.8)	160(53.2)	92(42.8)	133(56.1)	510(50.8)	
Monthly average income (10,000won)	Other (incl. divorced)	13(5.2)	4(1.3)	2(0.9)	16(6.8)	35(3.5)	17.559
	Under 100	4(1.6)	5(1.7)	5(2.3)	3(1.3)	17(1.7)	
	100-299	82(32.7)	114(37.9)	72(33.5)	72(30.4)	340(33.9)	
	300-499	84(33.5)	100(33.2)	60(27.9)	74(31.2)	318(31.7)	
	500-699	38(15.1)	52(17.3)	36(16.7)	43(18.1)	169(16.8)	
	700-899	23(9.2)	16(5.3)	27(12.6)	23(9.7)	89(8.9)	
Monthly allowance (10,000won)	900 or above	20(8.0)	14(4.7)	15(7.0)	22(9.3)	71(7.1)	52.728 ***
	Under 10	10(4.0)	21(7.0)	6(2.8)	9(3.8)	46(4.6)	
	10-19	34(13.5)	65(21.6)	21(9.8)	35(14.8)	155(15.4)	
	20-39	76(30.3)	117(38.9)	67(31.2)	76(32.1)	336(33.5)	
	40-59	66(26.3)	66(21.9)	55(25.6)	52(21.9)	239(23.8)	
Total	60 or above	65(25.9)	32(10.6)	66(30.7)	65(27.4)	228(22.7)	1004
		251(25.0)	301(30.0)	215(21.4)	237(23.6)		

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

2. 라이프스타일

1) 라이프스타일의 요인분석

요인분석 및 신뢰성 분석 결과를 다음 Table 24에 제시하였다. 라이프스타일은 7개의 요인으로 세부 영역이 분류되었으며, 총 분산 중 요인 1로 설명되어지는 비율은 14.63%, 요인 2는 14.36%, 요인 3은 9.52%, 요인 4는 6.82%, 요인 5는 5.87%, 요인 6은 4.58%, 요인 7은 4.51%를 설명하였다. 총 분산 중 7의 공통인자에 의하여 설명되어지는 누적비율은 60.31%였다. 또한 내적 일관성을 검증하기 위하여 신뢰도 계수 Cronbach's α 값을 이용한 신뢰성 분석 결과 Cronbach's α 의 값은 0.87에서 0.45로 나타나 비교적 신뢰할 만한 수준인 것으로 나타났다.

요인 1에서는 '균형 있는 식단을 정하고 영양 섭취를 생각하면서 음식을 고른다', '식당에서 메뉴 주문 시 영양과 건강의 영향을 고려하는 편이다', '건강식품, 자연식품, 유기농 식품을 자주 이용한다', '건강관련정보를 실천하기 위해 노력하는 편이다', '식품 구매 시 라벨 및 기타 제품 정보를 참고한다', '나는 비만을 고려한 식생활을 한다', '상품구매 시 가격이 비싸도 건강에 좋다면 구매하는 편이다'의 건강에 대하여 적극적인 활동을 하는 항목에 대한 적재량이 높아 분류되어 「건강관리추구형」으로 명명하였다. 요인 2에서는 유행과 관련된 문항들로 '유행에 민감한 편이다', '무슨 일이든 유행을 의식하여 생활하고 있다', '유행하는 핸드폰, 가방은 꼭 구입하려고 노력한다', '우리 집에는 최근 유행하는 제품들이 꽤있는 편이다', '텔레비전, 신문, 잡지 등의 유행정보에 관심이 강한 편이다', '옷과 장신구 등은 명품을 선호한다', '외출할 때 외모에 신경을 쓰는 편이다'의 적재량이 높게 나

타나 「유행추구형」으로 명명하였다. 요인 3은 사회적 성향의 문항들인 ‘나는 모임의 중심적인 역할을 하는 편이다’, ‘다른 사람들에 비하여 나는 아는 사람이 많다’, ‘친구, 동창회, 직장 등 모임에는 적극 참여한다’, ‘생활에 필요한 정보를 다른 사람들에게 전해주는 편이다’, ‘기회가 있다면 지역사회에서 책임있는 일을 하고 싶다’ 등에서 적재량이 높아 「사회지향형」으로 명명하였다. 요인 4는 ‘용돈은 계획을 세워서 아껴 쓴다’, ‘식료품 구입 전에 목록을 작성하는 편이다’, ‘가능하면 식료품이 다양한 곳에서 구매한다’의 적재량이 높아 「계획중시형」으로 명명하였다. 요인 5는 ‘갖고 싶은 물건을 살 때는 상세하게 아는 친구나 친지와 상담하여 정보를 모아 사는 편이다’, ‘물건 구입 시 여러 정보망을 통해 비교한 후 결정한다’의 적재량이 높아 「정보활용형」으로 명명하였다. 요인 6은 ‘정기적으로 건강검진을 받고 있다’, ‘현재 자발적으로 사회단체에 가입하여 활동하고 있다’, ‘10분 정도의 자투리 시간도 활용하면서 생활하는 편이다’의 적재량이 높아 「자기신뢰형」으로 명명하였다. 요인 7은 ‘연금, 보험, 저축 등에 가입하고 있다’의 적재량이 높아 「미래보장추구형」으로 명명하였다.

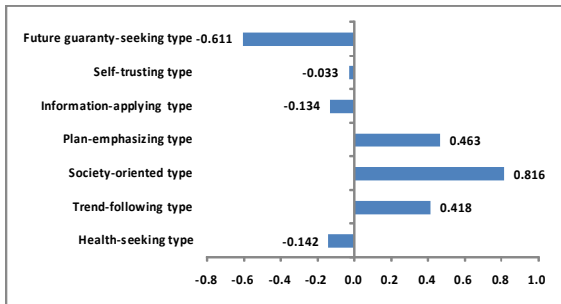
2) 라이프스타일의 군집분석

본 연구의 대상자는 군집분석을 통하여 4개의 라이프스타일 집단으로 분류되었으며, 각 라이프스타일 집단의 요인 성향은 Fig. 2에 제시하였다. 군집 1은 「사회지향형(0.816)」의 특성이 강하고, 모임에 중심적인 역할을 하는 측면이 강한 집단으로 분석된 반면 미래를 위한 준비나 건강을 추구하는 측면은 약한 특징을 보여 사회지향형 라이프스타일로 명명하였다. 군집 2에 속하는 응답자들은 「계획중시형(0.774)」, 「정보활용형(0.559)」의

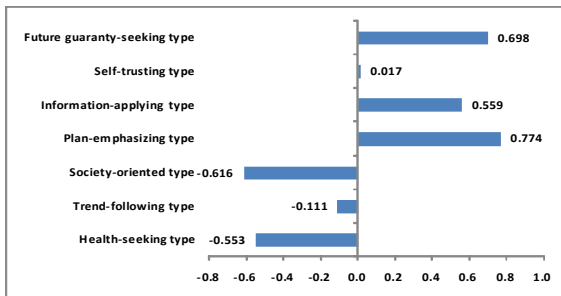
특성이 강하고 경제적인 측면에서의 계획을 중시하고 정보를 활용하며, 미래에 대한 보장을 추구하는 측면이 강한 집단으로 분석된 반면 모임이나 사회지향적인 측면은 약한 특징을 보여 경제지향형 라이프스타일로 명명하였다. 군집 3에 속하는 응답자들은 「유행추구형(0.885)」의 특성이 강하고, 건강관리보다는 유행에 민감하고 미디어 정보에 대한 관심이 강한 집단으로 분석된 반면 체계적인 계획이나 건강을 추구하고 미래를 위한 측면은 약한 특징을 보여 유행지향형 라이프스타일로 명명하였다. 군집 4에 속하는 응답자들은 「건강관리추구형(1.047)」, 「미래보장추구형(0.284)」의 특성이 강하고, 건강과 관련된 식품 섭취 및 관련 정보를 실천하기 위해 노력하는 측면이 강한 집단으로 분석된 반면 체계적인 시간활용이나 계획성과 유행에 대해서는 약한 특징을 보여 건강지향형 라이프스타일로 명명하였다.

Table 24. Factor loading matrix of seven lifestyles factors

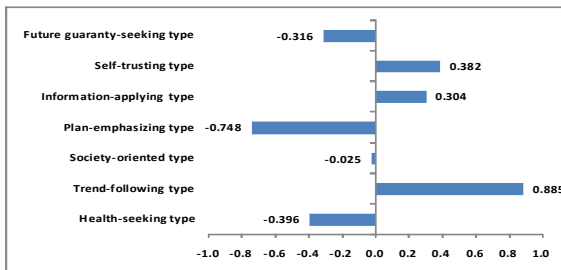
Item	Factor ¹⁾						
	1	2	3	4	5	6	7
Balanced menus are fixed and foods are selected in view of nutrition intake..	.789						
Nutrition and effects on health are generally considered when ordering foods at restaurants.	.788						
Health foods, natural foods, or organic foods are frequently used.	.773						
Efforts are generally made to put health-related information into practices.	.770						
Labels or other product information are considered when purchasing foods.	.727						
I follow a diet in consideration of obesity.	.684						
When deemed good for health, even high-priced products are generally purchased	.568						
I am sensitive to the trend.		.851					
Everything is done in consideration of the trend.		.825					
Efforts are made to get cell phones or bags in fashion by any chance.		.761					
Current fashion items are easily found at my home.		.757					
Much attention is paid to the fashion information on TV, newspaper or magazines.		.701					
High fashion items are preferred for clothing or accessories.		.678					
Appearance is generally taken care of when going out.		.525					
I play a core role at gatherings.			.763				
I have more acquaintances than others have.			.761				
I actively participate in the gatherings of friends, alumni, or co-workers.			.695				
I generally provide others with everyday living information.			.601				
I like to take the responsibility of community when occasions arise.			.517				
Pocket money is sparingly used according to plans.				.618			
Shopping lists are generally made in advance.				.738			
Groceries are purchased in various stores, if possible.				.664			
When shopping any specific items, information is gathered through consultations with well-informed friends or acquaintances					.798		
Product purchases are determined after the comparison of information from several sources.					.784		
Health checkup is regularly done.						.610	
I am voluntarily associated with and working for social organizations.						.470	
Even a short period of time such as 10 minutes is allocated for a certain activity.						.444	
Savings are done through pension, insurance or bank deposits.							.844
Eigen Value	4.098	4.021	2.667	1.911	1.645	1.282	1.263
Total variance(%) ²⁾	14.634	14.362	9.523	6.824	5.873	4.580	4.511
Cronbach's a	.870	.870	0.722	0.625	0.643	0.449	-



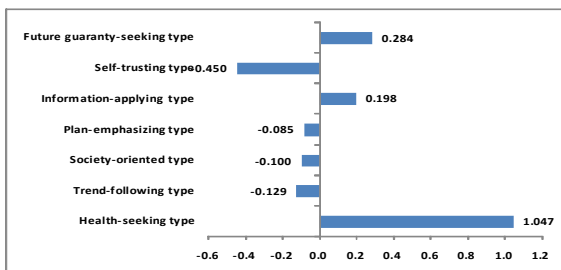
Society-oriented lifestyle



Economy-oriented lifestyle



Trend-oriented lifestyle



Health-oriented lifestyle

Fig 2. Scores of seven lifestyle factors for each lifestyle group by cluster analysis

3. 건강신념변수들의 분석

1) 건강신념변수

(1) 식행동 관련 건강신념수준

식행동 관련 건강신념수준의 결과는 식생활지침의 3가지 부문의 평균값을 이용하였다. Table 25는 라이프스타일에 따른 식행동 관련 건강신념수준을 나타낸 표이다.

인지된 유의성은 건강지향형 라이프스타일이 3.25±0.317로 높고, 경제지향형 라이프스타일이 3.17±0.310으로 낮아 유의한 차이가 나타났다(p<0.05).

자아효능감은 건강지향형 라이프스타일이 3.30±0.366로 높고, 경제지향형 라이프스타일이 3.16±0.316으로 낮아 유의한 차이가 나타났다(p<0.001).

인지된 장애성은 유의한 차이가 나타나지 않았다.

Table 25. Dietary behavior-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	† 3.23±0.305 ^{ab}	† 3.17±0.310 ^a	† 3.23±0.318 ^{ab}	† 3.25±0.317 ^b	3.223*
Perceived barriers	† 3.17±0.364	† 3.19±0.312	† 3.23±0.347	† 3.24±0.367	2.482
Self-efficacy	† 3.17±0.338 ^a	† 3.16±0.316 ^a	† 3.24±0.367 ^b	† 3.30±0.366 ^b	8.331***

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan's multiple test

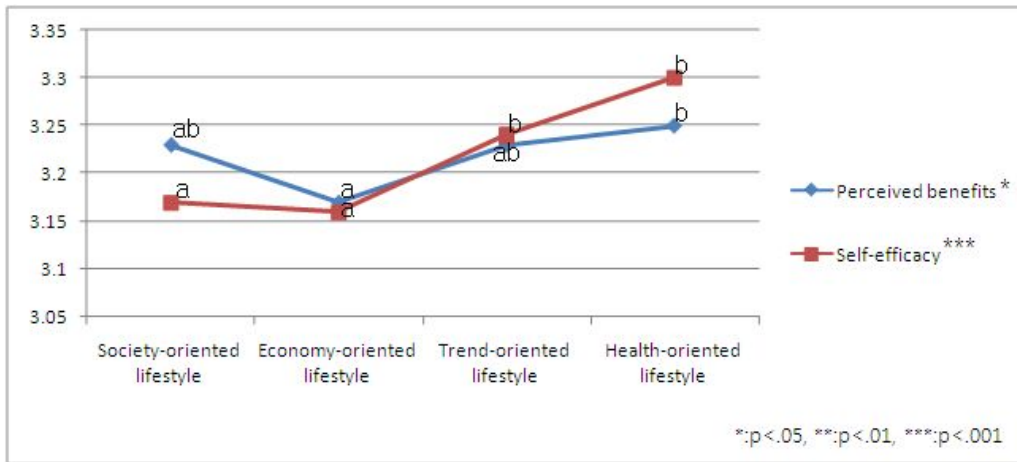


Fig 3. Dietary behavior-related health belief levels of perceived benefits and self-efficacy by lifestyle

(2) 체중조절행동 관련 건강신념수준

라이프스타일에 따른 체중조절행동 관련 건강신념수준은 Table 26에 제시하였다.

인지된 유익성과 인지된 장애성은 유의한 차이가 나타나지 않았다.

자아효능감은 건강지향형 라이프스타일에서 2.93 ± 0.570 으로 높아 유의한 차이가 나타났다($p < 0.05$).

Table 26. Weight control behavior-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	† 3.75±0.568	† 3.72±.550	† 3.84±0.543	† 3.79±0.517	2.305
Perceived barriers	† 2.86±0.540	† 2.85±0.477	† 2.91±0.504	† 2.80±0.490	1.949
Self-efficacy	† 2.76±0.641 ^a	† 2.76±0.601 ^a	† 2.80±0.699 ^a	† 2.93±0.570 ^b	3.827*

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan’s multiple test

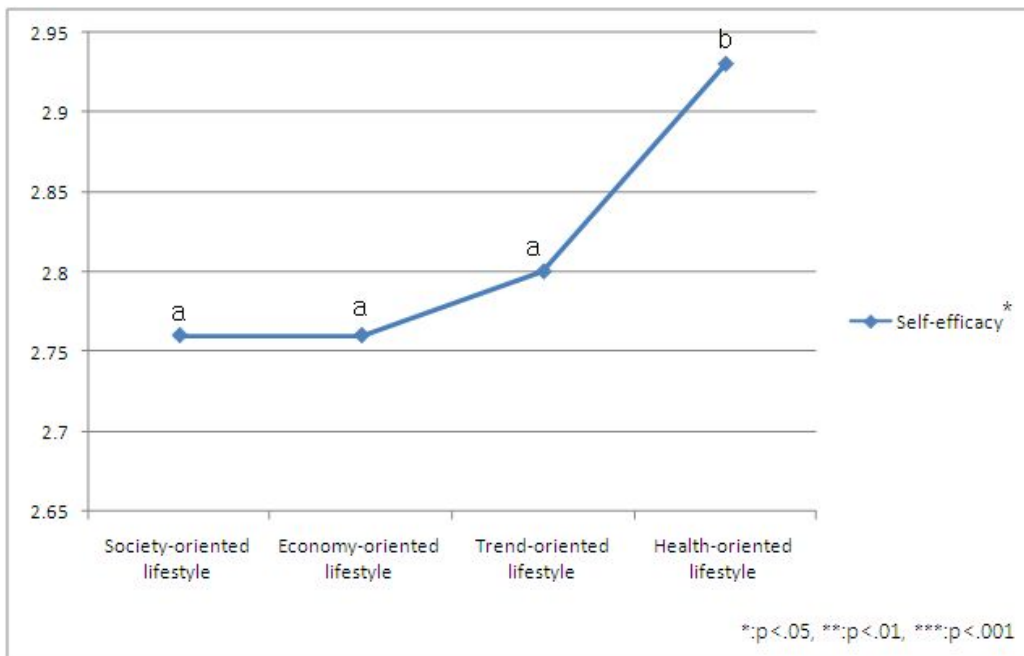


Fig 4. Weight control behavior-related health belief levels of self-efficacy by lifestyle

(3) 건강기능식품 관련 건강신념수준

라이프스타일에 따른 건강기능식품 관련 건강신념수준은 Table 27과 같다.

건강지향형 라이프스타일에서 인지된 유익성은 3.50 ± 0.523 로 높고 ($p < 0.01$), 인지된 장애성은 3.09 ± 0.532 로 낮으며 ($p < 0.001$), 자아효능감은 3.14 ± 0.647 로 높아 ($p < 0.001$) 유의한 차이가 나타났다. 반면 경제지향형 라이프스타일에서는 건강지향형 라이프스타일과는 반대의 결과가 나타났다.

Table 27. Functional food consumption-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	$^{\dagger} 3.40 \pm 0.584^{ab}$	$^{\dagger} 3.34 \pm 0.536^a$	$^{\dagger} 3.50 \pm 0.599^b$	$^{\dagger} 3.50 \pm 0.523^b$	5.393**
Perceived barriers	$^{\dagger} 3.21 \pm 0.545^b$	$^{\dagger} 3.30 \pm 0.492^b$	$^{\dagger} 3.25 \pm 0.586^b$	$^{\dagger} 3.09 \pm 0.532^a$	6.714***
Self-efficacy	$^{\dagger} 2.85 \pm 0.762^{ab}$	$^{\dagger} 2.79 \pm 0.657^a$	$^{\dagger} 2.95 \pm 0.720^b$	$^{\dagger} 3.14 \pm 0.647^c$	12.163***

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan's multiple test

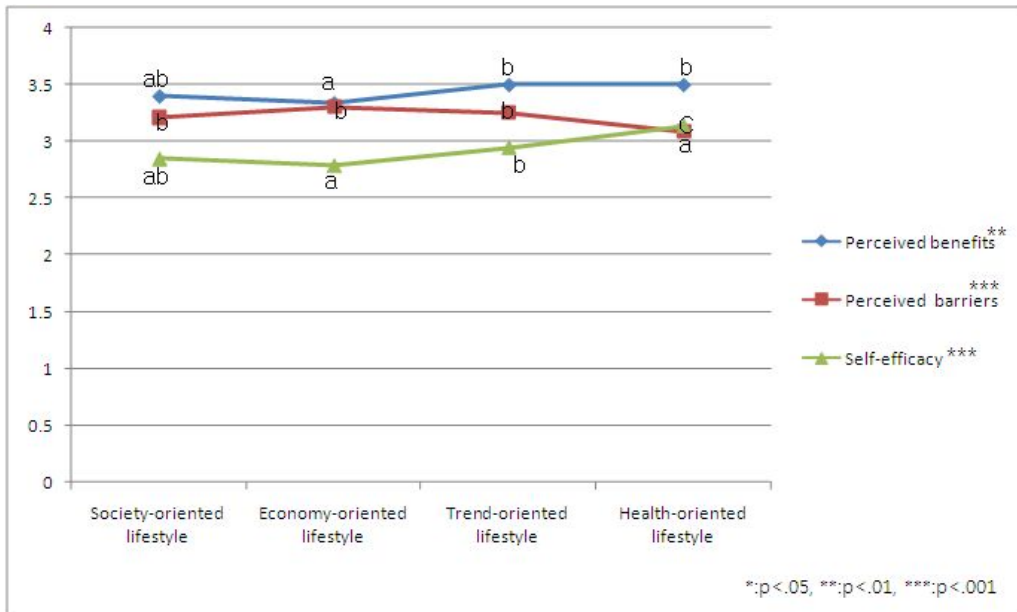


Fig 5. Functional food consumption-related health belief levels of perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy by lifestyle

(4) 음주관련 건강신념수준

Table 28은 라이프스타일에 따른 음주 관련 건강신념수준을 나타내었다. 인지된 유익성은 유의한 차이가 없었다.

인지된 장애성은 건강지향형 라이프스타일이 2.52 ± 0.708 이고, 경제지향형 라이프스타일은 2.50 ± 0.659 로 낮았고, 사회지향형 라이프스타일은 2.66 ± 0.764 로 높아 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$).

자아효능감은 건강지향형 라이프스타일이 3.51 ± 0.708 이고, 경제지향형 라이프스타일이 3.47 ± 0.803 으로 높고, 사회지향형 라이프스타일은 3.28 ± 0.832 로 낮아 유의한 차이를 보였다($p < 0.01$).

Table 28. Drinking-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	† 3.41±0.653	† 3.49±0.569	† 3.47±0.630	† 3.42±0.661	1.045
Perceived barriers	† 2.66±0.764 ^b	† 2.50±0.659 ^a	† 2.62±0.731 ^{ab}	† 2.52±0.708 ^a	3.041*
Self-efficacy	† 3.28±0.832 ^a	† 3.47±0.803 ^b	† 3.40±0.870 ^{ab}	† 3.51±0.708 ^b	3.853**

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan's multiple test

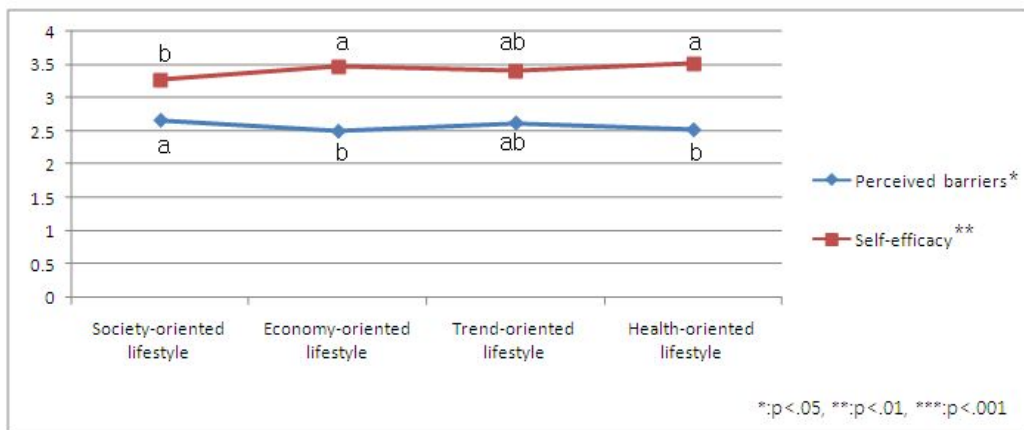


Fig 6. Drinking-related health belief levels of perceived barriers and self-efficacy by lifestyle

(5) 흡연관련 건강신념수준

Table 29는 라이프스타일에 따른 흡연 관련 건강신념수준을 본 표이다.

인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감 모두에서 유의한 차이가 보이지 않았으나, 사회지향형 라이프스타일에서 인지된 유익성과 자아효능감의 점수는 낮고, 인지된 장애성의 점수는 높은 결과를 나타냈다.

Table 29. Smoking-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	† 4.13±0.613	† 4.24±0.565	† 4.23±0.623	† 4.20±0.616	1.908
Perceived barriers	† 2.94±0.841	† 2.81±0.835	† 2.81±0.837	† 2.77±0.825	1.966
Self-efficacy	† 3.41±0.694	† 3.56±0.643	† 3.50±0.681	† 3.52±0.675	2.259

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan's multiple test

(6) 운동

라이프스타일에 따른 운동 관련 건강신념수준은 Table 30과 같다.

인지된 유익성과 인지된 장애성은 유의한 차이가 없었다.

자아효능감은 건강지향형 라이프스타일에서 3.08 ± 0.663 로 높고, 유행지향형 라이프스타일에서 2.89 ± 0.702 로 낮아 유의한 차이를 나타냈다($p < 0.05$).

Table 30. Exercise-related health belief levels by lifestyle

Classification	Society-oriented lifestyle (N=258)	Economy-oriented lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	F
Perceived benefits	† 3.99 ± 0.582	† 3.94 ± 0.546	† 4.00 ± 0.566	† 3.97 ± 0.536	0.610
Perceived barriers	† 2.62 ± 0.561	† 2.61 ± 0.482	† 2.61 ± 0.564	† 2.62 ± 0.530	0.039
Self-efficacy	† 3.00 ± 0.702^{ab}	† 2.96 ± 0.690^{ab}	† 2.89 ± 0.702^a	† 3.08 ± 0.663^b	2.932*

† :Mean±SD

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

Different letter within a row represents statistical difference by Duncan's multiple test

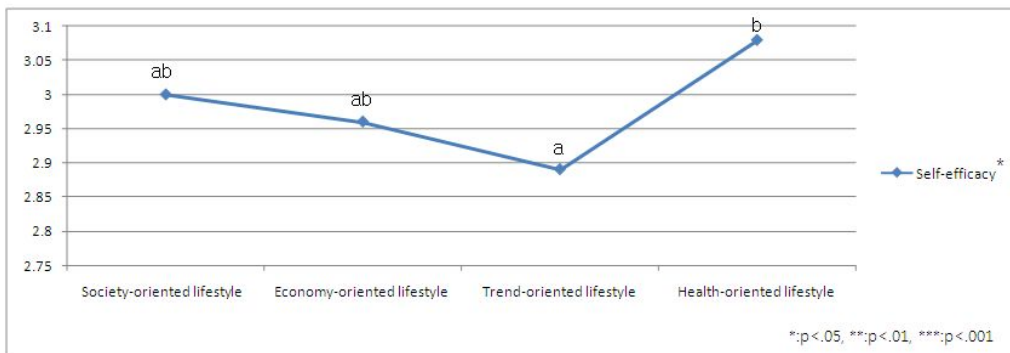


Fig 7. Exercise-related health belief levels of perceived self-efficacy by lifestyle

2) 건강행동실천

Table 31은 라이프스타일에 따른 건강행동실천을 나타낸 표이다.

건강지향형 라이프스타일은 식생활지킴($p < 0.001$)을 잘 지키며, 체중조절 경험여부($p < 0.05$)로는 운동과 식이요법 방법을 채택하고 있으며, 건강기능 식품 섭취($p < 0.01$)의 경우 현재 섭취하고 있으며, 음주량($p < 0.001$)은 적게 마시고 있어 타 라이프스타일에 비해 유의한 차이가 나타났다.

음주횟수는 건강지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일에서 적게 나타나 유의한 차이가 나타났다($p < 0.001$).

흡연량은 사회지향형 라이프스타일에서 가장 많이 흡연을 하고 있어 유의한 차이가 나타났다($p < 0.05$).

또한 건강지향형 라이프스타일에서 운동횟수가 많아 유의한 차이가 ($p < 0.05$) 나타났으나, 운동시간에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

Table 31. Health behavior practice levels by lifestyle

Classification		Society-oriented lifestyle(N=258)	Economy-orient ed lifestyle(N=342)	Trend-oriented lifestyle(N=183)	Health-oriented lifestyle(N=221)	total	F/ χ^2	P
Dietary behavior		† 2.83±0.64 ^a	† 2.89±0.588 ^a	† 2.85±0.630 ^a	† 3.19±0.672 ^b	† 2.94±0.647	16.746	0.001 ***
Weight control behavior	Yes	96(37.2)	147(43.0)	65(35.5)	111(50.2)	419(41.7)	11.123	0.011 *
	No	162(62.8)	195(57.0)	118(64.5)	110(49.8)	585(58.3)		
Functional food consumption	Yes	155(60.1)	205(59.9)	117(63.9)	164(74.2)	641(63.8)	28.830	0.004 **
	No	103(39.9)	137(40.1)	66(36.1)	57(25.8)	363(36.2)		
Weekly drinking frequency (count)	Non	82(31.8)	130(38.0)	61(33.3)	87(39.4)	360(35.9)	28.830	0.001 **
	1	83(32.2)	132(38.6)	61(33.3)	87(39.4)	363(36.2)		
	2-3	70(27.1)	71(20.8)	49(26.8)	40(18.1)	230(22.9)		
	4 or more	23(8.9)	9(2.6)	12(6.6)	7(3.2)	51(5.1)		
Drinking quantity (bottle/time)	0.5	49(27.8)	69(32.5)	35(28.7)	69(51.5)	222(34.5)	27.644	0.001 **
	1	60(34.1)	79(37.3)	43(35.2)	36(26.9)	218(33.9)		
	1-2	46(26.1)	52(24.5)	25(20.5)	18(13.4)	141(21.9)		
	2 or more	21(11.9)	12(5.7)	19(15.6)	11(8.2)	63(9.8)		
Daily smoking quantity (EA)	Non	154(59.7)	245(71.6)	134(73.2)	175(79.2)	708(70.5)	38.950	0.000 ***
	1-10	27(10.5)	41(12.0)	22(12.0)	18(8.1)	108(10.8)		
	11-20	56(21.7)	40(11.7)	22(12.0)	19(8.6)	137(13.6)		
	20 or more	21(8.1)	16(4.7)	5(2.7)	9(4.1)	51(5.1)		
Weekly exercise frequency	Non	83(32.2)	136(39.8)	81(44.3)	75(33.9)	375(37.4)	21.647	0.010 *
	1	90(34.9)	107(31.3)	54(29.5)	58(26.2)	309(30.8)		
	2-3	64(24.8)	77(22.5)	40(21.9)	74(33.5)	255(25.4)		
	4 or more	21(8.1)	22(6.4)	8(4.4)	14(6.3)	65(6.5)		
Exercise duration (hour/time)	< 1	80(45.7)	97(47.1)	44(43.1)	74(50.7)	295(46.9)	5.798	0.446
	1-2	76(43.4)	84(40.8)	43(42.2)	64(43.8)	267(42.4)		
	2 or more	19(10.9)	25(12.1)	15(14.7)	8(5.5)	67(10.7)		

† :Mean±SD

*:p<.05, **:p<.01, ***:p<.001

Different letter within a row represent statistical difference by Duncan's multiple test

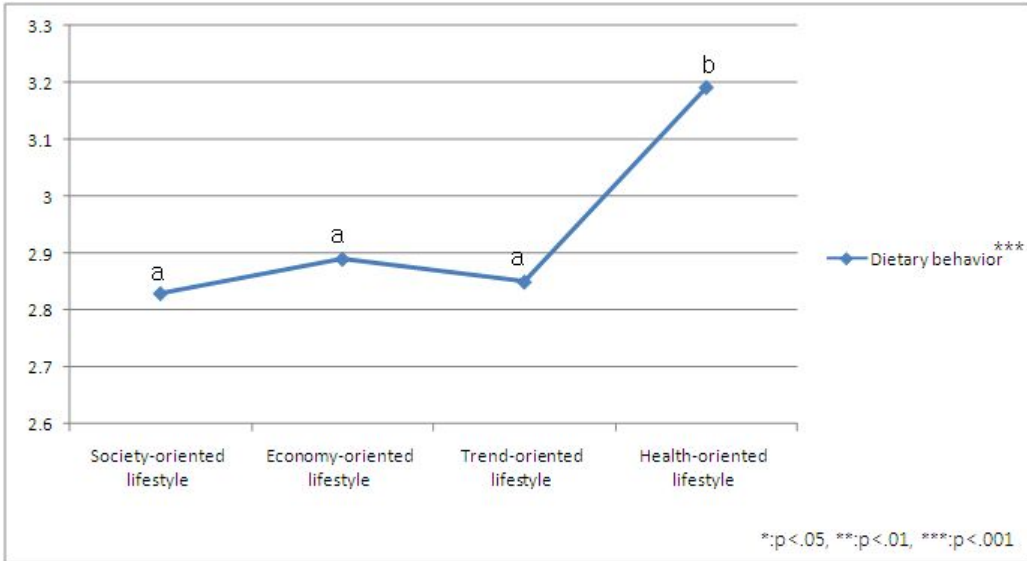


Fig 8. Health behavior practice levels of dietary behavior by lifestyle

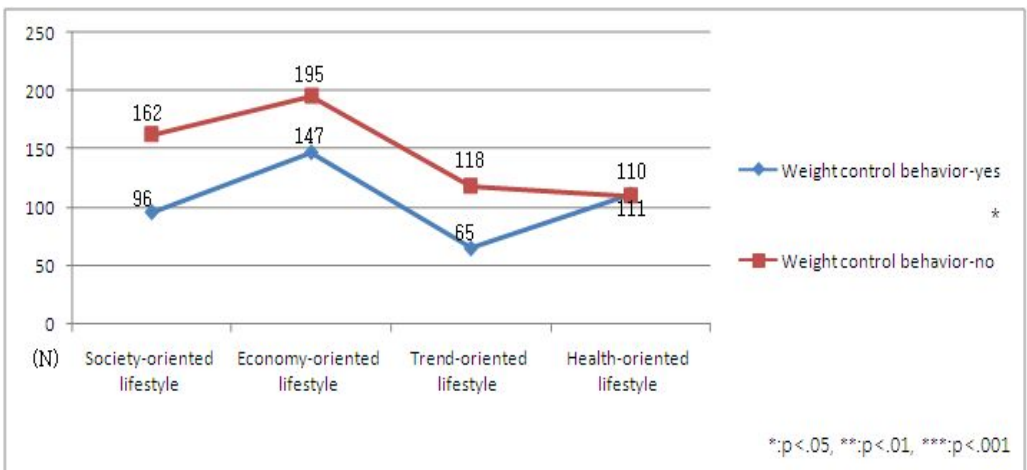


Fig 9. Health behavior practice levels of weight control behavior by lifestyle

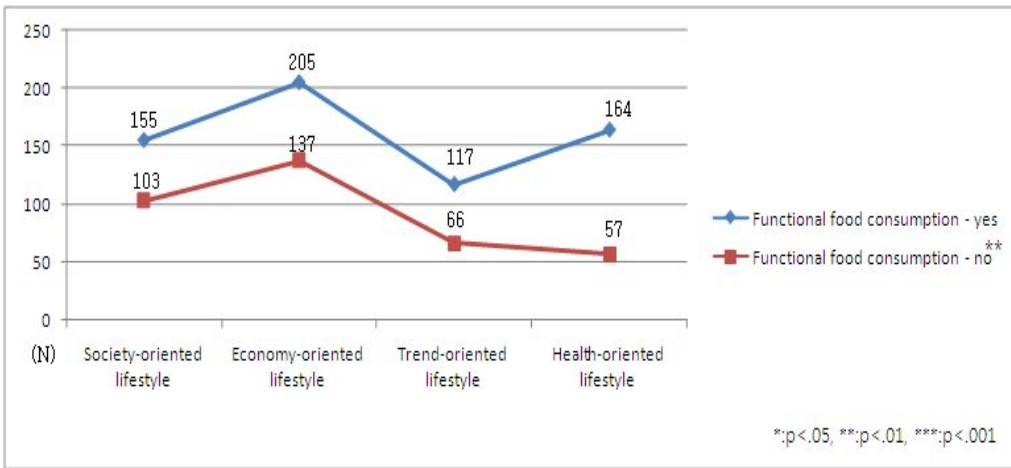


Fig 10. Health behavior practice levels of functional food consumption by lifestyle

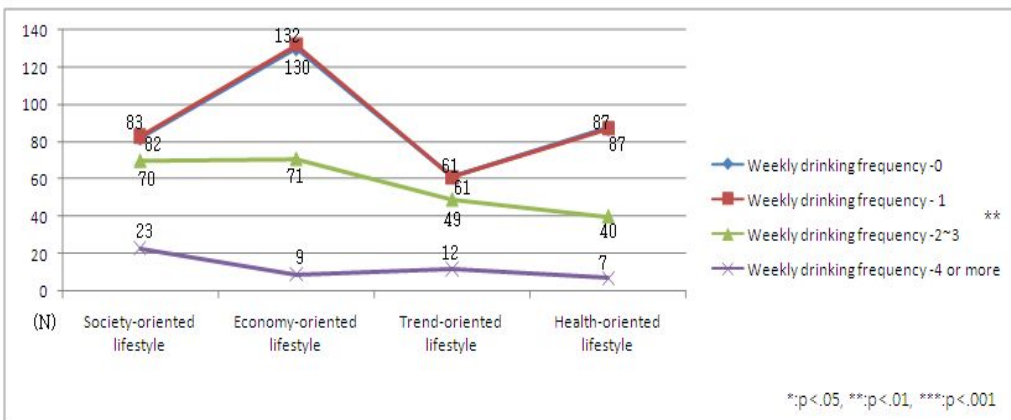


Fig 11. Health behavior practice levels of weekly drinking frequency by lifestyle

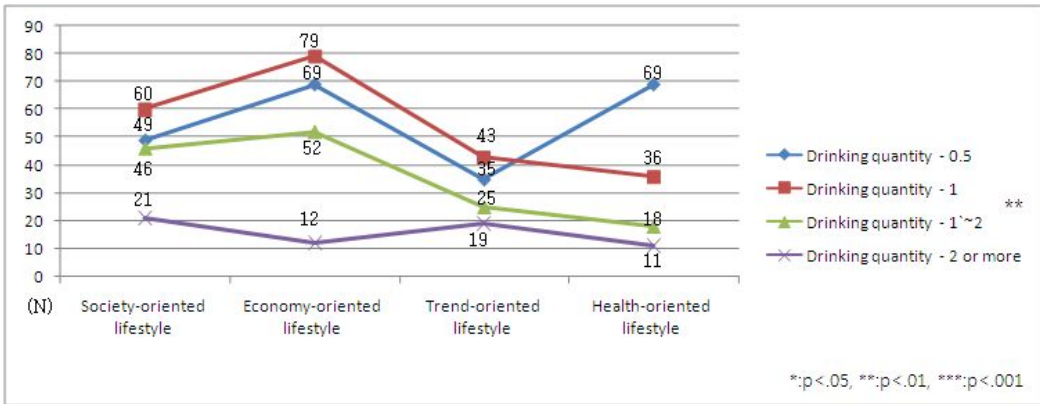


Fig 12. Health behavior practice levels of drinking quantity by lifestyle

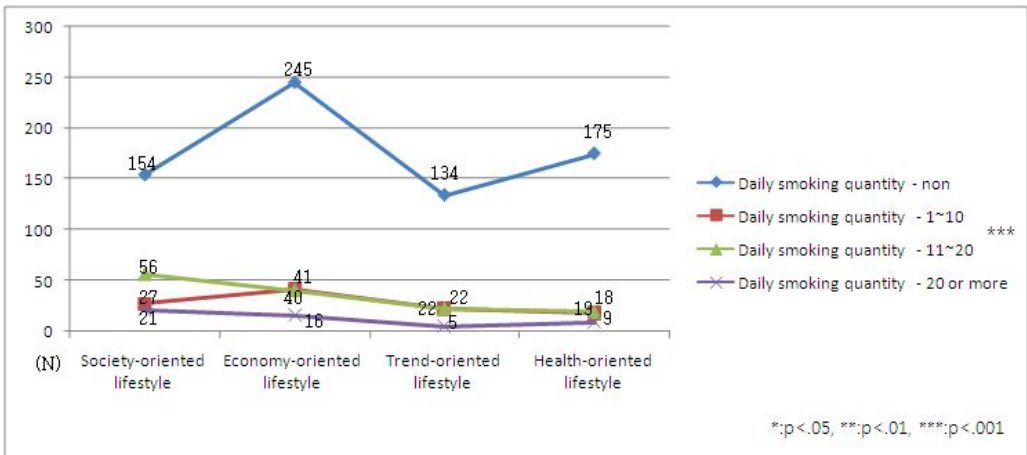


Fig 13. Health behavior practice levels of daily smoking quantity by lifestyle

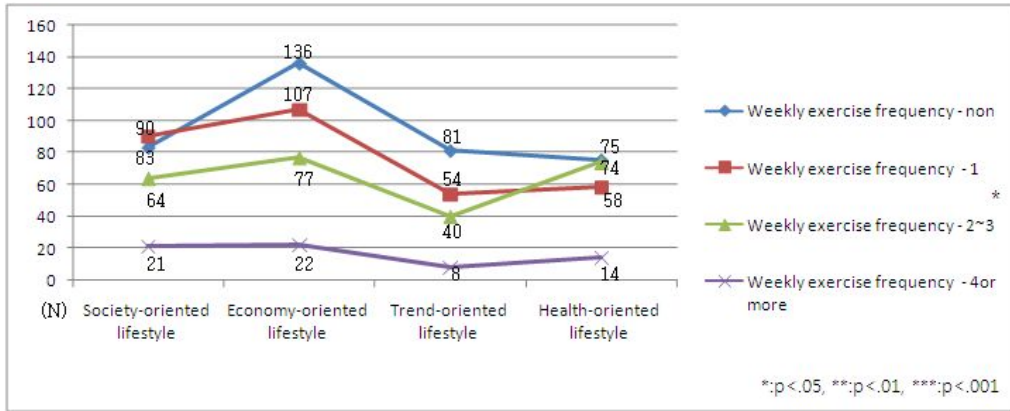


Fig 14. Health behavior practice levels of weekly exercise frequency by lifestyle

3) 건강신념수준과 건강행동실천 연관성

Table 32는 건강신념수준과 각 건강행동실천과의 연관성을 라이프스타일에 따라 비교하기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과이다.

식행동 실천에 있어서는 사회지향형 라이프스타일은 인지된 유익성 ($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$), 경제지향형 라이프스타일은 인지된 유익성 ($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$), 유행지향형 라이프스타일은 인지된 유익성 ($p<0.01$), 자아효능감($p<0.001$), 건강지향형 라이프스타일은 인지된 유익성 ($p<0.01$), 인지된 장애성($p<0.05$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의한 요인으로 나타났다.

체중조절행동의 예측에 있어서는 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.005$), 자아효능감($p<0.001$), 경제지향형 라이프스타일은 자아효능감($p<0.001$), 유행지향형 라이프스타일은 자아효능감($p<0.001$), 건강지향형 라이프스타일은 자아효능감만($p<0.001$)이 유의한 요인으로 나타났다.

건강기능식품사용행동에 유의한 예측요인으로는 사회지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.05$), 인지된 장애성($p<0.05$), 자아효능감($p<0.001$), 경제지향형 라이프스타일은 자아효능감($p<0.001$), 유행지향형 라이프스타일은 자아효능감($p<0.001$), 건강지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.05$), 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$)이 유의한 요인이었다.

음주행동의 경우 사회지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.01$), 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.05$), 경제지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$), 유행지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 건강지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$)이 유의한 요인으로 나타났다.

흡연행동 경우 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$), 경제지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$), 유행지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$), 건강지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.05$)이 유의한 요인으로 나타났다.

운동행동의 예측에서는 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.05$), 자아효능감($p<0.001$), 경제지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.01$), 자아효능감($p<0.01$), 유행지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$), 건강지향형 라이프스타일은 자아효능감($p<0.001$)이 유의한 요인으로 나타났다.

이상의 건강신념변수와 건강행동실천 간 유의한 연관성이 관찰된 경우, 인지된 유익성과 자아효능감은 건강행동실천정도에 양의 예측력을, 인지된 장애성은 음의 예측력을 보였다.

Table 32. Regression analysis of health behaviors on health beliefs by lifestyle

Behavior Category (Dependent variable)	Health belief (independent variable)	Society-oriented lifestyle(N=258)		Economy-oriented lifestyle(N=342)		Trend-oriented lifestyle(N=183)		Health-oriented lifestyle(N=221)	
		β coefficient	P	β coefficient	P	β coefficient	P	β coefficient	P
Dietary	Perceived benefits	0.211	0.000***	0.240	0.000***	0.165	0.002**	0.271	0.000**
	Perceived barriers	-0.062	0.306	-0.071	0.168	-0.089	0.127	-0.119	0.050*
	Self-efficacy	0.756	0.000***	0.743	0.000***	0.844	0.000***	0.778	0.000***
Weight control	Perceived benefits	-0.074	0.087	-0.033	0.447	-0.086	0.073	0.037	0.443
	Perceived barriers	0.109	0.017*	-0.023	0.622	0.063	0.232	-0.100	0.053
	Self-efficacy	0.110	0.009***	0.183	0.000***	0.159	0.000***	0.158	0.001***
Functional food consumption	Perceived benefits	0.095	0.039*	0.039	0.359	0.086	0.075	0.102	0.021*
	Perceived barriers	-0.085	0.019*	-0.063	0.064	-0.036	0.282	-0.065	0.057***
	Self-efficacy	0.193	0.000***	0.236	0.000***	0.161	0.000***	0.182	0.000***
Drinking	Perceived benefits	0.086	0.010**	0.051	0.160	0.059	0.156	-0.017	0.692
	Perceived barriers	0.233	0.000***	0.301	0.000***	0.192	0.000***	0.219	0.000***
	Self-efficacy	-0.070	0.009**	-0.100	0.001***	-0.020	0.523	0.029	0.435
Smoking	Perceived benefits	0.052	0.202	0.048	0.191	0.063	0.107	0.059	0.097
	Perceived barriers	0.182	0.000***	0.166	0.000***	0.155	0.000***	0.105	0.000***
	Self-efficacy	-0.104	0.008**	-0.111	0.002**	-0.127	0.003**	-0.098	0.016*
Exercise	Perceived benefits	0.061	0.067	0.059	0.113	0.047	0.210	0.048	0.220
	Perceived barriers	-0.083	0.036*	-0.121	0.004**	-0.157	0.000***	-0.078	0.084
	Self-efficacy	0.220	0.000***	0.225	0.000***	0.272	0.000***	0.219	0.000***

*:p<.05, **:p<.01, ***:p<.001

V. 고 찰

본 연구의 대상자는 여성 62.3%, 남성 37.6%이고, 30대 68.0%, 40대 20.4%, 50대 11.6%로, BMI는 전체 중 $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상이 31.8%, $18.5\text{--}22.9\text{kg}/\text{m}^2$ 가 59.5%였다. 2009년 국민건강영양조사에서는 30세 이상의 BMI 평균은 남성 $24.2\text{kg}/\text{m}^2$, 여성 $23.7\text{kg}/\text{m}^2$ 로 비만율이 꾸준히 증가하고 있다고 보고하였으며 김혜숙 등(2010)의 연구에서도 30~50대 연구대상자 중 과체중 이상 35.9%, 정상체중 54.4%로, 도시지역 성인들의 과체중이 증가하는 현상을 볼 수 있다.

본 연구에서는 사회지향형 라이프스타일은 BMI $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상이 많고, 체중조절 경험은 적으며, 체중조절관리의 자아효능감 점수가 낮고 남성의 비율이 높은 점을 보여 남성의 과체중화를 고려할 수 있으며, 체중관리를 위한 프로그램이 필요한 것으로 생각된다. 반면 유행지향형 라이프스타일은 BMI $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상이 51명(23.7%)로 낮고, 연령이 낮으며, 여성의 비율이 많은 점을 보아 젊은 여성들이 외모에 많은 신경을 쓰는 것으로 생각된다. 월평균 소득은 건강지향형 라이프스타일이 높은 것과는 다르게 한 달 용돈은 유행지향형 라이프스타일이 높은 것으로 나타나 유행을 위해 많은 소비를 하는 것으로 보여 진다. 이는 다양한 인구통계학적 사항을 반영하고 있는 라이프스타일 특징의 경향이라 보아진다.

라이프스타일에 따른 체중조절행동은 건강지향형 라이프스타일에서 자아효능감이 높았으며, 또한 건강한 체중조절행동으로 여겨지는 식이요법과 운동을 가장 잘 지키고 있는 것으로 나타났다. 이는 정선희 등(2007)의 서울시 및 경기도에 거주하는 여성을 대상으로 한 연구에서 라이프스타일별로

체중조절의 경험을 볼 때, 운동요법과 식사조절을 가장 많이 이용한다고 응답 하였으며, 본 연구에서도 전체 중 41.7%가 운동과 식이요법을 한다고 응답하여 성인들이 지속적으로 건강한 체중조절을 선택하고 있는 것으로 생각된다.

건강기능식품 섭취 관련 결과에서는 건강지향형 라이프스타일이 섭취 수준이 높았으며, 이는 다른 집단에 비해서 연령이 높고 소득이 높은 특성과 연관이 있는 것으로 사료된다. 류유현(2008)의 연구에서도 소득수준이 높고, 건강지향형일수록 건강기능식품이 건강유지 및 질병 예방 목적이라는 인식의 수준이 높았던 결과를 보고하여 본 연구와 유사하였다. 또한 교육수준이 높고 건강지향형일수록 건강기능식품 구매만족도가 높았던 결과는 본 연구에서 건강지향형 라이프스타일의 인지된 유익성이 높고, 자아효능감의 점수가 높은 점과 상통한 결과라고 여겨진다. 그러나 경제지향형일수록 건강기능식품의 구입이 용이하다는 인식의 수준이 높았던(류유현, 2008) 반면, 본 연구에서는 경제지향형 라이프스타일의 자아효능감 점수가 가장 낮아 상반되었다. 또한 박유경 등(2005)의 연구에서도 40~50대 연령에서 건강기능식품을 가장 많이 섭취한다는 응답이 높았으며, 이는 본 연구에서 건강지향형 라이프스타일이 연령대가 가장 높았던 것과 유사하고, 건강유지를 위해 건강기능식품 섭취를 잘 지키는 적극성이 높은 것으로 생각되며, 상대적으로 연령대가 낮은 경제지향형 라이프스타일은 인지된 유익성의 점수가 낮아 건강기능식품의 섭취가 건강에 큰 영향을 미치지 않는다고 여기는 것으로 판단된다.

음주는 남성의 비율이 높은 사회지향형 라이프스타일에서 음주빈도와 음주량이 높았으며, 인지된 장애성이 높고, 자아효능감은 낮아 음주와 건강에 대한 신념이 가장 낮았다. 이런 결과는 선행연구들에서도 같은 맥락으로 보

고되었는데, 이희정 등(2010)의 연구에서도 2007~2008년 국민건강영양조사에 참여한 25~64세의 성인을 대상으로 조사한 결과 35~54세의 중장년층 남성에서 고위험음주의 위험요인으로 나타나 지속적으로 성인 남성의 음주 비율이 증가하는 것을 볼 수 있다. 또한 김혜숙 등(2010)의 연구에서는 남성의 경우 주 2~3회 술을 마신다는 응답이 50.0%로 가장 많았고, 여성은 주 1회 이하 47.3%로 나타났으며, 주 4회 이상 술을 마신다는 응답은 남자 11.7%, 여자 2.2%로 나타났다. 최은진 등(2007)의 연구에서도 성인의 주 1회 이상 음주비율이 남성 62.4%, 여성 20.0%로 나타나 남녀 간의 음주량의 큰 차이를 보였다. 또한 권철 등(2002)의 연구에서는 음주횟수가 높을수록 영양제 복용율이 높은 것으로 보고되어 과다 음주자들이 건강을 염려하는 것으로 여겨졌으나 본 연구와는 상반되는 결과를 보였다. 이는 우리나라의 남성의 비율이 높은 직장 내 음주문화의 영향을 생각할 수 있으며 남성들의 올바른 음주문화에 대한 교육이 시급함 시사한다.

라이프스타일에 따른 흡연은 홍윤미 등(2004)의 연구에서 인구사회학적 특성에 따라 흡연율의 유의한 차이를 보였고, 본 연구에서도 흡연량의 차이를 나타내었다. 그러나 건강신념수준의 변수들에서는 유의한 차이가 없었으나 인지된 장애성은 높고, 자아효능감이 낮은 사회지향형 라이프스타일의 흡연에 대한 경각심과 금연에 대한 교육이 지속적으로 필요한 것으로 여겨진다.

운동의 경우 건강지향형 라이프스타일에서 자아효능감이 유의하게 높았는데, 이는 연령대가 증가할수록 건강에 대한 관심의 증가와 상대적으로 시간적 여유가 많은 점도 크게 영향을 주었다고 본다. 구난숙 등(2001)의 연구에 의하면 중·장년층이 건강유지를 위해 가장 중요하게 생각하는 것이 운동임을 알 수 있으며, 또한 고육건(2003)의 연구를 보면 라이프스타일 유

형에 따라서 건강에 대한 인지와 대처 방법에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 특히 자기에 충실하고 적극적 건강 추구 점수가 높은 군에서 가장 적극적으로 건강에 대한 응답을 하고, 건강을 위해 운동을 한다는 것 과도 유사한 결과로 볼 수 있다. 이는 본 연구에서도 연령대가 높은 건강지향형 라이프스타일이 운동에 대한 신념이 높은 결과와 일관된다. 그러나 김영호 등(2007)의 연구에서는 성인의 71%가 현재 운동을 하지 않거나 또는 불규칙적인 운동을 하는 것으로 보고되었다. 이는 직장생활과 가정생활을 유지해야 하는 성인들이 시간적인 여유가 없는 것으로 생각되며, 따라서 성인들이 운동을 유지할 수 있는 시간적, 경제적인 프로그램이 필요하다고 여겨진다. 또한 김혜숙 등(2010)의 연구에서는 운동시간이 남성은 1~2시간이 28.2%로 많았고, 여성은 30분~1시간이 40.3%로 많았으며, 이는 본 연구에서는 유의한 차이는 없었지만 남성의 비율이 높은 사회지향형 라이프스타일에서 운동 횟수는 많지 않지만 운동 지속시간이 길었던 결과와 유사하였다.

본 연구에서 보고된 다양한 건강행동에 대한 건강신념수준 결과를 종합해보면 건강지향형 라이프스타일에서 인지된 유익성이 높고 인지된 장애성이 낮으며 자아효능감이 가장 높았던 반면 사회지향형 라이프스타일은 여러 건강행동과 관련된 인지된 유익성이 낮고 인지된 장애성이 높으며 자아효능감이 낮았다. 이러한 결과는 건강행동교육 계획에 있어 다양한 인구통계학적 요인과 행동양식의 특성을 통합하는 개념인 라이프스타일에 따른 접근이 유용하리라는 점을 시사하며, 또한 서로 다른 영역의 건강행동을 종합적으로 다루는 교육내용이 효율적일 수 있다는 가능성을 보여준다. 그러나 건강신념변수의 라이프스타일 간 차이가 통계적으로는 유의하지만 실제 차이의 정도는 다소 작은 경우가 있어 이러한 결과의 현실적 의미는 어느

정도 제한이 있다고 생각된다.

라이프스타일에 따라 건강신념이 건강행동실천에 미치는 영향을 살펴본 결과 식행동은 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일의 경우 인지된 유익성과 자아효능감이, 건강지향형에서는 인지된 장애성을 포함한 세 변수 모두 유의한 요인으로 나타났다. 체중 조절의 경우 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일, 건강지향형 라이프스타일에서는 자아효능감만 유의하였고, 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성과 자아효능감이 유의한 요인으로 나타났다. 건강기능식품 사용과 음주에서는 사회지향형 라이프스타일의 경우 인지된 유익성, 인지된 장애성, 자아효능감 모두가 유의한 요인으로 나타났다. 흡연의 경우 모든 라이프스타일에서 인지된 장애성과 자아효능감이 유의한 요인으로 나타났다. 운동은 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일에서 인지된 장애성과 자아효능감이, 건강지향형 라이프스타일에서는 자아효능감만이 유의한 요인으로 나타났다. 즉, 건강신념모델의 주요 변수들이 전반적으로 건강행동실천 예측에 유의한 요인으로 파악되었는데, 이는 건강행위를 건강신념모델로 설명한 홍윤미 등(2004)의 연구가 인지된 유익성이 높고, 인지된 장애성이 낮을수록 건강행위 이행을 잘 하는 것으로 보고한 내용과 어느 정도 상통한다.

건강신념과 건강행동실천 간 연관성에 대한 결과가 건강신념모델의 주요 건강신념변수들이 건강행동실천에 전반적으로 유의한 요인으로 제시함에 따라, 다양한 건강행동에 초점을 둔 국내 성인 대상 교육프로그램 개발에 건강신념모델이 유용하게 사용될 수 있음을 시사하였다. 하지만, 라이프스타일 및 건강행동의 종류에 따라 유의한 건강신념변수는 각기 다양하게 존재하는 것으로 보이므로, 건강행동에 관한 교육을 계획함에 있어 라이프스

타일과 건강행동의 특성을 반영하여 각 목표 집단에 맞는 교육내용을 설정하는 것이 중요하겠다. 건강행동 종류 및 라이프스타일에 따라 중요한 건강신념변수의 조합이 다소 다양하였으나, 본 연구에서 살펴본 세 가지 건강신념변수 중 자아효능감이 건강행동 예측에 있어 가장 눈에 띄는 요인으로 부각되었다. 행동수행에 대한 개인적인 자신감으로 정의할 수 있는 자아효능감은 국내외 선행연구에서도 건강행동예측에 유의한 변수로 보고된 바 있으며(Granner 등 2004; 나수영 등 2010; Pearson 등 2010), 여러 건강행동이론에 주요 구성요소로 포함된다(Glanz 등 1990). 본 연구는 한국 성인대상 다양한 범주의 건강행동중재 프로그램에 자아효능감을 증진시키기 위한 전략이 유용하리라는 근거를 더하였다고 사료된다.

VI. 요약 및 결론

본 연구는 2010년 9월 18일부터 2010년 9월 20일 동안 30~59세 성인 남녀 20명의 대상자를 면대면 심층면접을 통하여 식행동, 체중조절행동, 건강기능식품, 음주, 흡연, 운동에 관련된 건강행동관련 건강신념 문항을 개발하였다. 개발된 문항은 2010년 10월 1일부터 2010년 10월 10일까지 30~59세 성인 남녀 33명을 대상으로 예비설문지를 통하여 신뢰도 분석을 실시하였다. 신뢰도 분석 결과를 바탕으로 수정·보완 후 최종 설문지를 작성하여 2010년 11월 1일부터 2011년 2월 28일 동안에 본 조사를 실시하였다. 최종 성인 남녀 1,004명을 대상으로 건강신념모델에 기초하여 라이프스타일에 따른 건강신념수준과 건강행동실천을 비교하여 성인의 건강한 삶의 기초자료를 제공하고자 실시되었다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 라이프스타일을 동질적인 세부항목 영역별로 분류하기 위하여 주성분 요인분석을 실시한 결과, 7개의 요인으로 세부 영역이 분류되었으며 7개의 공통인자에 의하여 설명되어 지는 누적비율은 60.30%였다. 각 요인은 「건강관리추구형」, 「유행추구형」, 「사회지향형」, 「계획중시형」, 「정보활용형」, 「자기신뢰형」, 「미래보장추구형」으로 명명되었다.

2. 라이프스타일 요인점수를 이용하여 군집분석을 통해 분류의 정확성 검증을 실시하여 4개의 군집으로 분류한 결과, 군집별 라이프스타일 요인 성향은 사회지향형 라이프스타일은 「사회지향형(0.816)」이 강하며, 경제지향형 라이프스타일은 「계획중시형(0.774)」, 「정보활용형(0.559)」이 강하며, 유행지향형 라이프스타일은 「유행추구형(0.885)」이 강하며, 건강지향형 라이프스타일은 「건강관리추구형(1.047)」이 강한 것으로 분석되었다.

3. 라이프스타일에 따른 일반적 특성은 사회지향형 라이프스타일이 남성 비율, BMI $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상, 미혼자 비율, 최종학력이 높았고, 유행지향형 라이프스타일은 30대 비율, BMI $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 이하와 한 달 용돈이 높았으며, 건강지향형 라이프스타일은 40~50대 비율, 기혼자 비율과 월수입이 높았다.

4. 라이프스타일에 따른 식행동 관련 건강신념수준 결과 건강지향형 라이프스타일에서 지각된 유익성의 점수가 높고($p<0.05$), 자아효능감은 건강지향형과 유행지향형 라이프스타일에서 높았다($p<0.001$).

5. 라이프스타일에 따른 체중조절행동 관련 건강신념수준 결과 건강지향형 라이프스타일에서 자아효능감의 점수가 높았다($p<0.05$).

6. 라이프스타일에 따른 건강기능식품 관련 건강신념수준 결과 건강지향형 라이프스타일과 유행지향형 라이프스타일이 지각된 유익성의 점수가 높고($p<0.01$), 건강지향형 라이프스타일에서 지각된 장애성의 점수가 낮았으며($p<0.001$), 자아효능감의 점수는 높았다($p<0.001$).

7. 라이프스타일에 따른 음주 관련 건강신념수준 결과 건강지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일에서 지각된 장애성의 점수가 낮고($p<0.05$), 자아효능감의 점수는 높았다($p<0.01$).

8. 라이프스타일에 따른 흡연 관련 건강신념 결과 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자아효능감에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

9. 라이프스타일에 따른 운동 관련 건강신념 결과 건강신념수준은 건강지향형 라이프스타일에서 자아효능감의 점수가 높았다($p<0.05$).

10. 건강행동실천에 관한 결과는 건강지향형 라이프스타일에서 식생활지킴정도($p<0.001$)를 잘 지키고, 체중조절 경험($p<0.05$)은 운동과 식이요법을 선택하고 있으며, 건강기능식품 섭취($p<0.01$)를 현재 하고 있고, 음주량($p<0.001$)은 적으며, 운동횟수($p<0.05$)는 많아 유의한 차이가 나타났다. 건

강지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일에서는 음주횟수 ($p<0.001$)가 적고, 사회지향형 라이프스타일에서는 흡연량($p<0.05$)이 많아 유의한 차이가 나타났다.

11. 라이프스타일에 따라 건강신념이 건강행동실천에 미치는 영향을 살펴본 결과 식행동은 사회지향형 라이프스타일과 경제지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의하였고, 유행지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.01$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의하였으며, 건강지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.01$), 인지된 장애성($p<0.05$), 자아효능감(0.001) 모두에서 유의한 요인으로 나타났다. 체중조절의 경우 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.05$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의하였고, 경제지향형 라이프스타일, 유행지향형 라이프스타일, 건강지향형 라이프스타일에서는 자아효능감($p<0.001$)만 유의한 요인으로 나타났다. 건강기능식품사용은 사회지향형 라이프스타일과 건강지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.05$), 인지된 장애성($p<0.05$), ($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의하였고, 경제지향형 라이프스타일과 유행지향형 라이프스타일에서는 자아효능감($p<0.001$)에서 유의한 요인으로 나타났다. 음주에서는 사회지향형 라이프스타일은 인지된 유익성($p<0.01$), 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$)에서 유의한 요인으로 나타났고, 경제지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.001$)에서 유의하였으며, 유행지향형 라이프스타일과 건강지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$)에서 유의한 요인으로 나타났다. 흡연의 경우 사회지향형 라이프스타일, 경제지향형 라이프스타일, 건강지향형 라이프스타일에서 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.01$)에서 유의하였으며, 건강지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p<0.001$), 자아효능감($p<0.05$)에서 유의한

요인으로 나타났다. 운동은 사회지향형 라이프스타일은 인지된 장애성 ($p < 0.05$), 자아효능감($p < 0.001$)에서 유의하였고, 경제지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p < 0.01$), 자아효능감($p < 0.001$)에서 유의하였고, 유행지향형 라이프스타일은 인지된 장애성($p < 0.001$), 자아효능감($p < 0.001$)에서 유의하였으며, 건강지향형 라이프스타일은 자아효능감($p < 0.001$)에서만 유의한 요인으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 라이프스타일은 건강신념수준과 건강행동실천에 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 본 연구에서는 특히 건강지향형 라이프스타일은 여러 건강행동에 있어 지각된 유익성이 높고, 지각된 장애성이 낮으며, 자아효능감에서 높은 점수를 나타내어 가장 적극적인 건강신념을 가지고 건강행동을 하는 라이프스타일인 것으로 나타났고, 반면 사회지향형 라이프스타일은 지각된 유익성이 낮고, 지각된 장애성이 높으며, 자아효능감에서 낮은 점수를 나타내어 가장 소극적인 건강행동을 하는 라이프스타일인 것으로 나타나 건강증재교육의 우선적인 목표 집단으로 나타났다. 즉, 건강신념과 건강행동실천 간 연관성에 대한 결과가 건강신념모델의 주요 건강신념변수들이 건강행동실천에 전반적으로 유의한 요인으로 제시함에 따라, 다양한 건강행동에 초점을 둔 국내 성인 대상 교육프로그램 개발에 건강신념모델이 유용하게 사용될 수 있음을 시사하였다. 하지만, 라이프스타일 및 건강행동의 종류에 따라 유의한 건강신념변수는 각기 다양하게 존재하는 것으로 보이므로, 대상자의 라이프스타일과 목표 건강행동을 고려하여 구체적인 건강증진프로그램의 내용은 보편적이기 보다는 보다 민감하고 맞춤형으로 구성하는 것이 효율적이라 사료된다.

본 연구결과를 토대로 한 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 서울지역에 거주하는 성인을 연구대상으로 하였기 때문

에 전국규모의 성인으로 일반화하기에는 한계가 있다. 그러므로 향후 연구에서는 대표성 있는 표집을 통해 연구대상의 범위를 보다 확대하여 조사할 필요가 있다.

둘째, 건강증진 생활양식에는 Breslow 등(1972)이 제시한 일곱 가지 건강 관련 습관 즉, 수면시간, 아침식사, 간식, 규칙적 운동, 음주, 흡연여부, 체중 상태가 포함되며, 바람직한 건강관련 생활양식으로는 하루 7~8시간의 수면, 아침식사를 거의 매일 하는 것, 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 규칙적인 운동을 하는 것, 정상체중 상태를 유지하는 것, 음주를 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 흡연을 하지 않거나 중단한 것 등이 포함되어 있다. 그러므로 일반 성인들의 대표되는 건강행위 요소로 영양지식, 식생활 지침, 체중조절관리, 건강식품, 음주, 흡연, 운동을 선택하는 것은 일상생활과 각 라이프스타일의 특징을 지을 수 있는 건강행위라 사료된다.

셋째, 본 연구에서는 라이프스타일을 4가지로만 구분하여 사용하였다. 향후 다양한 항목을 지닌 라이프스타일의 항목의 개발이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 1,004명의 서울거주 성인 남녀를 대상으로 진행되었다. 그러나 향후에는 남녀의 구분과 지역의 확대의 연구를 병행한다면 좀 더 의미 있는 결과가 될 것이며, 본 연구의 결과를 토대로 직접적인 성인의 건강행동의 참여가 이루어질 수 있도록 다양한 프로그램의 개발을 높일 수 있는 연구가 지속적으로 이루어지길 기대한다.

참고문헌

1. 고옥건(2003). 중국 소비자의 건강식품 구매행동에 관한 연구: 라이프스타일을 중심으로. 서울대학교 대학원 석사학위논문
2. 고은현(2008). 성인 남성 운동흡연군과 비운동흡연군의 신체조성, 심혈관계 위험인자 및 건강체력에 미치는 영향. 국민대학교 스포츠산업대학원 석사학위논문
3. 고행금, 김숙, 박종(2003). 일부지역 고등학생의 건강행위 실태 및 관련 요인. 한국아동권리학회지, 7(3), 1-21
4. 곽종형(2007). 실버세대의 라이프스타일이 건강기능식품 구매만족도 및 재구매의도에 미치는 영향. 호서대학교 벤처전문대학원 박사학위논문
5. 구난숙, 박지영(2001). 대전지역 성인 남·녀의 건강보조제 및 건강식품 섭취실태. 한국생활과학회지, 10(2), 205-213
6. 권민경, 박영숙(2006). 저체중 중학생의 영양소 섭취 특성. 순천향자연과학연구논문집, 12(2), 137-144
7. 권철, 남철현, 신중규, 김귀희, 이미경, 하은필(2002). 지역사회 주민의 음주실태와 관련요인. 한국알코올과학회지, 3(1), 36-52
8. 김경원, 신은미(2002). 대전 지역 여중생들의 체중조절 여부에 따른 영양 지식, 식태도, 식행동 및 영양소 섭취 실태에 관한 연구. 대한지역사회영양학회지, 7(1), 23-31
9. 김다해(2010). 성인 여성의 신체만족도 및 체중조절 실태에 관한 연구. 목포대학교 교육대학원 석사학위논문
10. 김명주(2005). 무용전공자의 라이프스타일과 건강증진행위에 관한 연구.

고려대학교 대학원 박사학위논문

11. 김복란(2006). 춘천지역 대학생의 영양지식, 식습관, 건강관련 생활습관 및 건강상태에 관한 연구. 한국식품영양과학회지, 35(9), 1215-1223
12. 김상국(2000). 한국인의 웰니스(Wellness)에 대한 생활양식 측정도구 개발. 한국체육학회지, 39(4), 963-982
13. 김상국, 정일호, 김기훈, 변해심, 이호정, 김기운(2005). 성인 여성의 비만도에 따른 체형인식, 식이태도, 체중조절 태도. 한국체육학회지, 44(3), 215-223
14. 김석순(2008). 노인소비자들의 라이프스타일과 건강기능식품 이용행태에 관한 연구. 대구한의대학교 대학원 박사학위논문
15. 김선희(2010). 중·장년층의 라이프스타일이 건강증진행위에 미치는 영향. 대구한의대학교 대학원 박사학위논문
16. 김설향(2001). 수정식이와 유산소 운동병행요법이 성인의 신체조성에 미치는 영향. 한국사회체육학회지, 15, 477-489
17. 김수진(2008). 대학생의 피부건강관리행동과 식생활행동에 영향을 미치는 외모관심에 대한 연구-피부지식과 영양지식의 매개효과를 중심으로-. 한양대학교 교육대학원 석사학위논문
18. 김승수(2006). 청소년의 음주의도와 음주행위에 대한 영향요인 연구. 한국알코올과학회지, 7(2), 73-96
19. 김승아(2008). 여성의 라이프스타일에 따른 피부건강관리에 대한 지식 및 태도. 건국대학교 산업대학원 석사학위논문
20. 김영래(2004). 흡연 행동을 설명하는 심리학적 모형의 개발: 건강신념과 계획된 행동 모형의 비교를 통한 대안적 모형의 탐색. 경상대학교

대학원 석사학위논문

21. 김영미, 현선희, 송형삼(2008). 운동프로그램 참가자의 건강상태와 건강 증진행동, 우울 및 삶의 질의 관계. 한국여가레크리에이션학회지, 32(4), 33-46
22. 김영호, 양재근, 이종훈(2007). 신체활동의 변화단계를 예측하기 위한 자결성이론의 적용. 체육과학연구학회지, 18(4), 208-217
23. 김영희(2002). 간호대학생의 건강증진 행위 결정요인에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 5(2), 347-358
24. 김유정(2007). 부산지역 직장인의 영양지식, 식습관 및 건강관심도에 관한 연구. 신라대학교 교육대학원 석사학위논문
25. 김윤주, 김혜연, 신정원, 윤주희, 이민선, 변영순, 김성남(2007). 20대 성인 남녀의 건강행동에 영향을 미치는 요인. 이화간호학회지, 41, 1-13
26. 김은숙, 정혜선(2010). 한국 고위험 음주 성인여성의 특성과 영향요인. 한국알코올과학회지, 11(1), 45-56
27. 김주현, 이다희, 이정숙, 김우경(2010). 서울 및 경기 지역 일부 성인의 건강기능식품 인식도에 관한 조사. 동아시아식생활학회지, 2010(5), 82-82
28. 김진아(2006). 일부 성인들의 비타민제 섭취 여부에 따른 건강 관심도, 건강 실천행위 및 영양지식 수준에 관한 연구. 동덕여자대학교 비만과학대학원 석사학위논문
29. 김철규(2011). 20대 성인 남성에서 건강행태와 비만지표가 혈압에 미치는 영향. 한국콘텐츠학회지, 11(8), 231-239
30. 김혜숙, 허준수(2010). 노인의 건강증진행위 영향요인에 관한 연구: 서울

- 지역 거주노인을 중심으로. 한국노년학회지, 30(4), 1129-1143
31. 김호순, 김청송(2008). 청소년의 라이프스타일 요인과 건강상태 유형별 관계분석. 한국청소년학회지, 15(3), 119-135
 32. 나수영, 고서연, 엄순희, 김경원(2010). 경기 일부지역 초등학생의 채소와 과일섭취 및 관련 인식, 자아효능감, 영양지식과 식행동. 대한지역사회영양학회지, 15(3), 329-341
 33. 나영주, 이은희, 장경자(2004). 대학생의 라이프스타일 유형에 따른 신용카드 사용과 의복구매. 한국의류산업학회지, 6(5), 585-594
 34. 남승구, 한윤수, Oniduka Junichi(2009). 한·일 대학생의 라이프스타일에 따른 건강증진 행동 및 스포츠 활동 참여에 관한 비교 연구. 한국체육과학회지, 18(3), 97-108
 35. 류유현(2008). 강원도 일부지역에서 중년남녀의 건강증진식품의 구매행동에 미치는 영향요인 분석-라이프스타일을 중심으로-. 연세대학교 생활환경대학원 석사학위논문
 36. 문경주(2009). 수영참가자의 건강 라이프스타일 유형과 운동참가자속의 관계. 단국대학교 교육대학원 석사학위논문
 37. 문숙재, 최혜경, 정순희(2001). 일본 노인들의 라이프스타일과 건강상태에 관한 연구. 한국가족자원경영학회지, 5(2), 99-113
 38. 박경애(2009). 경남 지역 일부 여대생의 비만도에 따른 식습관, 체중 만족도 및 섭식 장애에 관한 연구, 동아시아식생활학회지, 19(6), 891-908
 39. 박명, 김병로, 강설중, 이동규(2007). 규칙적인 운동이 성인남성의 건강관련 체력, 심혈관계 질환 위험인자 및 혈관염증인자에 미치는 효과. 대한운동사회 스포츠건강의학회, 9(1), 69-76

40. 박미정, 박금순, 박운제(2003). 초등학생의 식습관과 영양지식 및 건강상태 조사. 동아시아식생활학회지, 13(6), 568-576
41. 박유경, 박미영, 성미경, 권훈정(2005). 건강기능식품법에 의해 고시된 원료 포함여부에 따른 건강증진용 식품의 섭취양상 비교. 한국식품영양과학회지, 34(3), 374-379
42. 배승호(2008). 운동행동변화요인이 변화단계 및 지각된 건강상태에 미치는 효과. 인천대학교 대학원 박사학위논문
43. 백설향(2009). 대학생들의 체중 변화와 관련된 식행동 및 운동 행동 특성. 동국대학교 의과대학원 석사학위논문
44. 선광순(2003). 웹기반 골다공증 예방 프로그램이 여대생의 골다공증 지식, 자기효능, 건강신념 및 예방행위의 변화단계에 미치는 효과. 전남대학교 대학원 박사학위논문
45. 성기운, 이용수, 김시영(2011). 운동 강도의 차이가 고밀도 지단백 콜레스테롤의 구성성분 및 동맥경화지표에 미치는 영향. 한국운동생리학회지, 20(3), 309-318
46. 손경만, 김영호, 박서령(2009). 운동행동을 설명하기 위한 건강신념모형과 단계적변화모형 간의 관련성. 한국체육학회지, 48(6), 163-173
47. 손화희(2004). 서울지역 노임의 건강증진행위와 관련된 생태학적 변인에 관한 연구. 대한가정학회지, 42(12), 77-92
48. 송지영(2008). 대학생들의 음주관련 인식, 음주실태 및 건강관리습관과의 관련성 연구. 상지대학교 교육대학원 석사학위논문
49. 송형삼(2008). 운동프로그램 참가자의 건강상태와 건강증진행동 및 삶의 질 관계-청주지역 피트니스 센터를 중심으로-. 서원대학교 산업대학원 석사학위논문

50. 송홍지, 오미숙, 안성훈, 박민선, 유태우, 강재현, 최영인(2001). 청소년에서 체형에 대한 만족도와 관련된 요인과 체중조절형태. 가정의학회지, 20(4), 345-357
51. 신은경, 이연경(2006). 건강신념 모델에 근거한 보육시설 유아대상 영양교육 프로그램 개발 및 적용. 대한지역사회영양학회지, 11(4), 488-501
52. 안윤, 김형미, 김경원(2005). 일부 지역 여고생의 체중조절 및 이와 관련된 요인. 대한지역사회영양학회지, 10(6), 814-824
53. 양경미(2005). 알코올 섭취에 따른 남녀 대학생의 영양소 섭취 실태에 관한 조사. 대한영양사협회학술지, 11(1), 1-10
54. 엄순자(2007). 흡연자와 비 흡연자의 건강상태 및 심리, 정서 상태와의 비교 연구-직장인 성인 남성을 대상으로-. 경희대학교 교육대학원 석사학위논문
55. 오성기, 안창규(2000). 스포츠 소비행동에 영향을 미치는 각 변수간의 경로 분석. 한국체육학회지, 39(2), 738-750
56. 오은택(2010). 건강운동 참여가 체력수준과 건강위기감 및 건강증진 행위에 미치는 효과. 중앙대학교 대학원 박사학위논문
57. 원서진(2010). 서울지역 일부 성인의 규칙적인 운동이 식습관과 영양지식에 미치는 영향. 건국대학교 교육대학원 석사학위논문
58. 윤선주, 정혜련, 김미현(2010). 일부 성인에서 라이프스타일에 따른 아침결식률과 아침결식자의 결식 원인 및 식행동에 관한 조사. 대한지역사회영양학회지, 15(2), 191-205
59. 윤성호(2001). 라이프스타일에 따른 패밀리 레스토랑 선택속성에 관한 연구. 동아대학교 경영대학원 석사학위논문

60. 윤희기, 노재현, 주성택(2011). 수상레저스포츠 참가 대학생의 라이프스타일이 자아존중감 및 건강증진행위에 미치는 영향. 한국체육과학회지, 20(2), 107-126
61. 이가영(1995). 우리나라 일부 성인의 흡연에 영향을 주는 건강신념모델에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문
62. 이경원, 김복란(2008). 원주지역 여고생의 체중감량 시도 여부에 따른 체중조절 태도, 영양지식 및 식행동에 관한 연구. 한국가정과학교육학회지, 20(4), 91-105
63. 이석구, 전소연, 이종영(2008). 일 도농복합지역 거주 노인의 저체중과 영향 요인. 한국노년학회지, 28(1), 105-121
64. 이선아(2008). 남자 경찰관들의 근무형태에 따른 식습관 및 건강관련 실태 비교 연구. 원광대학교 교육대학원 석사학위논문
65. 이승범(2005). 에어로빅 댄스 프로그램 수행 후 성장호르몬, IGF-1, 비만관련요소의 변화. 한국사회체육학회지, 25, 407-417
66. 이연정(2011). 모의 로하스 라이프스타일이 자녀의 식습관, 식행동 및 건강생활습관에 미치는 영향 연구. 한국식품조리과학지, 27(4), 75-87
67. 이영숙, 정면숙(2003). 의료소비자의 건강 라이프스타일과 정보탐색이 의료서비스 만족과 재이용 의도에 미치는 영향. 보건경제와정책연구, 9(1), 97-116
68. 이용철, 임복희(2010). 성인 남·녀의 음주정도에 영향을 미치는 요인 및 음주정도에 따른 건강행위 비교분석. 한국알코올과학회지, 11(2), 107-123
69. 이원재(2003). 대학생 문제음주 관련요인. 한국보건교육건강증진학회지,

20(30), 109-124

70. 이유경(2005). 흡연과 건강상태 및 건강의식과의 관계성 연구. 공주대학교 교육대학원 석사학위논문
71. 이은영, 최보율, 손애리, 안동현(2009). 서울 경기 지역 교사의 건강행동과 건강상태. 한국보건교육건강증진학회지, 26(4), 49-62
72. 이정우(2009). 생활체육참가자의 운동참여 동기가 운동중독, 정신건강 및 생활만족에 미치는 영향. 수원대학교 대학원 박사학위논문
73. 이종엽(2003). 건강보조식품 소비자의 라이프스타일에 관한 연구-방문 판매를 중심으로-. 단국대학교 산업경영대학원 석사학위논문
74. 이지영(2005). 한국인의 웰빙행동에 관한 연구-웰빙인식과 라이프스타일을 중심으로-. 성신여자대학교 대학원 박사학위논문
75. 이창미(2004). 초등학생의 건강신념과 자기효능감이 체중조절행동 및 비만관리의도에 미치는 영향. 대구카톨릭대학교 교육대학원 석사학위논문
76. 이희민(2006). 실버소비자의 라이프스타일에 따른 고객만족이 재구매 의도에 미치는 영향에 관한 연구. 대전대학교 대학원 박사학위논문
77. 이희정, 조성일(2010). 국민건강영양조사를 이용한 우리나라 성인의 음주패턴과 음주문제의 연관성. 한국알코올과학회지, 2010(1), 218-219
78. 임애규(2001). 아동의 신체상, 건강통제소재, 자기효능감 및 정서적 불안정성에 관한 연구: 비만아동과 저체중 아동을 중심으로. 고려대학교 대학원 석사학위논문
79. 임현주, 윤영숙(2010). D대학 체육관 이용 20대 성인의 흡연에 따른 구강건강관련 특성 및 골밀도 비교연구. 한국치위생학회지, 10(6),

1121-1128

80. 장리아(2007). 전북 일부지역 산업체 남성근로자의 흡연력에 따른 건강 관련 생활습관, 영양섭취 및 혈액학적 지표에 관한 연구. 전북대학교 교육대학원 석사학위논문
81. 장민기, 김양하(2008). 한국 직장 여성의 건강식품 섭취 실태에 관한 연구. 한국영양학회지, 41(8), 832-838
82. 장운정(2007). 실버소비자의 식생활 라이프스타일에 따른 영양정보 및 가정배달급식 서비스 요구도 분석. 연세대학교 대학원 박사학위논문
83. 장창현(2002). 중년남성의 규칙적인 배드민턴 운동이 최대산소섭취량, 체지방 및 혈액성분에 미치는 영향. 한국운동과학회지, 11(2), 515-524
84. 정선희, 나영주, 이은희, 장경자(2007). 대학생의 라이프스타일 유형에 따른 신체계측, 식행동, 건강관련 생활습관 및 영양소 섭취상태에 관한 연구. 한국식품영양과학회지, 36(12), 1560-1570
85. 조소현(2002). 여고생의 체중조절과 섭식 양상에 관한 실태 조사 연구. 성신여자대학교 교육대학원 석사학위논문
86. 지병태, 석성자, 신두만, 정중현, 김주원(2010). 노인들의 라이프스타일에 따른 건강운동 효과 분석. 한국보건교육건강증진학회지, 27(2), 69-78
87. 진기영(2008). 여성의 과체중 유무집단간의 인구사회학적 특성과 건강위험행동과의 차이 비교 분석. 삼육대학교 보건복지대학원 석사학위논문
88. 진정희, 장경자(2005). 대학생의 체형인식과 비만도에 따른 체중조절 태

- 도, 건강관련 생활습관 및 식행동. 한국식품영양과학회지, 34(10), 1559-1565
89. 채효숙(2001). 건강신념모델을 이용한 대학생의 음주관련 요인 분석. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문
 90. 최경아, 김명희(2003). 체육전공과 비체육전공 남자대학생의식이섭취 실태조사 및 혈청 지질 함량 비교분석. 대한지역사회영양학회지, 8(5), 667-674
 91. 최근도(2005). 성인여성의 문제음주에 영향을 미치는 요인. 전북대학교 대학원 석사학위논문
 92. 최영희, 김순이(1999). 노인의 건강행위 평가 연구. 한국노년학회지, 19(1), 119-130
 93. 최은진, 김창우(2007). 성인음주자의 특성에 따른 고위험음주행위 분석 연구. 한국알코올과학학회지, 8, 29-38
 94. 한보연(2008). 울산지역 산업체 근로자의 식습관, 식행동 및 건강관리 실태에 관한 연구. 신라대학교 교육대학원 석사학위논문
 95. 한인경(2009). 성인여성의 성격유형이 건강통제행동 및 비만스트레스에 미치는 영향. 한국영양학회지, 42(4), 358-365
 96. 한인경, 하애화(2009). 여성 소비자의 식생활 라이프스타일에 따른 체중 조절 행위에 관한 연구. 한국식품영양학회지, 22(2), 177-184
 97. 허은정, 김광기, 김명순(2001). 일부지역 여성의 음주양태 및 음주관련문제. 한국보건간호학회지, 15(1), 202-215
 98. 홍윤미, 이정렬, 이경희, 배선형, 함옥경, 한주희(2004). 건강신념모델을 이용한 청소년 흡연 행위 예측. 한국식품생활학회지, 18(2), 218-224

99. 황재경, 김홍규, 공희상, 황용하, 이기영, 정연실, 이성광, 박혜영, 김갑환, 최원철, 강문호(2002). 성인에서 비만에 대한 자가 평가. 대한비만학회지, 11(4), 249-355
100. Alamani, Fabio, Voller, Ludek, Kubicka, Kim, Bloomfield(2000). Drinking Cultures and the Position of Women in nine European Countries. Substance Abuse, 21(4), 231-247
101. Alpert L, Gatty R(1965). Product Positioning by Behavioral Life-Styles. Journal of Marketing, 33, 65-69
102. Bandura A(1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: prentice Hall
103. Bandura A(1986). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215
104. Becker MH(1974). The health belief model and sick role behavior, The Health belief model and personal health behavior. Charles B. Slack. New Jersey, 82-92
105. Booth FW, Gordon SE, Carson CJ, Hamilton MT(2000). Waging war on modern chronic diseases: Primary prevention through exercise biology. J. Appl. Physiol, 88, 774-787
106. Breslow L, Belloc NB(1972). Relationship of physical health status and health practice. Prev Med, 1(3), 409-421
107. Chapman MJ, Assmann G, Fruchart JC, Shepherd J, Sirtori C(2004). Raising high density lipoprotein cholesterol with reduction of cardiovascular risk: the role of nicotinic acid a position paper developed by the European Consensus Panel on HDL C. Curr

Med Res Opin, 20(8), 1253-1268

108. Chelchowska M, Laskowska-Klita T, Szymborski J(2001). Level of retinol and beta-carotene in plasma of smoking and non-smoking women. *WiadLek*, 54(5-6), 248-254
109. Dan A Petrovici, Christopher Ritson(2006). Factors in fluencing consumer dietary health preventative behavious. *BMC Public Health*, 6(222), 1-12
110. Doll R, Peto R, Borreham J, Sutherland I(2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observation on British doctors. *British journal of cancer*, 92, 246-429
111. Doris A, David R, Diane Feral(2003). Nutrition Education Worksite Intervention for University Staff: Application of the Health Belief Model. *J Nutr Educ Behav*, 35, 260-267
112. Durstine JL, Grandjean PW, Cox CA, Thompson PD(2002). Lipids, lipoproteins, and exercise. *J Cardioplum Rehabil*, 22(6), 385-398
113. Engel JE, Blackwell RD, Kollat DT(1978). *Consumer behavior*, Illinois: The Dryden Press.
114. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK(1990). *Health behavior and health deucation: Theory, research and practice*(2nd ed.) Jossey-Bass Publisher. San Francisco. 41-178
115. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK(2002). *Health behavior and health education. Research and Practice*. John-Bass Publishers, 52
116. Granner MN, Sargent RG, Calderon KS, Hussey JR, Evans AE, Watkins KW(2004). Factors of fruit and vegetable intake by

- race, gender, and age among young adolescents. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 36(4), 173-180
117. Haefner DP, Kirscht JP(1970). Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public health report*, 85, 478-484
118. Haold W, Barkman, Christopher Cilson(1978). *Consumer Behavior Concept and strategies*. California: Dickenson Publishing Company, 496
119. Harris DM, Guten S(1979). Health-protective behavior: An Exploratory Study, *Journal of Health and Social Behavior*, 20(March), 17-29
120. Haskell WL(2007). Physical activity and public health : Updated recommendation for adults from the American Cillege of Sports Medicine and the American Heart Association *Circulation*, 116(9), 1081-1093
121. Ishikawa A, Kuriyama S, Tsubono Y, Fukao A, Takahashi H, Tachiya H, Tsuji I(2006). Smoking, Alcohol Drinking, Green Tea Consumption and the Risk of Esophageal Cancer in Japanese Men. *Journal of Epidemiology*, 16(5), 185-192
122. James F, Enger, Roger D, Blackwell, Paul W(1995). *Miniard. Consumer Behavior*, 8th ed. The dryer Press. 449
123. Janz N, Becker M(1984). The health belief model: A decace later. *Wealth Education Quartely*, 11, 1-47
124. Jenkins NT, Mckenzie JA, Damcott Cm, Witkowski S, Hagberg JM(2010). Endurace exercise training effects on body fatness, VO2max, HDL-D subfractions and glucose to lerance are

- influenced by a PLIN haplotype in older Caucasianans. *J. Appl. Physiol*, 108(3), 498–506
125. Lazer WV(1963). Life style Concepts and Marketing. American Marketing Association, 130–139
 126. Lisa Radzevičienė, Rytas Ostaruskas(2006). Smoking and type 3 diabetes mellitus. *Medicina(Kaunas)*, 42(7), 559–565
 127. Levy SJ(1963). Symbolism and Life–style Toward Scientific Marketing. Chicago. AMA, 140–150
 128. Lu Wang, JoAnn E, Julie E, Howard D(2010). Alcohol Consumption, Weight Gain, and Risk of Becoming Overweight in Middle–age and Older Women. *Arch Intern Med*, 170(5), 453–461
 129. Michael F(2004). Hoick, Bess Dawson–hughes. Nutrition and Bone Health. –1 Lead Toxicity in the skeleton and its role in osteoporosis–. Humana press, 363–376
 130. Nahla Al–Ali, Linda G(2004). The Effect of the Health Belief Model in Explaining Exercise Participation among Jordanian Myocardial Infarction Patients. *J Transcult Nurs*. 15(2). 114–121
 131. Pearson N, Ball K, Crawford D(2010). Predictors of changes in adolescent’s consumption of fruits, vegetables and energy–dense snacks. *Br J Nutr*, 25(1), 1–9
 132. Rosenstock IM(1974). Historical origins of the health belief model, in Becker MH (ed): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. thorofare. NJ. Charles B slack
 133. Rosenstock IM(1990). *The health Belief model : Explaining health*

- behavior through expectancies In health behavior & Health Education theory research & Practice. San Francisco, CA. Jossey-Bass Publishers, 39-62
134. Tsompanidi EM, Brinkmeier MS, Fotiadou EH, Giakoumi SM, Kypresos KE(2010). HDL biogenesis and functions: role of HDL quality and quantity in atherosclerosis. *Atherosclerosis*, 208(1), 3-9
135. Walker SN(1998). Health promoting lifestyles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults. correlates and pattern. *Advances in Nursing Science*, 11, 76-90
136. Weber, Alfred(1968). *Theory of the Location of Industries*, Chicago: cambridge University, Press
137. Wells WD(1974). Seven Questions about Life Style and Psychographics, *Environment of Marketing Management*, ed. R. J. Holloway & R. S. Hancock, N. Y : John wiley & Sons, Inc., 223-227
138. Wells WD(1975). Psychographics: A Critical Review. *Journal of Marketing Research*, Vol. 12, 196-213
139. William D, Wells WD, Douglas J, Tigert(1977). Activities, Interests, and Opinions. *Journal of Advertising Research* 8(11), 27-35
- 구재욱, 이정원, 최영선, 김정희, 이종현(2006). 「생활주기 영양학」. 효일출판사. p.316
- 김대현(2002). 한국금연운동협의회 세미나. 여성과 흡연. 여성의 흡연실태. p.15-20

- 김미경, 권오란, 전향숙, 원혜숙, 김지연, 강병철, 제정환, 한재갑, 홍성화, 복혜숙, 김우선, 피재호, 박현용, 김현정(2010). 건강기능식품. (주)교문사. p.6-15
- 김미영(2002). 한국금연운동협의회 세미나. 여성과 흡연. 어머니의 흡연과 자녀의 건강. p.31-32
- 모수미, 구재욱, 이정원, 최영선, 김정희, 이종현(2006). 개정판 「생활주기 영양학」. 도서출판 효일. p.299-340
- 박영봉(2001). 「소비자행동론」. 박영사. p.556-557
- 박영봉(2007). 「소비자행동론」. 학현사. p.270
- 보건복지부(2008). 국민건강증진계획(문화)
<http://www.mw.go.kr/front/al/sa10401vw.jsp>
- 보건복지부(2011). 2011년 상반기 흡연 실태조사.
<http://www.mw.go.kr/front/al/sa10301vw.jsp>
- 보건복지부(2011). 건강정책과. 건강 관리 서비스 활성화 포럼. 2011.7.1
www.mw.go.kr/front/mw_sch
- 사단법인 한국식품과학회 편(2004). 「식품과학기술 대사전」. 광일문화사.
 p.50-51
- 식품의약 안정청(2008). 경인식약청. 건강기능식품의 기준.
www.kfda.go.kr/gyeongin/index.kfda?mid=26&seq=6221&cmd=v
- 통계청(2009). 사망원인 통계조사.
http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_ko/512/index.board?bmode=read&aseq=179513
- 통계청(2010). 2010년 사회조사보고서. 보건. 음주 및 음주횟수.
<http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>

통계청(2010). 2010년 충청북도 사회조사. <http://kostat.go.kr/wnseach/searchi.jsp>

통계청(2011). 질병관리본부. 2010 한국의 사회지표. 국민건강영양조사 2010
<http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>

American College of Sports Medicine(2001). Resource Manual for
Guideline for Exercise Testing and Prescription(5th ed.).
Lippincott Williams & Wilkins.

Digital 세상신문(2011). 주류 출고동향. 2011.7.18.

http://www.taxtimes.co.kr/hours01.htm?r_id=156814

Abstract

Comparison of Health Belief Levels and Health Behaviors Practices according to Lifestyle by Adults Based on Health Belief Model

Choi, Na Hong

Department of Food & Nutrition

The Graduate School of

Sungshin Women's University

Recent concerns for human health require diversified and comprehensive approaches based on health maintenance and promotion, along with the changes in perception that it is desirable to keep and promote health in everyday life. Particularly, health behavior analyses are essential based on the lifestyle, since health behaviors are related to everyday healthy way of living, health belief, and health habits,

In this connection, a health belief model is used for this study, which is considered the theoretical concept structure most widely applied for explaining and forecasting the behaviors related to human health, among the various theories which try to explain the human behavioral motivations for changes with a view to practicing health behaviors.

Accordingly, the study, with the subjects of male and female adults living in Seoul, tried to present the right guidelines for adult health behaviors and provide the basic data for their healthy lives, by understanding the factors affecting adult health behaviors by the lifestyle such as dietary guidelines, weight control, healthy foods, drinking, smoking, and exercises, and investigating the health belief model, health belief level, and the health behavior practice degrees.

The questionnaire survey was conducted with the subjects of 30~59 years male and female adults, living or working in Seoul area, and a total of 1,004 copies was used for the study analyses after the exclusion of those containing insincere responses among the 1,073 copies collected.

SPSS 18.0 program was used for the statistical treatment process of all the data researched, leading to average, standard deviation, frequency, percentage, factor analysis, cluster analysis, ANOVA and regression analysis.

The study results are as follows.

According to the factor analysis, 28 question items about lifestyles were grouped into four factors of more detailed lifestyle such as society-oriented type, economy-oriented type, trend-oriented type, and health-oriented type through the cluster analysis in seven areas. In the case of general features, the data were viewed by gender, age, BMI, final schooling, occupation, marital status, monthly average income, and monthly allowance. In the aspect of health belief levels and dietary guidelines, health-oriented lifestyle showed significant differences in

perceived benefits and self-efficacy. In the aspect of health belief levels and weight control, health-oriented lifestyle showed significant differences in self-efficacy. In the aspect of health belief lifestyle and health foods, health-oriented lifestyle showed significant differences in perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy. In the aspect of health belief lifestyle and drinking, health-oriented type and economy-oriented lifestyle showed significant differences in perceived barriers and self-efficacy. In the results of health belief levels and smoking, no significant difference was found among the lifestyles. In the results of health belief levels and exercises, health-oriented lifestyle showed significant differences in self-efficacy. In the results of health behavior practices, health-oriented lifestyle showed significant differences in dietary control level, weight control experiences, health food intake, drinking quantity, exercise frequency. Health-oriented and economy-oriented lifestyle showed significant differences in drinking frequency, and society-oriented lifestyle showed significant differences in smoking quantity. In the case of exercise duration, no significant difference was found by the lifestyle.

Health belief model variables including perceived benefit, perceived barrier, and self-efficacy were generally significant in predicting the levels of various health behavior practice, with somewhat differences by lifestyle pattern and health behavior type.

By the conclusion, lifestyles were found to affect the health belief levels and health behavior practices. In this study, particularly

health-oriented lifestyle showed high points for perceived benefits, low points of perceived barriers, and high points for self-efficacy, proving to be the most healthy lifestyle from the viewpoint of health belief and behaviors. On the contrary, the society-oriented lifestyle showed low perceived benefits, high perceived barriers, and low self-efficacy, thus proving to be the lifestyle with the most unhealthy health behaviors.

The study findings suggest it may be useful to segment target subjects according to lifestyle pattern in planning and administering health education programs.

부록 <설문지>

안녕하십니까?

본 설문지는 라이프스타일에 따른 성인의 건강행동에 미치는 요인을 분석하기 위한 것입니다. 본 조사의 결과는 성인의 건강증진을 위한 기초자료로 활용될 수 있습니다.

본 설문지는 무기명으로 실시되며, 순수한 연구목적으로만 사용될 것이므로 평소 생각하고 계시는 귀하의 솔직한 답변을 부탁드립니다.

또한 설문지에 대한 응답에는 옳고 그름이 없습니다.

조금 힘들시더라도 한 문항도 빠짐없이 개인적인 생각을 솔직하게 답해 주시기 바랍니다.

바쁘신 와중에 귀중한 시간을 내어 본 설문에 협조해주셔서 다시 한번 감사드립니다.

2010년 11월

연구자 성신여자대학교 일반대학원 식품영양학과 박사과정 최 나 흥

지도교수 성신여자대학교 일반대학원 식품영양학과 교 수 안 흥 석

※ 본 조사는 통계법 제13조 및 제14조에 의거 비밀이 보장되며 통계자료 목적 이외에는 사용하지 않습니다.

Q1. 일반적 사항 질문입니다. 질문을 읽으시고 해당하는 번호에 V표를 하여 주십시오.

1. 귀하의 성별은 무엇입니까? 남() / 여()
2. 귀하의 나이는 몇 세입니까? ()세
3. 귀하의 키와 몸무게는 어떻게 되십니까? ()cm / ()kg
4. 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?
① 중학교 졸업 이하 ② 고등학교 졸업 ③ 대학교(전문대 포함) 졸업 ④ 대학원 졸업 이상
5. 귀하의 직업은 무엇입니까?
① 생산 및 노무직 ② 서비스직 및 영업 판매직 ③ 사무직, 행정관리직, 전문직
④ 전문기술직 ⑤ 자영업 ⑥ 교사(교수/강사) ⑦ 주부 ⑧ 학생 ⑨ 무직 ⑩ 기타
6. 귀하의 결혼 상태는 어떻게 되십니까? ① 미혼 ② 기혼 ③ 이혼 ④ 기타

7 귀하 가정의 월평균 소득은 얼마입니까?

- ① 100만원 미만 ② 100~300만원 미만 ③ 300~500만원 미만 ④ 500~700만원 미만
 ⑤ 700~900만원 미만 ⑥ 900만원 이상

8 귀하의 한달 용돈은 얼마나 됩니까? (고정비용 제외)

- ① 10만원 미만 ② 10~20만원 미만 ③ 20~40만원 미만 ④ 40~60만원 미만 ⑤ 60만원 이상

2. 라이프스타일에 관련된 항목입니다.

귀하의 생활방식의 느낌과 가장 적합하다고 생각되시는 항목 한곳에 V표시를 하여 주십시오.

문항	전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
기회가 있다면 지역사회에서 책임 있는 일을 하고 싶다.					
현재 자발적으로 사회단체에 가입하여 활동하고 있다.					
생활에 필요한 정보를 다른 사람들에게 전해주는 편이다.					
나는 모임에서 중심적인 역할을 하는 편이다.					
다른 사람에 비하여 나는 아는 사람이 많다.					
친구, 동창회, 직장 등 모임에는 적극 참여한다.					
갖고 싶은 물건을 살 때는 상세하게 아는 친구나 친지와 상담하여 정보를 모아 사는 편이다.					
10분 정도의 자투리 시간도 활용하면서 생활하는 편이다.					
물건 구입 시 여러 정보망을 통해 비교한 후 결정한다.					
용돈은 계획을 세워서 아껴 쓴다.					
식료품 구입 전에 목록을 작성하는 편이다.					
가능하면 식료품이 다양한 곳에서 구매한다.					
연금, 보험, 저축 등에 가입하고 있다.					
외출할 때 외모에 신경을 쓰는 편이다.					
텔레비전, 신문, 잡지 등의 유행정보에 관심이 강한 편이다.					
무슨 일이든 유행을 의식하며 생활하고 있다.					
우리 집에는 최근 유행하는 제품들이 께있는 편이다.					
유행하는 핸드폰, 가방은 꼭 구입하려고 노력한다.					
유행에 민감한 편이다.					
옷과 장신구 등은 명품을 선호한다.					
상품구매 시 가격이 비싸도 건강에 좋다면 구매하는 편이다.					
식당에서 메뉴 주문 시 영양과 건강의 영향을 고려하는 편이다.					
건강식품, 자연식품, 유기농 식품을 자주 이용한다.					
균형 있는 식단을 정하고 영양 섭취를 생각하면서 음식을 고른다.					
식품 구매 시 라벨 및 기타 제품 정보를 참고한다.					
나는 비만을 고려한 식생활을 한다.					
건강관련정보를 실천하기 위해 노력하는 편이다.					
정기적으로 건강검진을 받고 있다.					

Q3. 다음은 보건복지가족부에서 성인을 위한 식생활지침에 관련된 항목입니다.

아래 5문항을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 해당 항목 한곳에 V표시를 하여 주십시오.

Q3A. 각 식품군을 매일 골고루 먹자

- 쌀, 잡곡류, 감자류(곡류음식) 중의 어느 것인가를 매끼마다 먹습니다.
- 고기류, 생선류, 달걀류, 콩제품 중의 어느 것인가를 매끼마다 먹습니다.
- 다양한 제철과일을 매일 먹습니다.
- 여러 가지 색깔의 채소를 매일 먹습니다.
- 간식으로 우유, 요구르트, 치즈와 같은 유제품을 먹습니다.

1. 귀하는 현재 위 5문항을 어느 정도 지키고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 지키지 못한다 ② 지키지 못한다 ③ 보통이다 ④ 잘 지킨다 ⑤ 매우 잘 지킨다

번호	각 식품군을 매일 골고루 먹으면,	전혀 아니다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇다
1	몸이 건강해 질 것이다.					
2	몸이 날씬해 질 것이다.					
3	질병에 걸리지 않을 것이다.					
4	면역력이 좋아질 것이다.					
5	건강에 대한 자신감을 줄 것이다.					
6	건강한 노후를 보낼 수 있을 것이다.					
7	매일 골고루 된 식단을 만들 시간적 여유가 없다.					
8	직접 장을 보고, 조리하고, 식사하는 것은 게으르기 때문에 지키기 어렵다.					
9	지금까지의 식단으로도 매우 건강하다.					
10	채소와 과일은 비싸서 매일 못 먹는다.					
11	우유(유제품)를 먹으면 속이 불편해서(거북해서) 우유(유제품)를 먹지 못한다.					
12	채소는 맛이 없다.					
13	나는 매 끼니마다 음식군이 다양한 식단으로 선택해서 먹을 수 있다.					
14	나는 매일 다양한 제철과일을 구입하여 먹을 수 있다.					
15	나는 매 끼니마다 여러 가지 색깔의 채소를 선택해서 먹을 수 있다.					
16	나는 간식을 구입할 때는 유제품으로 선택할 수 있다.					
17	나는 각 식품군을 골고루 적당 양을 섭취할 수 있다.					
18	나는 각 식품군을 매일 규칙적으로 먹을 수 있다.					

Q3B. 짠 음식을 피하고 싱겁게 먹자

- 음식을 만들 때는 소금, 간장 등을 보다 적게 사용합니다.
- 국물을 짜지 않게 만들고, 적게 먹습니다.
- 음식을 먹을 때 소금, 간장을 더 넣지 않습니다.
- 김치는 덜 짜게 만들어 먹습니다.

1. 귀하는 현재 위 4문항을 어느 정도 지키고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 지키지 못한다 ② 지키지 못한다 ③ 보통이다 ④ 잘 지킨다 ⑤ 매우 잘 지킨다

번호	짠 음식을 피하고 싱겁게 먹으면,	전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	몸이 건강해 질 것이다.					
2	몸이 날씬해 질 것이다.					
3	질병에 걸리지 않을 것이다.					
4	면역력이 좋아질 것이다.					
5	건강에 대한 자신감을 줄 것이다.					
6	건강한 노후를 보낼 수 있을 것이다.					
7	내 몸의 붓기가 없을 것이다.					
8	나는 사먹는 음식에 길들여져 있어서 사먹는 음식이 맛이 있다.					
9	김치는 덜 짜게 만들면 맛이 없다.					
10	내가 음식을 직접 만들면 맛이 없다.					
11	나는 음식을 직접 만들 시간이 없다.					
12	김치를 직접 만들어 본적이 없어서 만들지 못한다.					
13	김치를 만들려면 시간과 비용이 부담스러워 조금 짜더라도 판매용 김치를 먹는다.					
14	사먹는 김치는 맛이 있다.					
15	나는 회식, 모임 때 소금이 많이 들어간 음식을 안 먹을 수 있다.					
16	나는 직접 소금, 간장을 덜 넣고 만든 음식을 만들어 먹을 수 있다.					
17	나는 직접 김치를 덜 짜게 담가 먹을 수 있다.					
18	나는 음식점에서 음식이 짜다고 생각하면 물을 더 넣고 먹을 수 있다.					

Q3C. 지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹자

- 고기는 기름을 떼어내고 먹습니다.
- 튀긴 음식을 적게 먹습니다.
- 음식을 만들 때, 기름을 적게 사용합니다.

1. 귀하는 현재 위 3문항을 어느 정도 지키고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 지키지 못한다 ② 지키지 못한다 ③ 보통이다 ④ 잘 지킨다 ⑤ 매우 잘 지킨다

번호	지방이 많은 고기나 튀긴 음식을 적게 먹는다면,	전혀 아니 다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	몸이 건강해 질 것이다.					
2	몸이 날씬해 질 것이다.					
3	질병에 걸리지 않을 것이다.					
4	면역력이 좋아질 것이다.					
5	건강에 대한 자신감을 줄 것이다.					
6	건강한 노후를 보낼 수 있을 것이다.					
7	고기의 맛은 기름과 함께 먹을 때라고 생각한다.					
8	기름을 사용하는 음식이 맛있다고 생각한다.					
9	기름을 사용하는 음식이 시간이 감소되어 자주 먹게 된다고 생각된다.					
10	외식 때 선택할 수 있는 메뉴로 튀긴(기름 이용)음식의 종류가 매우 많다고 생각한다.					
11	다른 사람과 함께 식사 시 고기를 떼어내면 유난스러운 사람으로 보인다고 생각한다.					
12	튀김의 냄새는 강하여 안 먹고 참기가 힘들다고 생각한다.					
13	식사 준비 시 매번 기름을 떼어내는 것이 번거롭다고 생각한다.					
14	나는 음식을 만들 때 기름을 적게 사용하고, 좋은 기름을 사용 할 수 있다.					
15	나는 회식, 모임 때 튀긴 음식을 먹지 않을 수 있다.					
16	나는 튀긴 음식보다 채소, 과일을 더 좋아한다.					
17	나는 튀긴 음식을 먹지 않을 수 있다.					
18	나는 고기를 먹지 않을 수 있다.					
19	나는 회식이나 모임 때 다른 사람이 고기를 먹더라도 다른 메뉴를 주문 할 수 있다.					

Q4. 체중조절에 관련된 항목입니다. 귀하에게 가장 해당하는 항목에 V표시를 하여 주십시오.

※ 체중조절을 하지 않는 경우에는 가정(상상) 하에 해당항목에 대해 V표시를 하여 주십시오.

1. 귀하는 체중조절을 경험한 적이 있으십니까? ① 예 ② 아니오

번호	문항	전혀 아니 다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	체중조절을 하면 건강해질 것이다.					
2	체중조절을 하면 날씬해질 것이다.					
3	체중조절을 하면 비만으로 인한 질병(당뇨, 고지혈증, 고혈압, 부인과, 피부질환 등)에 걸리지 않을 것이다.					
4	체중조절을 하면 변비가 완화될 것이다.					
5	체중조절을 하면 주위사람으로부터 인기가 좋아질 것이다.					
6	체중조절을 하면 입고 싶은 옷을 다 입을 수 있다.					
7	체중조절은 시간과 의지부족으로 혼자서는 지속하기 어렵다.					
8	체중조절을 하기엔 식탐이 너무 많다.					
9	체중조절에 대한 필요성이 없다.					
10	나는 물만 먹어도 살이 찌는 체질이다.					
11	체중조절을 하기 위한 센터(헬스장, 비만클리닉 등)는 경제적인 부담이 된다.					
12	체중조절을 위해 음식의 양을 제한 할 자신이 없다.					
13	체중조절을 하기에는 너무 바빠서 시간이 부족하다.					
14	나는 체중조절을 위해 운동을 습관화 할 수 있다.					
15	나는 당장 체중조절용 및 칼로리 조정 식단으로 변경할 수 있다.					
16	나는 체중조절을 위해 야식과 간식을 안 먹을 수 있다.					
17	나는 체중조절을 위해 모임에 안 나갈 수 있다.					
18	나는 체중조절을 위해 회식이나 모임 때도 개인 식단을 챙겨서 먹을 수 있다.					

Q5. 건강식품에 관련된 항목입니다. 귀하에게 가장 해당하는 항목에 V표시를 하여 주십시오.

※ 건강식품을 먹지 않는 경우에는 가정(상상) 하에 해당항목에 대해 V표시를 하여 주십시오.

1. 귀하는 건강식품 섭취를 하고 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

번호	문항	전혀 아니 다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	건강식품을 먹으면 건강해질 것이다.					
2	건강식품을 먹으면 건강을 유지한다.					
3	건강식품을 먹으면 날씬해진다.					
4	건강식품을 먹으면 부족한 영양소를 보충한다.					
5	건강식품을 먹으면 면역력이 증진될 것이다.					
6	건강식품을 먹으면 피곤함을 덜 느낀다.					
7	건강식품을 먹으면 질병을 예방할 것이다.					
8	건강식품을 먹으면 피부의 상태가 개선될 것이다.					
9	건강식품의 정확한 효과와 효능을 알기가 어렵다.					
10	건강식품의 종류가 너무 많아서 무엇을 선택해야 할이지 모르겠다고 생각한다.					
11	규칙적인 식사만으로도 건강식품은 필요가 없다.					
12	건강식품의 즉각적인 효과를 느끼기 어렵다.					
13	건강식품은 맛이 없다. (특정 냄새가 난다.)					
14	건강식품을 먹으면 부작용이 우려된다.					
15	나는 건강식품을 매일 규칙적으로 챙겨 먹을 수 있다.					
16	나는 건강식품의 정보를 위해 팸플릿 받기와 직접 구매를 할 수 있다.					
17	나는 내가 섭취하는 건강식품의 효능과 효과를 정확하게 알고 있다.					
18	나는 나에게 필요한 건강식품의 종류를 알고 있다.					

Q6. 음주에 관련된 항목입니다. 귀하에게 가장 해당하는 항목 한곳에 V표시를 하여 주십시오.

※ 음주를 하지 않는 경우에는 가정(상상) 하에 해당항목에 대해 V표시를 하여 주십시오.

1. 귀하의 음주 횟수는 어느 정도입니까? ① 전혀 하지 않는다 ② 주 1회 ③ 주 2~3회 ④ 주 4~5회 ⑤ 주 6회 이상
2. 귀하가 술을 마신다면 음주량은 어느 정도입니까? (기준 : 소주) ① 소주 1잔 (맥주 반병) ② 소주 반병 정도 (맥주 1병) ③ 소주 1병 정도 (맥주 2병) ④ 소주 1~2병 정도 (맥주 2~4병) ⑤ 소주 2병 이상 (맥주 4병 이상)

번호	문항	전혀 아니다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇다
1	술을 마시지 않으면 건강해질 것이다.					
2	술을 마시지 않으면 경제적 여유(용돈)가 있을 것이다.					
3	술을 마시지 않으면 가족, 친구, 연인과의 시간이 늘어날 것이다.					
4	술을 마시지 않으면 규칙적인 식사를 할 수 있다.					
5	술을 마시지 않으면 음주관련 질병을 예방할 수 있다고 생각한다.					
6	술을 마시지 않으면 나를 위한 여가 시간이 증가될 수 있다.					
7	술을 마시지 않으면 피부의 상태가 개선될 것이다.					
8	음주와 건강의 유지는 상관이 없다.					
9	술을 마시지 않으면 스트레스 해소가 어렵다.					
10	술을 마시지 않으면 사회생활이 어렵다.					
11	술을 마시지 않으면 친구, 연인과의 관계에서 특별한 일이 없어서 재미가 없다.					
12	나는 타인과 함께하는 술자리에서 술을 마시지 않을 수 있다.					
13	나는 타인이 술을 강제로 권해도 안 마실 수 있다.					
14	나는 술자리에서 나의 주량을 지킬 수 있다.					
15	나는 술자리를 1차에서 끝낼 수 있다.					
16	나는 마음만 먹으면 1달 동안 절주를 할 수 있다.					
17	나는 항상 내가 먹고 싶은 만큼만 술을 마실 수 있다.					

Q7. 흡연에 관련된 항목입니다. 귀하에게 가장 해당하는 항목 한곳에 V표시를 하여 주십시오.

※ 흡연을 하지 않는 경우에는 가정(상상) 하에 해당항목에 대해 V표시를 하여 주십시오.

1. 귀하의 1일 흡연량은 어느정도입니까?①전혀 하지 않는다 ②1~10개피 미만 ③11~20개피 미만 ④ 20개피 이상

번호	문항	전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	담배를 피우지 않으면 건강해진다.					
2	담배를 피우지 않으면 이빨이 변색되지 않는다.					
3	담배를 피우지 않으면 (입, 옷 등)냄새가 나지 않는다.					
4	담배를 피우지 않으면 가족, 친구, 연인으로부터 더 나은 사람으로 보일 것이다.					
5	담배를 피우지 않으면 더 건강한 아이를 낳을 것이다.					
6	담배를 피우지 않으면 흡연 관련 질병(폐암 등)을 예방할 수 있다.					
7	담배를 피우지 않으면 피부의 상태가 개선될 것이다.					
8	담배를 끊는 것은 습관이라 어렵다.					
9	담배를 끊는 것은 나를 고통스럽게 한다.					
10	담배를 안 피우면 쉬는 시간이 줄어든다.					
11	담배를 안 피우면 담배를 피우는 상사와의 대화가 줄어들 것이라고 생각한다.					
12	담배를 안 피우면 심리적으로 짜증이 증가할 것이라고 생각한다.					
13	나는 금연에 대한 의지가 약하다.					
14	나는 담배를 피우지 않고 흡연자들이 흡연하는 동안 함께 대화를 할 수 있다.					
15	나는 담배 피우는 광고를 봐도 담배를 안 피울 수 있다.					
16	나는 동료가 담배를 권해도 거절할 수 있다.					
17	나는 언제든지 담배를 끊을 수 있다.					
18	나는 마음만 먹으면 1달 안에 금연을 할 수 있다.					
19	나는 하루 동안의 흡연량을 정하고 지킬 수 있다.					

Q8. 운동에 관련된 항목입니다. 귀하에게 가장 해당하는 항목 한곳에 V표시를 하여 주십시오.

※ 운동을 하지 않는 경우에는 가정(상상) 하에 해당항목에 대해 V표시를 하여 주십시오.

1. 귀하는 운동을 규칙적으로 하고 있습니까?

- ① 전혀 하지 않는다 ② 주 1회 ③ 주 2~3회 ④ 주 4~5회 ⑤ 주 6회 이상

2. 귀하의 1회 운동 시간은 어떻게 되십니까?

- ① 1시간 미만 ② 1~2시간 미만 ③ 2~3시간 미만 ④ 3시간 이상

번호	문항	전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	운동을 하면 스트레스가 해소된다.					
2	운동을 하면 몸매를 유지할 수 있다.					
3	운동을 하면 건강을 유지 또는 증진할 수 있다.					
4	운동을 하면 젊어지는 느낌과 생활에 활력이 생긴다.					
5	운동을 하면 성취감을 느끼게 한다.					
6	운동을 하면 살을 뺄 수 있다.					
7	운동을 하면 피부의 상태가 개선될 것이다.					
8	운동을 할 시간이 부족하다.					
9	운동을 할 필요성을 못 느낀다.					
10	운동을 하기 위한 제반요건(스케줄 관리, 교통수단 등)이 불편하다고 생각한다.					
11	운동을 하면 음식에 대한 선택이 줄어든다.					
12	운동할 장소를 찾기가 어렵다.					
13	운동을 할 정도로 몸이 건강하지 않다.					
14	운동을 하면 운동밖에 하지 않는다고 생각한다.					
15	나는 운동하는 시간을 매일 지킬 수 있다.					
16	나는 운동하는 동안 전화를 안 받을 수 있다.					
17	나는 운동하는 시간에는 약속을 안 잡을 수 있다.					
18	나는 날씨나 그 밖의 어려운 환경 속에서도 반드시 운동을 할 수 있다.					
19	나는 혼자서도 운동을 할 수 있다.					
20	나는 적어도 1주일에 3번은 운동을 할 수 있다.					

※ 설문에 응해 주셔서 대단히 감사합니다.

감사의 글

오늘 이 논문이 완성될 수 있도록 귀한 가르침과 사랑으로 지도해주신 안홍석 교수님께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다. 바쁘신 와중에도 부족한 논문을 심사 위원장으로 지도해 주시고 따뜻한 격려를 해주신 이승민 교수님, 세심한 검토와 응원의 말씀을 해주신 주영애 교수님, 세심한 검토와 배려를 해주신 김수연 교수님, 대학원 생활의 가르침과 꼼꼼하게 논문을 검토를 해주신 배현숙 교수님께도 깊은 감사를 드립니다.

항상 따뜻한 관심으로 응원해주시는 최정희 교수님, 늘 좋은 조언을 아낌없이 해주시는 김윤정 교수님, 사랑으로 따뜻하게 감싸 주시는 최성임 교수님께도 감사를 드립니다. 또한 끊임없는 응원과 격려로 응원해 주시는 서울사이버대학교 이재웅 총장님께도 깊은 감사를 드립니다.

언제나 저의 든든한 후원자이며 논문이 나오기까지 모든 과정에 길이 되어준 고주파멤버 임연실 선배님, 문미형 언니, 정선화 언니에게 무한한 감사를 전합니다. 논문이 나오기까지 힘든 시간을 함께 나누어준 너무 소중한 친구 이정민, 한세은, 유선영, 김민정, 장문경과 항상 물심양면으로 응원과 격려를 해주는 김지은 언니, 이은경 언니, 한혜화 언니에게도 진심으로 감사를 전합니다. 늘 저에게 힘이 되고 아낌없는 응원을 주시는 강석태 형부, 바쁘신 와중에 논문이 진행될 수 있도록 도와주신 권도형 형부와 최서경 언니, 힘들 때마다 위로와 격려로 힘을 실어 준 최서영 언니에게도 감사를 전합니다. 좋은 인연으로 계속하고 있는 정진성 본부장님과 허은영 원장님, 함께 대학원 생활을 하며 많은 격려를 주신 송미경 선생님과 박지현 언니에게도 감사를 전합니다. 또한 논문이 완성되기 까지 많은 격려와 응원을 주신 조소영 선생님께도 감사를 전합니다.

끝으로 무조건적인 응원과 격려로 계속하여 발전하고 나아갈 수 있도록 기도해 주시는 모든 가족들과, 늘 편안하게 학업과 강의를 즐기며 살 수 있도록 사랑과 헌신을 주시는 사랑하는 부모님께 머리 숙여 감사드립니다. 동생을 자랑스럽게 생각해주는 사랑하는 최나락 오빠와 하은정 언니 그리고 최동명과 이 기쁨을 함께 하고자 합니다.

2011년 12월
최 나홍 올림