

## 학령기 아동의 건강 행위 실천의 예측 요인\*

신 희 선 · 정 연\*\*

### I. 연구의 필요성 및 목적

#### 1. 연구의 필요성

건강은 모든 개인에게 중요한 삶의 목표가 되고 있으며 건강 유지와 증진을 위한 효과적인 방법의 모색이 건강전문인에게 관심 분야가 되고 있다. 학령기는 기본적인 생활 태도 및 건강 습관이 형성되는 시기로 이시기에 건강행위를 증진 시키는 것은 건강한 성인으로 성장하도록 하는데 매우 중요하다. 성인기의 건강태도와 신념이 아동기의 경험에 의해 영향을 받음에도 아동의 건강과 질병에 대한 이해는 거의 주목을 받지 못하였다(Bush & Iannotti, 1990). 또한 심질환이나 암과 같은 성인 질환의 위험 요소들이 이미 아동기에 존재하고 지속되므로 이러한 만성 질환의 일차적 예방을 위해 학교에서의 건강교육이 중요하다고 본다(Walter, 1989). 학령기 아동의 건강이 국민 건강에서 차지하는 비중이 높다고 볼 수 있으나 그에 비해 아직까지 아동의 건강 실천과 관련하여 연구가 많이 되어 있지 않다.

학령기 아동에게 건강교육을 통해 좋은 건강 습관을 갖도록 함으로써 건강증진과 스스로 건강관리를 할 수 있도록 돕는 것이 필요하다고 보며 효율적이고 적절한 건강증진 프로그램의 개발을 위해서는 먼저 아동의 건강행위에 대한 이해가 선행되어야 한다고 본다. 이에 본

연구는 학령기 아동의 건강 행위 실천 수준을 조사하고 건강 행위에 영향을 미치는 요인을 확인하여 건강교육을 위한 기초자료로 하는 것을 목표로 하고 있다.

#### 2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 학령기 아동의 건강행위 실천정도를 조사한다.
- 2) 학령기 아동의 건강행위와 인구사회심리학적 변수와의 상관관계를 조사한다.
- 3) 학령기 아동의 건강행위에 영향을 미치는 예측요인을 탐색한다.

#### 3. 용어정의

**건강행위실천** : 질병의 예방과 건강보호를 위한 행위로 부터 자아를 유지 증진하고 건강잠재력을 활성화시키는 방향으로 취해지는 행위(Pender, 1987)의 실천을 의미하며 본 연구에서는 기존의 연구에서 사용된 도구(곽, 1988)를 본 연구자가 수정 보완한 40문항으로 이루어진 건강행위실천 도구의 점수를 의미한다.

**자아개념** : 자기자신에 대한 개인의 지각으로 이 지각은 개인의 경험과 환경에 대한 자신의 해석을 통해 형성되고 중요 타인의 강화와 평가에 의해 영향 받는 것

\* 본 연구는 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음

\*\* 단국대학교 의과대학 간호학과

(Shavelson, Hubner, & Staton, 1976)으로 보며 본 연구에서는 송(1990)의 초등학교 고학년용 자아개념 검사 중 일반적 자아 16문항에서의 점수를 의미한다.

**건강동제위** : 건강상태에 대해 가지고 있는 통제와 관련하여 강화의 근원에 대한 신념(Wallston, Wallston, & DeVellis, 1976)으로 본 연구에서는 Parcel and Meyer (1978)에 의해 개발된 CHLC 척도(Children's Health Locus of Control Scale)에서의 점수를 말한다.

**건강동기** : 건강상태를 획득 또는 유지하고 질병을 피하려는 욕구(Maiman & Becker, 1974)로서 아동의 건강에 대한 관심, 책임 및 노력의 정도를 의미하며 본 연구에서는 구(1992)가 개발한 도구를 수정 보완한 5개 문항으로 이루어진 도구에서의 점수를 말한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 학령기 아동의 건강 및 질병개념 발달

아동의 건강개념과 질병에 대한 이해는 주로 인지발달 단계에 따라 발달되는 것으로 보고되고 있다(Bibace & Walsh, 1980; Brewster, 1982).

Natapoff(1978)는 264명의 학령기 아동을 대상으로 건강개념에 대해 조사하였을 때 나이에 따라 변화를 나타냈다고 보고하였다. 6세의 아동은 건강을 “음식 잘먹는 것” “운동을 하는 것” 등 건강습관으로 본 경우가 각각 53%, 24%이었으며 12세의 아동에서는 정신 건강을 건강의 일부로 언급한 경우가 32%로서 건강에 대해 좀 더 포괄적이고 추상적인 설명을 하였다고 보고하였다. Hester(1984)는 아동의 건강자아개념척도를 개발하기 위해 6-13세 아동 225명을 대상으로 건강개념에 대해 조사하였을 때 영양, 신체적 강건함, 활동과 운동, 단정함, 정서적 측면 등 12개의 범주로 구분할 수 있었다.

Bibace and Walsh(1980)는 아동기의 질병에 대한 개념 발달은 Piaget(1967)의 인지발달이론에 근거하여 설명될 수 있다고 보았는데 Piaget의 인지발달 이론에서 구체적 조작기에 속하는 7세에서 11세 이하의 아동에서의 질병개념을 두 단계로 분류하였다. 먼저 전염(Contamination)단계에서 아동은 질병의 원인과 질병 자체를 구분할 수 있으며 오염원은 신체적 접촉을 통해 전염된다고 이해하며 질병 원인과 신체에 대한 결과 사이에 인과적 관련을 구체화할 수 있다고 하였다. 이 시기의 아동은 질병의 원인과 치유에 대해 통제력을 갖는 것으로 보고하였다. 다음은 내재화(Internalization)의 단

계로 학령기 후기 아동은 질병을 내적 신체부부으로 묘사하며 질병의 원인은 외적 오염원이나 불건강한 상태 등 내적 기관에 직접적 효과를 갖는 것으로 내재화 과정을 통해 신체에 영향을 미치는 것으로 이해하고 있다. 치유는 외적인 요소(약, 주사)에 의해 이루어진다고 보며 아동은 건강을 유지하기 위해 그들 스스로 예방적 행위를 할 수 있음을 지각한다고 하였다. Piaget에 의하면 11세 전후에 형식적-논리적 사고발달이 이루어지며 이 단계(생리적 단계)의 아동은 질병을 신체내의 일부나 과정의 기능에 문제가 있는 것으로 묘사한다고 하였다(Bibace & Walsh, 1980). Perrin and Gerrity(1981)는 128명의 학령전 아동과 2, 4, 6, 그리고 8학년 아동의 질병 개념을 분석하였을 때 구체적 조작기에 속하는 4-6학년 아동은 대개 질병을 다양한 구체적 증상으로 정의하며 질병은 세균에 의한 것으로 보며 질병을 예방하기 위해 세균을 피하는 것이 필요하다고 본다고 하였다. 이 시기에는 신체의 자연치유력에 대해 제한된 이해를 갖고있으며 아동 자신은 건강에 수동적인 태도를 가지는 것으로 나타났다. 한편, 건강행위의 영향 요인으로 아동의 건강과 질병에 대한 이해 뿐 아니라 아동의 건강개념과 행위가 형성되는 장으로서 가정환경과 아동 개인의 특성 등이 관련되는 것으로 보고되고 있다(Farrand & Cox, 1993).

### 2. 건강행위 관련 이론 및 영향요인

건강행위를 결정하는 요인들에 대한 관심은 행위를 설명하기 위해 다양한 이론들의 적용 및 개발을 가져왔다. 대표적으로 건강보호 및 건강증진 행위를 설명하기 위한 건강신념 모형(Becker, 1974), 사회학습 이론(Bandura, 1977) 등이 건강행위를 예측하고 설명하기 위해 적용된 이론이다. Pender (1987)는 건강증진행위를 설명하기 위한 모형을 개발하였는데 이 이론은 건강을 동기화시키는 근원으로서 ‘위협’을 제외시키고 있으며 건강한 개인이 건강을 강화하도록 동기화되는 과정을 설명한다고 볼 수 있다. 건강 증진 모형은 사회학습 이론을 토대로 개발되었고 건강 증진 행위의 결정인자는 인지-지각 요인, 중재요인, 그리고 행동 가능성에 영향 미치는 변인으로 범주화된다. Pender(1996)는 모형의 검증을 위한 여러 연구 결과를 근거로 개정된 건강증진 모형을 발표했다. 이 이론에서 중요한 개인적 변수는 이전의 행위와 개인적 특성을 포함하는데 개인적 요인은 나이, 성별, 운동능력 등 생물학적인 요인, 자존감, 자

기동기화, 지각된 건강상태등 심리적 요인, 그리고 교육, 사회경제적 상태를 포함하는 사회문화적 요인으로 이루어진다고 보았다. 다음으로 행위와 관련된 인지과 감정으로 행동의 지각된 이익, 지각된 장애, 지각된 자기효능감 등이 포함된다고 보았으며 가족, 또래집단등 인간 상호간의 영향, 그리고 상황적 영향이 건강증진 행위에 관련되는 변수로 보았다.

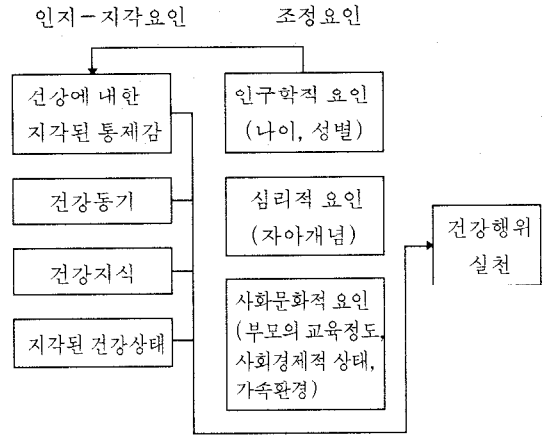
체계적으로 건강행위를 이해하기 위해 그동안 연구들은 건강행위에 영향을 미치는 요인에 대한 분석을 하였는데 아동의 건강행위 관련 연구로 콕(1988)은 학령기 아동 420명을 대상으로한 아동의 건강행위에 영향을 미치는 변인에 대한 연구에서 건강지식은 건강행위 실천도와 통계적으로 유의한 상관을 보이지 않았으며 건강에 대한 관심도와 건강행위실천은 유의한 상관을 나타낸 것으로 보고하였다. 손(1993)은 초등학교 5, 6학년 아동 209명을 대상으로 건강관련행위에 대한 관련 요인을 조사한 결과 여학생에서 유의하게 높은 건강행위실천을 나타냈으며 지각된 건강상태, 건강관심도, 가족상호관계가 건강관련 행위와 유의한 상관을 보이는 것으로 보고하였다. 기(1985)는 296명의 중학교 남학생을 대상으로 건강관리실천에 영향을 미치는 요인을 조사한 결과 건강 지식은 건강실천에 유의하게 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다. 한편, 박(1997)은 간호대학생 190명을 대상으로 건강증진 행위 예측요인을 분석한 결과 자존감, 통제위 성격, 지각된 건강상태가 유의한 요인으로 나타났으며 설명분산은 33.53%로 보고하였다. 건강행위에 영향을 미치는 아동의 개인적 특성으로 동기 및 자존감이 가장 많이 연구되었다.

Farrand and Cox(1993)은 260명의 9-10세 아동에서 건강행위에 영향요인을 분석한 결과 건강행위는 자존감, 내적 동기화, 건강 지식을 포함하는 요인에 의해 설명될 수 있었으며 ( $R^2 = .53 - .63$ ) 이러한 변인은 또 가족의 크기, 가족환경, 어머니의 교육 정도, 아동의 건강상태 등에 의해 결정되는 것으로 나타났다고 보고하였다. Emery, McDermott, Holcomb, and Marty(1993)는 411명의 6학년 아동에서 자존감은 술, 흡연, 약물남용과 유의하게 역상관을 보인것으로 보고하였다.

Yarcheski and Mahon(1989)은 165명의 고등학생과 대학생의 신상실천에 대한 연구에서 자존감과 사회적 지지가 유의하게 긍정적 건강실천에 직접적인 영향을 미치는 것으로 보고하고 있어 아동 및 청소년에서 건강관심 및 동기, 통제위, 자존감 등 아동특성과 가족환경이 건강행위 실천에 주요 관련 변수임을 알 수 있다.

### 3. 이론적 기틀

본 연구를 위한 이론적 기틀은 Pender(1987, 1996)의 건강증진 모형과 이전의 아동의 건강관련 연구를 토대로 구성되었다.



〈그림 1〉 아동의 건강행위실천에 대한 이론적 기틀

## III. 연구 방법

### 1. 연구 대상

아동건강행위실천의 영향요인을 분석하기 위해 7시와 8시에 소재한 초등학교 2개교를 임의로 선정하 후 각 학교에서 4, 5, 6학년 2학급씩을 무작위로 선정하여 연구대상으로 하였다. 표집대상 학급 학생 중 연구참여에 동의하고 학급장이나 발달 장애가 없는 아동을 대상으로 하였으며 4학년 161명, 5학년 159명, 6학년 147명으로 총 467명이었으며 남아가 49%를 차지하였다.

### 2. 자료수집과정

자료수집은 연구자와 연구조원이 전화와 학교 방문을 통해 학교장과 담임교사에게 승인을 얻은 후 각 학급에 연구사가 교사와 함께 들어가 연구 목적과 질문지 작성 방법에 관해 설명한 후 직접 질문지를 작성하도록 하였으며 질문이 있는 경우 연구자나 연구조원에 의해 설명이 주어졌다. 자료 수집 기간은 1997년 9월 26일부터 10월 9일까지였다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 건강행위 실천 도구

본 연구에서는 Park(1988)이 아동의 건강행위를 조사하기 위해 개발한 도구를 참고하고 문헌 고찰을 통해 본 연구자가 수정 보완한 40문항의 도구가 사용되었으며 문항은 학령기 아동의 개인위생 및 일상생활 습관, 전염병 관리, 사고 예방, 정신건강 영역을 포함하고 있다. 5점 Likert type 척도로 최저 40점에서 최대 200점으로 배점된다. 본 연구에서 내적일관도를 보기 위한 Cronbach's alpha 신뢰도 계수는 .86으로 나타났다.

#### 2) 건강지식

학령기 아동의 건강유지 및 증진 행위를 실천하는데 기본이 되는 과학적이고 이론적인 지식 정도를 측정하기 위해 초등학교 고학년의 건강교육의 영역에 포함되는 신체발달, 영양, 질병예방, 안전 생활, 전염병 관리, 구강보건 영역의 문제를 문헌고찰을 통해 본 연구자 2인이 개발하고 내용 타당도를 위해 학교보건 담당교수에 의해 문항이 검토되었다. 성남에 대해 4점이 배점되며 최대점수는 100점이다.

#### 3) 자아개념

아동의 자아개념을 측정하기 위해 Song(1990)이 개발한 초등학교 고학년용 자아개념 검사중 일반적 자아 16문항을 사용하였다. 각 문항에 대해 “그렇다” “아니다”로 대답하도록 되어 있으며 점수는 0 또는 1점을 주어 점수가 높을수록 긍정적 자아를 나타내는 것이다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's alpha 계수 .81로 보고되었으며 본 연구에서는 .73으로 나타났다.

#### 4) 건강통제위

Parcel and Meyer(1978)에 의해 개발된 아동용(7-12세) 건강 통제위 척도인 CHLC(Children's Health Locus of Control Scale)를 본 연구자가 저자에게 번역 및 사용허가를 얻은 후 번역하였다. 초등학교 4학년 38명을 대상으로 사전조사를 실시하여 어휘적합성 및 적용 타당성을 확인하였다. 도구는 20문항으로 이루어졌으며 1 또는 2점으로 배점되며 타인 통제위나 우연 통제위에 속한 문항의 점수는 역으로 계산되어 높은 점수는 내적 지향을 나타낸다. 도구의 신뢰도를 측정하기 위해 Cronbach's alpha 계수를 산출한 결과 .69로 나타났으며 구성타당도를 확인하기 위해 요인분석을 실시한 결과 3개 요인에 대부분의 문항(18문항)이 이론과 부합되어

배치되는 것으로 나타났다(신과 정, 1998).

#### 5) 건강동기

아동의 신상에 대한 중요성인식, 관심 및 신장을 지키려는 욕구를 의미하며 본 연구에서는 구(1992)가 개발한 도구를 근거로 5개 문항으로 이루어진 아동용 척도를 개발하였다. 5점 Likert type 척도로 최대점수는 25점이다.

#### 6) 지각된 건강상태

대상자의 현재 또는 최근의 건강에 대한 자신의 주관적 평가를 측정하기 위해 현재 자신의 건강상태에 대한 지각과 1년전과 비교한 건강상태에 대한 평가로 이루어진 2개 문항으로 측정되었다.

### 4. 자료분석 방법

- 1) 대상 아동의 일반적 특성에 따른 건강행위 실천을 조사하기 위해 t-검증 또는 분산분석을 실시하였으며 다중비교를 위해 Duncan 방법을 사용하였다.
- 2) 연구 변수의 성별, 학년별 차이를 조사하기 위해 t-검증 또는 분산분석을 실시하였다.
- 3) 연구변수 간 상관관계를 조사하기 위해 적률상관계수를 산출하였다.
- 4) 건강행위 실천의 영향요인을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상 아동의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 분포는 <표 1>과 같다. 학년별 분포는 4학년 34.5%, 5학년 34.0%, 6학년 31.5%로 나타났다. 대상 아동의 평균연령은 10.03세(표준 편차=1.33)이었다. 성별로는 여아가 남아보다 약간 많아 전체의 51.0%를 보였다. 아버지의 교육정도는 대학 재학 이상이 281명(64.0%)으로 가장 많았으며, 어머니의 교육정도는 고졸이 195명(45.6%)으로 가장 많았다. 대상 아동의 형제수는 둘 이상인 경우가 412명(89.2%)이었고, 독자인 경우는 50명(10.8%)이었다. 자신이 생각하는 생활수준 정도는 '보통이다'로 답한 아동이 259명(55.7%)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

2. 대상아동의 일반적 특성에 따라 건강행위 실천정도

건강행위 실천정도의 전체평균은 154.9점(범위 : 0점에서 200점)이며 문항 평균 3.87(표준편차=.40)으로 비교적 건강행위를 잘 실천하고 있는 것으로 나타났으며, 대상 아동의 일반적 특성에 따른 건강행위실천정도를 분석한 결과 학년별, 성별, 부모의 교육정도와 직업에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 보였다<표 1>.

건강행위 실천정도를 학년별로 구분하여 볼 때 4학년이 가장 평균점수가 높고, 5학년은 6학년보다 평균점수가 높아 학년이 낮을수록 건강행위 실천정도가 높음을

보여주고 있는데 Duncan 방법에 의한 다중비교시 4학년과 6학년에서 유의한 차이를 보여주었다(유의수준 .05 수준). 성별에 따른 건강행위 실천정도는 여아가 남아보다 유의하게 높았다.

부모의 교육정도가 높을수록 자녀의 건강행위 실천정도가 높은 경향을 보였는데 아버지 교육정도에서 국졸과 대학재학이상인 경우 유의한 차이를 나타내었다. 또한 어머니의 교육정도에 따른 건강행위 실천의 다중비교시 대학재학 이상인 경우 중졸 또는 고졸인 경우와 유의한 차이를 나타내었다. 부모의 직업에 따른 건강행위 실천의 차이를 검증하였을 때 아버지 직업이 전문직이

<표 1> 대상 아동의 일반적 특성에 따른 건강행위 실천정도

특 성	구 분	실 수 (%)	평균±표준편차	t 또는 F값	p값
학 년	4	161(34.5)	157.3±15.9	6.53	.001
	5	159(34.0)	154.2±16.6		
	6	147(31.5)	150.6±15.8		
성 별	남	229(49.0)	151.3±16.9	-3.70	.000
	여	238(51.0)	156.8±15.3		
아 버 지 교육정도	국 졸	13( 3.0)	148.8±18.4	4.92	.002
	중 졸	22( 5.0)	154.0±16.2		
	고 졸	123(28.0)	150.3±15.2		
	대재이상	281(64.0)	156.5±16.2		
어 머 니 교육정도	국 졸	10( 2.3)	150.9±20.2	4.47	.004
	중 졸	31( 7.2)	150.5±14.7		
	고 졸	195(45.6)	152.2±15.6		
	대재이상	191(44.8)	157.6±16.3		
아 버 지 직 업	없 음	4( 0.9)	147.8± 8.1	3.31	.003
	전 문 직	56(12.0)	158.8±16.0		
	일 반 직	216(46.5)	156.1±15.7		
	기 술 직	28( 6.0)	152.8±14.5		
	육체근로자	17( 3.7)	150.8±18.6		
	상 업	97(20.9)	151.5±15.7		
	기 타	47(10.1)	147.6±18.6		
어 머 니 직 업	없 음	262(56.3)	154.8±16.3	4.76	.000
	전 문 직	46( 9.9)	162.6±15.2		
	일 반 직	46( 9.9)	153.4±13.9		
	기 술 직	14( 3.0)	143.9± 9.4		
	육체근로자	22( 4.7)	154.8±13.4		
	상 업	52(11.1)	148.6±16.48		
	기 타	23(4.9)	148.3±20.3		
형 제 수	둘 이 상	412(89.2)	154.1±16.4	-.75	.459
	독 자	50(10.8)	155.8±15.3		
생활수준	아주 잘산다	21( 4.5)	159.4±14.3	11.87	.000
	잘사는 편이다	172(37.0)	159.9±15.8		
	보통이다	259(55.7)	150.5±15.3		
	약간 가난하다	11( 2.4)	143.8±22.5		
	아주 가난하다	2( 0.4)	138.0± 0.0		

거나 일반적인 경우 상업인 경우보다 유의하게 아동의 건강실천정도가 높았다. 또한 어머니 직업이 전문직인 경우 다른 직업인 경우보다 아동의 건강행위실천정도가 높았다. 또한 아동이 시각하는 생활수준의 정도가 높을수록 건강행위 실천정도가 높았는데 다중비교시 잘사는 편인 경우 가난한 경우보다 건강행위 실천이 높게 나타났다.

### 3. 학년별, 성별에 따른 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식의 차이

건강 행위 실천의 주요 인구학적 변수인 성과 학년에 의한 주요 개념에서의 점수 차이를 비교 분석하였을 때 건강통제위는 점수가 높을수록 내적통제위를 보이는 것을 의미하는데, 전체 평균점수는 30.14(범위 : 20점에서

40점)였다. 학년별, 성별에 따른 통제위 점수차이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 자아개념 점수는 전체 평균이 10.67점이었으며, 학년별, 성별에 따른 차이는 보이지 않았다. 건강동기는 전체평균이 20.38로 건강통제위나 자아개념의 경우와 마찬가지로 학년별, 성별에 따라 유의한 차이를 보이지는 않았다.

지각된 건강상태는 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 나쁨을 의미하는데, 전체평균이 평균 4.75(범위 : 2점에서 6점)였다. 학년별로는 유의한 차이를 보이지는 않았지만, 남아(평균 4.89)가 여아(평균 4.64)보다 자신의 건강상태를 좋지 않게 지각하는 것으로 나타났다.

건강지식에 대한 점수는 전체평균이 81.14로 나타났는데 학년간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 한편, 건강지식은 성별에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다<표 2, 표 3 참조>.

<표 2> 학년별 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식 정도의 차이

	4학년(n=161)	5학년(n=159)	6학년(n=147)	F값	P값
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차		
건강통제위	29.98± 2.56	30.24± 2.56	30.16± 2.68	0.40	.664
자아개념	10.81± 2.84	10.93± 3.14	10.20± 3.12	2.53	.080
건강동기	20.21± 3.11	20.81± 2.78	20.08± 2.96	2.74	.065
지각된 건강상태	4.84± 1.00	4.83± 0.85	4.60± 0.98	3.01	.050
건강지식	78.16±10.86	80.90±10.20	84.35±14.23	10.54	.000

<표 3> 성별 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식 정도의 차이

	남(n=229)	여(n=238)	계(n=467)	t값	P값
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차		
건강통제위	30.00± 2.56	30.24± 2.63	30.14± 2.55	-.99	.321
자아개념	10.88± 2.94	10.45± 3.14	10.67± 3.05	1.54	.125
건강동기	20.28± 3.06	20.46± 2.88	20.38± 2.97	-.63	.528
지각된 건강상태	4.89± 0.96	4.64± 0.92	4.75± 0.95	2.83	.005
건강지식	80.52±12.88	81.54±11.23	81.14±12.03	-.91	.362

### 4. 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식과 건강행위실천과의 상관관계

건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식과 건강행위실천과의 상관정도를 조사하기 위해 Pearson correlation coefficient 를 산출하였으며 결과는 <표 4>와 같다.

건강행위 실천정도는 건강동기( $r=.53, p=.000$ )와 가장 높은 정적 상관을 보였고, 자아개념( $r=.32, p=.000$ ), 지각된 건강상태( $r=.16, p=.000$ ), 건강통제위

( $r=.15, p=.001$ )와도 유의한 상관관계가 있음을 나타내었다.

한편, 건강통제위는 건강지식( $r=.27, p=.000$ )과 자아개념( $r=.19, p=.000$ )과 정적 상관관계를 보였는데 이는 자아개념이 긍정적인수록, 건강에 대한 지식의 정도가 높을수록 내적 건강통제위 성향을 가지는 것으로 볼 수 있다.

자아개념은 건강동기( $r=.31, p=.000$ )와 지각된 건강상태( $r=.33, p=.000$ )와 정적 상관관계를 보였는데, 이는 자아개념이 긍정적인 아동에서 건강동기가 높

은 반면 건강상태는 좋지 않다고 지각하는 것으로 볼 수 있다.

건강동기는 지각된 건강상태, 건강지식과 관련 정도는 낮으나, 통계적으로 유의하게 관련됨을 알 수 있다.

<표 4> 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태, 건강지식과 건강행위실천과의 상관관계

	건강행위실천	건강통제위	자아개념	건강동기	지각된 건강상태
건강통제위	.1451 (.001)				
자아개념	.3245 (.000)	.1905 (.000)			
건강동기	.5312 (.000)	.1066 (.011)	.3147 (.000)		
지각된 건강상태	.1577 (.000)	.0925 (.023)	.3338 (.000)	.1447 (.001)	
건강지식	.0663 (.077)	.2687 (.000)	.0656 (.079)	.1176 (.006)	-.0248 (.297)

5. 건강행위실천에 대한 예측요인

건강행위실천에 대한 변수들의 영향력을 조사하기 위하여 단계별 중회귀 분석을 실시한 결과는 <표 5>와 같다. 건강동기, 자아개념, 학년, 아동이 지각한 생활수준, 건강통제위가 유의한 변수로 나타났으며 이들 5개의 변수 전체에 의한 건강행위실천에 대한 설명력은 35.0%로 나타났다.

단계별로 분석해보면 건강동기가 28.2%로 건강행위실천을 가장 잘 설명해주는 변수로 나타났다. 여기에 자아개념 변수를 추가하였을 때의 설명력은 30.9%, 학년이라는 변수를 누적하여 추가하였을 때의 설명력은 33.1%, 아동이 지각한 생활수준정도를 추가하였을 때의 설명력은 34.3%, 건강통제위 개념까지 유의한 변수를 모두 포함하였을 경우의 설명력은 35.0%로 나타났다.

건강지식, 지각된 건강상태는 건강행위를 설명하는데 유의하지 않은 변수로 나타났다.

<표 5> 건강행위실천에 대한 단계별 중회귀분석

단계	변수	회귀계수	표준오차	R <sup>2</sup>	p
1	건강동기	2.472	.221	.282	.000
2	자아개념	.642	.222	.309	.000
3	학 년	-2.702	.766	.331	.000
4	생활수준	3.247	1.030	.343	.000
5	건강통제위	.513	.246	.350	.000

V. 논 의

본 연구 결과 건강행위 실천 점수는 154.9점으로 각

항목평균은 3.87(표준편차=.40)로 나타나 꺾(1988)의 연구에서 3.98(표준편차=.39)로 보고한 것과 유사한 실천성도를 보였으며 비교적 건강행위 실천을 잘하는 것으로 볼 수 있다. 아동의 일반적 특성에 따른 건강행위 실천의 차이를 조사한 결과 학년별로 유의한 차이를 보였는데 저학년에서 건강행위 실천을 더 잘하는 것으로 나타나 청소년기로의 이행기인 사춘기전기 아동에서 계속 건강행위를 유지하고 건강행위 실천을 증진하기 위해 적절한 중재가 요청된다고 하겠다.

성별에 따른 건강행위 실천정도를 조사한 결과 여아에서 유의하게 높은 건강행위 실천을 보여 손(1993)의 연구와도 일관된 결과를 나타냈다. 부모의 교육 정도, 직업, 그리고 아동이 지각한 생활수준에 따라 건강행위 실천에 유의한 차이를 나타냈는데 이는 아동의 건강행위에 부모의 영향이 큰 것으로 볼 수 있으며 이는 이전의 연구(손, 1993; Farrand & Cox, 1993)와 유사한 결과를 나타낸 것으로 볼 수 있다. 사회경제적 상태가 높을수록 건강행위 실천을 잘하는 것으로 나타났는데 이는 Pender(1996)의 건강증진 모형에서 사회경제적 상태를 주요 사회문화적 요인으로 제시한 것을 실증적으로 뒷받침하는 것으로 볼 수 있다.

연구 변수의 학년별, 성별 차이를 조사한 결과 건강통제위, 자아개념, 건강동기는 학년별, 성별 유의한 차이를 나타내지 않았다. 지각된 건강상태는 남아가 좀 더 자신의 건강상태가 좋지 않다고 지각하는 것으로 나타났으며 건강지식은 학년이 올라갈수록 유의하게 지식이 높아져 학교 보건교육 등을 통한 지식 습득의 결과로 볼 수 있다.

각 연구 변수와 건강행위 실천과의 상관관계를 조사한 결과 건강통제위, 자아개념, 건강동기, 지각된 건강상태가 모두 유의한 상관관계를 나타냈는데 내적 건강통제위 경향을 나타낼수록, 건강동기가 높을수록, 자아개념이 긍정적일수록, 지각된 건강상태가 낮을수록 건강행위실천이 높은 것으로 나타났는데 이는 Dielman, Campanelli, Shope, and butchart(1987)가 5-6학년 아동에서 자아존중감, 건강통제위와 약물남용과의 관계를 조사한 결과 자아존중감과 건강통제위가 약물남용에 유의하게 부정적 상관관계를 나타낸 것과 유사한 결과로 볼 수 있다. 또한 건강동기가 건강행위실천과 유의한 상관관계를 나타냈는데 이는 초등학교생을 대상으로 한 이전의 연구(곽, 1988; 손, 1993)에서 건강행위와 건강관심도가 유의한 상관을 나타낸 것과 유사한 결과라고 할 수 있다. 한편, 건강지식은 건강행위실천과 유의한 상관을 나타내지 않았는데 이는 기(1985)의 연구결과와는 상이한 결과를 나타낸 것이며, 곽(1988)의 연구와는 유사한 결과를 나타낸 것으로 건강지식이 건강행위에 직접적으로 영향을 미치지 않는다고 볼 때 보건교육 프로그램에서 건강행위 증진을 위해서는 건강지식의 단순한 전달보다는 건강동기화, 자아개념 증진을 고려해야 할 필요성을 암시한다고 볼 수 있다. 한편, 지각된 건강상태는 기대된 것과 반대 방향으로 건강행위실천에 관련되는 것으로 나타났는데 이는 예방 및 보호행위를 포함하는 본 연구에서의 건강행위와는 건강증진행위와 다르게 이 요인이 관련된다고 추론할 수 있으며 한편, 건강한 아동에서의 건강행위는 성인과 다른 양상으로도 인식-시각요인과 판단된다고도 볼 수 있어 앞으로 추후 연구가 필요하다고 본다.

본 연구에서 건강행위 실천의 예측요인을 조사하기 위해 단계별 중회귀 분석을 실시하였을 때 건강동기, 자아개념, 학년, 생활수준, 건강통제위가 유의한 예측변수로 나타났는데 이는 Farrand and Cox(1993)의 연구에서 자아존중감, 내적 동기화, 건강자아개념이 건강행위의 영향요인으로 나타난 것과 유사한 결과라고 볼 수 있으며 국내에서는 박(1997)이 대학생들 대상으로 건강증진행위의 예측 요인을 조사하기 위해 단계적 중회귀 분석을 실시하였을 때 자아존중감, 통제위성격, 지각된 건강상태가 유의한 변수로 나타난 것과 유사한 결과를 보여준다고 할 수 있다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 학령기 아동의 건강행위 증진을 위해 적절한 중재 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 얻기 위해 초등학교 아동의 건강행위실천의 영향요인을 탐색하기 위한 목적으로 실시되었다. 2개 초등학교에서 467명의 4-6학년 학생을 대상으로 1997년 9월 26일에서 10월 9일까지 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 SPSS PC<sup>+</sup> 통계 프로그램을 이용하여 t-검증, 분산분석, 상관분석, 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 연구 분석 결과는 다음과 같다.

- 1) 학령기 아동의 건강행위 실천은 평균 154.9점으로 비교적 실천을 잘하는 것으로 나타났다.
  - 2) 건강행위실천은 학년( $F=6.53$ ,  $p=.001$ ), 성별( $t=-3.70$ ,  $p=.000$ ), 부모의 교육정도( $F=4.92$ ,  $p=.002$ ;  $F=4.47$ ,  $p=.004$ ), 부모의 직업( $F=3.31$ ,  $p=.003$ ;  $F=4.76$ ,  $p=.000$ ), 생활수준( $F=11.87$ ,  $p=.000$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다.
  - 3) 건강행위 실천은 건강 동기( $r=.53$ ,  $p=.000$ ), 자아개념( $r=.32$ ,  $p=.000$ ), 지각된 건강 상태( $r=.16$ ,  $p=.000$ ), 건강통제위( $r=.15$ ,  $p=.001$ )와 유의한 상관을 나타냈다.
  - 4) 학령기 아동의 건강행위실천의 유의한 예측변인으로 건강동기, 자아개념, 학년, 생활 수준, 건강통제위가 포함되었으며 총 설명분산은 35%였다.
- 본 연구 결과로부터 다음과 같은 제언을 하고자한다.
- 1) 학령기 아동의 건강행위 증진을 위해 건강동기 및 자아개념 증진을 포함하는 체계적인 건강교육 프로그램의 개발과 그의 효과를 측정하는 연구가 필요하다고 본다.
  - 2) 본 연구에서 확인된 변수를 포함하는 아동의 건강행위 모형을 구축하고 검증하는 연구가 필요하다고 본다.

## 참 고 문 헌

- 곽오계 (1988). 국민학교 아동들의 건강행위에 영향을 미치는 제변인 분석(대구지역을 중심으로). 연세대학교 석사학위논문.
- 구미옥 (1992). 당뇨병 환자의 자기간호행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 박사학위논문
- 기경숙 (1985). 중학교 남학생들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사 연구. 대한간호학회지, 15(1), 59-75.



- 박혜경 (1997). 간호대학생의 건강증진행위에 관한 연구. 개정간호전문대학 논문집, 제 10호, 3-21.
- 손인아 (1993). 건강관련 행위에 관한 조사 연구-국민 학교 아동을 중심으로-. 광주보건전문대학 논문집, 제 18호, 403-412.
- 송인섭 (1990). 국민학교 고학년용 성격진단 검사 실시 요강. 한국심리적성연구소.
- 신희선, 정 연 (1998). 아동건강통제위 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 조사. 아동간호학회지, 4(1), 105-115.
- 이은옥, 임난영, 박현애 (1994). 간호 의료연구와 통계 분석. 서울: 수문사.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory, Elglewood Cliffs.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (ed). The health belief model and personal health behavior. Charles, B. Slack.
- Bilbace, R., & Walsh, M. E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness, In : Stone G. Cohen, F., Alder, N.,(eds.) Health psychology. A handbook, San Francisco, Jossey-Bass, 285-302.
- Brewster, A. B. (1982). Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness, Pediatrics, 69(3), 355-362.
- Bush, P. J., & Iannotti, R. J. (1990). A children's health belief model. Medical care, 28(1), 60-86.
- Dielman, T. E., Campanelli, Pc, Shope, J. Y., & Butchart, A. T. (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and locus of control as correlates of adolescent substance abuse, Health Education Quarterly, 14(2), 201-221.
- Emery, E. M., McDermott, R. J., Holcomb, D. R., & Marty, P. J. (1993). The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem. Journal of School Health, 63(5), 224-228.
- Farrand, L. L., & Cox, C. L. (1993). Determinants of positive health behavior in middle childhood. Nursing research, 42(4), 208-213.
- Hester, N. O. (1984). Child's health self concept scale : its development and psychometric properties. Advances in Nursing science, Oct, 45-55.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model : origin and correlation in psychological theory In M. H. Becker,(ed), The health belief model and personal health behavior. Charle, B. Slack.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health. A developmental study. American Journal of Public Health, 68, 995-999.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in nursing practice. 2nd ed. NewYork, Connecticut, Appleton Lange.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice. 3rd ed. NewYork, Connecticut, Appleton & lange.
- Perrin, E. C., & Gerrity, P. S. (1981). There's a demon in your belly : Children's understanding of illness. Pediatrics, 67(6), 841-849.
- Piaget, J. (1967). Six psychological studies(translated by A. Tenzer), New York, Random House. 1-20.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Staton, G. C. (1976). Self-concept : Validation of construct interpretation. Review of Educational Research 46, 407-441.
- Walter, H. T. (1989). Primary prevention of chronic disease among children. The school based "know your body" Intervention trials. Health education Quarterly, 16(2), 201-214.
- Yarcheski, A., & Mahon, N. E. (1989). A casual model of positive health practices : The relationship between approach and replication. Nursing research, 38(2), 88-93.

## - Abstract -

Key concept : Children, Health Behavior, Health locus of control, Self-Concept

## Predicting and Understanding School-Age Children's Health Behavior

*Shin, Hee Sun\* · Jung, Yun\*\**

The purpose of the study was to investigate the level of health behavior of school-age children and to identify the predicting variables of the school-age children's health behavior. The subject were 467 children in grades four to six, enrolled in two elementary schools located in two cities. The mean age of the subject was 10.03(SD=1.33). The data were analyzed using t-test, ANOVA, correlation analysis, and stepwise multiple regression. The result are as follows :

1. The mean of the score of health behavior of the school-age children was 154.6, showing that they are practicing health behavior relatively well.
2. There were significant differences in the mean scores of health behavior according to grade( $F=6.53$ ,  $p=.001$ ), sex( $t=-3.70$ ,  $p=.000$ ), educational level of the parents( $F=4.92$ ,  $p=.002$ ;  $F=4.47$ ,  $p=.004$ ), occupation of the parents( $F=3.31$ ,  $p=.003$ ;  $F=4.76$ ,  $p=.000$ ), and socioeconomic status( $F=11.87$ ,  $p=.000$ ).
3. There were significant correlations between health behavior and health motivation( $r=.53$ ,  $p=.000$ ), self-concept( $r=.32$ ,  $p=.000$ ), perceived health status( $r=.16$ ,  $p=.000$ ), and health locus of control( $r=.15$ ,  $p=.001$ ).
4. Health motivation, self-concept, grade, socioeconomic status, and health locus of control were identified as predictor variables of health behavior of the school-age children from the stepwise multiple regression analysis. The total percent of variance accounted for by these five variables was 35.0%.

From the result, it is suggested that in the development of a school health education program, the effect of health motivation and self-concept to promote student's health behavior in school-age children should be considered.

\* Associate professor, Nursing Department, Dankook University

\*\* part time lecturer, Nursing Department, Dankook University