

청소년이 지각하는 자아존중감, 가족기능, 사회적지지가 건강증진행위에 미치는 영향

심 미 경*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 청소년기 건강증진행위의 중요성에 대한 관심은 계속 증대되고 있다. 이는 인생의 초기에 학습된 건강관련 행위는 청소년기에 강화되어 성인기까지 지속되는 것으로 보여 지기 때문이다. 성인의 식습관, 운동, 흡연, 음주, 수면 등의 건강습관은 주로 청소년기에 습득되어져 성인기의 건강문제와 건강행위에 영향을 미치게 되며 또한 청소년기의 주요 사망 원인은 사고와 자살로 이것은 음주, 폭력, 약물남용 등 건강위험 행위에서 비롯된 것이라고 하여 청소년기 건강증진행위의 중요성이 강조되고 있다(Gillis, 1995). 특히 한국의 청소년은 과도한 과외활동과 불확실한 미래에 대한 불안으로 스트레스가 증가하고 있고, 운동부족과 영양불균형으로 인한 비만이나 체력저하, 우울의 증가와 자살충동 등의 많은 건강문제를 가지고 있다. 따라서 이런 청소년기의 건강증진행위에 지속적인 관심을 가지고 청소년기부터 일생에 걸쳐 지

속될 수 있는 건강한 생활습관을 수행하도록 청소년을 돕는 것은 청소년의 삶의 질 향상과 현대의 만성질환과 성인병을 예방하고 성인기의 건강한 삶을 위해 큰 의의가 있다.

지금까지의 연구에서 아동과 청소년의 건강증진행위 관련요인, 혹은 영향요인은 개인적 특성, 가족적 특성, 지역사회적 특성으로 나누어 볼 수 있다. 개인적 특성에는 자기효능감이나 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태, 건강지식 등의 인지지각적 요인과 학년, 성별, 나이 등의 일반적 특성이 포함된다. 가족적 특성에는 가족기능을 포함한 가족환경, 결혼상태와 가족관계 등의 가족구조, 가족의 수입, 교육, 직업, 종교 등 가족의 인구사회학적 특성이 포함된다. 지역사회의 특성에는 친척, 친구, 이웃의 지지를 포함한 사회적지지, 지역사회의 가치, 규범, 서비스, 자원, 건강관리 체제 등을 들 수 있다.

개인적 특성 중 자아존중감은 건강한 사회적 능력의 결과를 가져오게 하며 더불어 좋은 건강을 가져오게 한다. 자아존중감이 높은 사람은 바람직한 건강행위를 실천하는 데 있어 긍정적인 태도를

* 신성대학 간호학과 조교수

교신저자 : simkyung@shisung.ac.kr

보인다는 것이 여러 연구에서 확인되었다. 이영란과 소희영(1996)은 꾸준한 건강교육을 통해 학생의 건강지각을 상승시키고 자존감을 높여준다면 건강행위를 유도할 수 있다고 하여 자아존중감이 건강증진행위에 영향을 미침을 밝히고 있다.

가족적 특성 중 가족기능에 대해 청소년의 신체적, 정신적 건강과 건강행위는 가족이 얼마나 잘 기능하느냐에 많은 영향을 받는다. 부모들은 자녀의 신체적 건강과 안전을 보호하며 정서적 안정을 촉진하고 또한 건강증진행위를 만드는 신념과 태도를 심어주고 건강과 관련된 기술을 가르치도록 기대된다. 가족과의 애착이 약한 청소년은 흡연율이 높고(Foshee & Bauman, 1992), Gillis (1995)는 부모의 건강증진행위의 모델링(modeling)이 클수록 청소년의 건강관련 행위가 높다고 제시하고 있다. 부모와의 폐쇄적 의사소통과 가족의 역기능은 청소년의 정신건강을 악화시킨다고 하였다(강해자, 2001).

지역사회 특성 중 사회적지지는 건강에 직접적인 영향을 미치며(Natvig, Albrektsen, Anderson, Qvarnstrom, 1999) 건강행위에 영향을 주게 된다(김영아, 2001). 김현숙(1998)은 청소년의 사회적지지를 높여 줌으로써 건강증진행위를 향상시킬 수 있고 건강위해 행위와 비행을 줄일 수 있다고 하였다. Resnick, Harris & Shew(1997)은 사회적지지가 모든 건강행위에 방어효과가 있음을 보고하였다.

지금까지의 연구에서는 건강증진행위 관련요인간의 상관관계 연구가 많았고 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구에서도 개인적 특성 및 가족적 특성과 지역사회 특성을 포함해 청소년의 건강증진행위를 통합적으로 설명할 수 있는 영향요인을 포함시킨 연구는 드물었다.

따라서 본 연구에서는 선행연구에서 청소년 건강증진행위의 관련요인이라 영향요인임이 단편적

으로 제시된, 개인의 인지적각적 요인 중에서는 자아존중감, 가족적 요인에서는 가족기능, 지역사회 요인으로는 사회적지지 변수를 통합해 예측변수로 하여 이들 요인이 건강증진행위를 설명하는 정도를 확인하고자 한다.

평생의 건강습관 형성기이면서 적극적인 참여자로 동기화되어 스스로 자신의 건강을 돌볼 수 있는 건강증진행위가 수행되어야 할 청소년에게 이들 요인이 건강증진행위에 미치는 영향력의 정도를 살펴봄으로써 청소년의 바람직한 건강증진행위와 생활습관을 위한 건강교육 프로그램의 발달에 기여할 수 있으리라 본다.

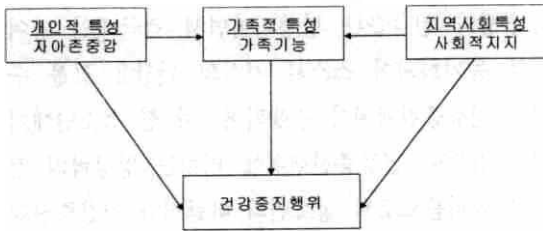
2. 연구의 목적

- 1) 청소년이 지각하는 자아존중감, 가족기능, 사회적지지와 건강증진행위 정도를 파악한다.
- 2) 청소년이 지각하는 자아존중감, 가족기능, 사회적지지와 건강행위간의 상관관계를 파악한다.
- 3) 자아존중감, 가족기능, 사회적지지가 청소년의 건강행위에 영향을 미치는 정도를 파악한다.

3. 연구의 개념틀

Schlор와 Menaghan(1995)는 아동과 청소년의 건강결과에 영향을 미치는 요인을 크게 개인적특성, 가족 특성, 지역사회 또는 사회적 특성으로 구분하여 설명하였다. 개인적 특성에는 신체적, 사회적, 언어적, 인지적 발달단계와 심리적 특성이 있으며 가족의 특성에는 가족구조, 가족의 인구사회학적 특성, 가족개개인의 생물학적, 심리적 특성과 건강행위, 가족기능과 가족환경이 포함된다. 지역사회 특성에는 사회망(social network)과 사회적지지, 사회적 정책 등이 포함된다. 본 연구에서는 개인적 특성으로 자아존중감, 가족적 특성으로 가족

기능, 지역사회특성으로 사회적지지를 영향요인으로 하여 청소년의 건강증진행위에 영향을 미치는 정도를 확인하기 위하여 다음과 같은 개념 틀을 구성하였다<그림 1>



<그림 1> 본 연구의 개념적 틀

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상자는 서울의 1개 인문계 고등학교와 대전의 1개 실업계 고등학교에 재학 중인 1, 3학년생을 편의표집 하였다. 한국적 교육 현실에서 실업계 학생과 인문계 학생은 가정환경에서의 차이로 건강증진행위도 차이가 날 수 있으므로 실업계와 인문계 고등학생을 다 포함시켰다. 또한 대입을 앞 둔 3학년과 1, 2 학년은 건강증진행위의 차이가 날 수 있으므로 학년에 따른 차이를 배제하고자 1학년과 3학년을 대상자에 포함시켰다. 자료수집방법은 연구 대상 학교의 담임교사의 협조를 얻어 해당 과목 시간에 연구자가 연구의 목적을 설명하여 연구에 참여할 것을 동의한 학생에게 설문지를 배부하여 작성방법을 설명하고 기록하게 한 뒤 회수하였다. 자료수집기간은 2004년 11월 1일부터 12월 18일까지로 회수된 질문지는 205부였으며 이 중 불완전하게 작성된 설문지 24부를 제외한 총 181부를 통계 분석에 이용하였다.

2. 연구도구

1) 사회적지지

인지된 사회적지지는 Weinert와 Brant(1987)가 개발한 Personal Resources Questionnaire Part II를 탁영란과 이희영(1998)이 청소년을 대상으로 번안수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 이는 Weiss의 이론적 기틀에 의해 구성된 측정도구로서 친밀감, 자아개념지지, 사회통합지지, 양육, 지도와 정보지지의 5가지 하부영역으로 구성되었다. 25문항의 7점 척도로 점수가 높을수록 인지된 사회적지지가 높음을 의미한다. 이은영, 탁영란(1999)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .91이었고 본 연구에서의 Cronbach's alpha 역시 .91이었다.

2) 가족기능

Olson, Portner, Lavee(1985)가 개발한 가족적응력과 결속력 평가도구를 김윤희(1989)가 번안한 것을 이용하여 측정하였다. 가족기능 질문지는 가족결속력 10문항(홀수문항)과 가족적응력 10문항(짝수문항)의 총 20문항으로 이루어져 있으며 '전혀 그렇지 않다'에서 '항상 그렇다'까지의 5점 척도로 점수가 높을수록 가족결속력과 가족적응력이 높은 것을 의미한다. 도구개발 당시 보고된 신뢰도는 Cronbach's alpha .68이었으며 김경희(2001)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 가족결속력 .76, 가족적응력 .66, 전체신뢰도 .80이었다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's alpha는 가족결속력 .87, 가족적응력 .74, 전체신뢰도 .89로 나타났다.

3) 자아존중감

Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 도구를 전병재(1974)가 우리나라 문화에 적합하도록 번안수정한 것을 사용하였고 10문항의 5점 척도로 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 전나영(2001)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .85

로 나타났고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's alpha .79로 나타났다.

4) 건강증진행위

Walker, Sechrist, Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(HPLP)를 본 연구자가 번안하여 수정한 도구로 측정하였다. 수정된 도구는 자아실현 12문항, 건강책임 6문항, 운동 4문항, 영양 5문항, 대인관계 6문항, 스트레스관리 7문항을 포함한 6개 영역으로 구성되어 있으며 40문항의 4점 척도로 '항상 그렇다' 4점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 건강행위의 수행정도가 높은 것을 의미한다. 측정 도구 개발 당시 신뢰도 검사 결과 Cronbach's alpha .92로 보고하였으며 본 연구에서의 Cronbach's alpha는 .88로 나타났다.

3. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/Win 10.0을 이용하여 통계 처리하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 자아존중감, 가족기능, 사회적지지, 건강증진행위의 정도는 평균 평점과 표준편차로, 청소년의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다. 청소년의 건강증진행위와 재변수간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였고 청소년의 건강증진행위를 예측하는 주요변인은 stepwise multiple regression으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 남학생 91명, 여학생 90명으로 동일한 비율이었고 학년별 분포는 3학년이 112

명(61.9%), 1학년이 69명(38.1%)의 분포를 보였다. 나이는 평균 17.8세로 나타났으며 종교를 가지고 있는 학생이 55.2%로 더 많았다. 부모의 결혼상태는 결혼이 150명(82.9%), 기타(이혼, 별거, 사별, 재혼)가 31명(17.1%)이었다. 아버지의 학력은 고졸이하가 119명으로 65.7%를 차지하였고 어머니 학력 역시 고졸이하가 135명으로 74.6%였다. 생활수준은 '상'이 17명(9.4%), '중'이 124명(68.5%)이었고 생활수준을 '하'라고 응답한 학생은 40명으로 22.1%의 비율을 보였다.

2. 청소년의 자아존중감, 가족기능, 사회적지지, 건강증진행위 정도

청소년이 지각하는 가족기능은 평균평점 3.17점(5점 만점)이었으며 하위영역인 가족결속력은 3.28점, 가족적응력은 3.07점이었다. 사회적지지는 평균평점 4.96점(7점 만점)으로 나타났고 자아존중감은 2.74점(4점 만점)이었다. 건강증진행위는 평균평점 2.41점(4점 만점)이었고 하위영역별 점수에서는 대인관계 영역이 2.75점으로 가장 높았고 건강책임 영역이 1.94점으로 가장 낮았다<표 1>.

<표 1> 가족기능, 사회적지지, 자아존중감, 건강증진행위 정도

변수	하위영역	평균	표준편차
가족기능	결속력	3.28	0.76
	적응력	3.07	0.62
	전체	3.17	0.63
사회적지지		4.96	0.83
자아존중감		2.74	0.47
건강증진행위	자아실현	2.60	0.62
	건강책임	1.94	0.46
	운동	2.28	0.82
	영양	2.48	0.49
	스트레스관리	2.23	0.45
	대인관계	2.75	0.58
	전체	2.41	0.37

3. 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이

일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 보면 고등학교 3학년 학생의 건강증진행위가 고등학교 1학년 학생의 건강증진행위보다 유의하게 높았다($t=2.78, p<.01$). 성별에 따라서도 건강증진행위의 차이가 있었는데 여학생의 건강증진행위가 남학생의 건강증진행위보다 유의하게 높았다($t=3.05, p<.01$). 표에는 제시하지 않았지만 성별에 따른 건강증진행위의 차이를 하위 영역별로 추가 분석해 본 결과, 여학생은 영양관리($t=2.88, p<.01$), 대인관계($t=5.86, p<.001$), 자아실현($t=4.54, p<.001$) 영역에서 수행정도가 남학생보다 높았고, 남학생은 운동영역($t=5.71, p<.001$)에서만 수행을 더 잘하는 것으로 나타났다. 건강책임과 스트레스 관리 영역에서는 성별에 따른 건강행위의 차이를 보이지 않았다.

아버지 학력이 높을수록 건강증진행위를 더 잘

하는 것으로 나타났고($t=-3.37, p<.001$), 생활수준이 높을수록 건강증진행위를 잘 수행하는 것으로 나타났다($F=3.09, p<.05$)<표 2>.

4. 연구변수간의 상관관계

가족기능과 건강증진행위 간에는 유의한 상관관계가 있었으며($r=.49, p<.001$), 사회적지지와 건강증진행위($r=.57, p<.001$), 자아존중감과 건강증진행위($r=.55, p<.001$)간에도 유의한 상관관계가 있었다<표 3>.

5. 건강증진행위 영향요인

자아존중감, 가족기능, 사회적지지 및 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 것으로 나타난 청소년의 성별, 학년, 아버지의 학력과 생활수준을 독립변수로 하여 다중회귀분석한 결과, 세 가지 변

<표 2> 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이

특성	구분	평균(표준편차)	t or F	p
학년	고등학교 1학년	92.64(14.73)	-2.78	0.006**
	고등학교 3학년	98.77(14.24)		
성별	남	93.21(14.80)	-3.05	0.003**
	녀	99.76(13.96)		
종교	유	96.98(14.09)	0.68	0.496
	무	95.45(15.53)		
부모의 결혼상태	결혼	96.26(14.66)	-0.51	0.605
	기타(이혼, 별거, 사별, 재혼)	97.77(15.13)		
아버지 학력	고졸 이하	94.43(13.80)	-3.37	0.001**
	대졸 이상	102.32(15.22)		
아버지 종교	유	98.26(15.12)	1.73	0.085
	무	94.44(14.21)		
어머니 학력	고졸 이하	95.91(14.80)	-1.25	0.211
	대졸 이상	99.26(14.04)		
어머니 종교	유	96.20(15.31)	-0.16	0.867
	무	96.59(13.67)		
생활수준	상	104.53(14.69)	3.09	0.048*
	중	95.93(14.67)		
	하	94.40(14.16)		

* $p<.05$, ** $p<.01$

〈표 3〉 가족기능, 사회적지지, 자아존중감, 건강증진행위 간의 상관관계

	가족기능	사회적지지	자아존중감
가족 기능			
사회적지지	r=.50, p=.000***		
자아존중감	r=.36, p=.000***	r=.59, p=.000***	
건강증진행위	r=.49, p=.000***	r=.57, p=.000***	r=.55, p=.000***

*** p<.001

〈표 4〉 건강증진행위 영향요인

	누적 R ²	R ²	F	P
사회적지지	0.32	0.32	84.29	.000***
자아존중감	0.40	0.08	58.38	.000***
가족기능	0.44	0.04	46.45	.000***

***p<.001

수가 건강증진행위를 44% 설명하는 것으로 나타났고 성별, 학년, 아버지의 학력과 생활수준은 영향을 미치지 않는 변수로 나타났다. 자아존중감, 가족기능, 사회적지지 중 사회적지지가 가장 큰 설명력을 갖는 변수로 건강증진행위를 32% 설명하였고 그 다음이 자아존중감으로 8%, 가족기능이 4%를 설명하는 것으로 나타났다<표 4>.

IV. 논 의

건강증진행위 수행정도는 4점 만점에 241점으로 나타났다. 같은 도구로 청소년의 건강행위를 측정한 김영아(2001)의 연구와 비교해 볼 때 전체 건강증진행위 수행정도가 낮았으며 운동 영역을 제외한 모든 영역에서 수행정도가 더 낮았다. 이는 김영아(2001)의 연구는 인문계 고등학교 학생만을 대상으로 하고 본 연구에서는 인문계와 실업계 학생을 같이 연구대상으로 하여 가정경제 수준이나 부모의 교육수준 등 일반적 특성에서 차이가 난 것과 연관된 결과로 보인다. 요인별로 가장 높은 수행력을 보인 요인은 대인관계 영역이었고 가장 낮은 수행력을 보인 요인은 건강책임 영역이었다. 이는 박미영(1993), 박인숙, 주현옥, 이화자

(1997)의 연구와 일치하는 결과이다. 건강습관과 건강증진생활양식이 성인기의 만성질환을 유발하고 이런 건강습관과 건강행위가 청소년기에 발달된다는, 건강에 대한 인식을 심어줌으로써 자신의 건강에 대한 책임감을 느끼고 건강행위에 대한 관심을 가질 수 있게 하는 보건 교육이 필요함을 다시 확인시켜 주는 결과라 하겠다.

건강증진행위 수행정도가 성별에 따라 차이가 있었고 여학생의 경우가 유의하게 수행정도가 높게 나타난 것은 대학생들 대상으로 한 임미영(1998)의 연구에서 여성이 남성보다 예방적 관리 또는 건강증진행위를 더 잘하고 건강위험행위를 덜 한다고 보고한 것과 일치하는 결과이다. 성별에 따른 건강증진행위 하부영역의 수행정도를 비교해 본 결과, 여학생은 영양관리, 대인관계, 자아실현 영역에서 수행정도가 더 높았고 남학생은 운동영역에서만 수행을 더 잘하는 것으로 나타났다. 이는 염순교 등(1998)의 연구에서 남학생은 술, 담배 등의 건강위험행위를 많이 하는 반면, 운동에 대한 건강증진행위 실천 정도가 높고, 여학생은 대인관계 조절을 잘 하는 것으로 보고한 것, 또 Welsh, Robinson, Lindman(1988)의 연구에서 남자의 건강증진행위는 신체활동에 초점을 맞추고

있는 반면 여성의 경우에는 식이 습관 변화에 더 초점을 맞추고 있다고 한 것과 일치하는 결과이다. 따라서 성별에 따라 건강증진행위 증진 프로그램의 차별화가 이루어져야 교육의 효과가 있을 것으로 보인다.

아버지의 교육수준에 따라 청소년의 건강증진행위에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이런 결과는 아버지의 학력이 건강증진행위에 영향을 주는 요인이라고 한 임현승(2004), 김현숙(1998)의 연구와 일치하는 결과이며, 본 연구에서 생활수준이 높을수록 건강증진행위를 잘하는 것으로 나타난 것과 연관된 결과로 보인다. 아직 한국 가족에 있어 경제적 부양은 아버지의 책임인 경우가 많고 아버지가 대졸이상인 경우는 고졸이하보다 안정된 직장을 가지고 있고 경제수준이 높다고 본다. 따라서 어머니보다는 아버지의 학력에 좌우되는 가정 경제 수준에 따라 건강증진행위도 차이가 있는 것으로 해석된다.

자아존중감과 건강증진행위 간에는 높은 상관관계($r=.55$, $p<.001$)를 보여 자아존중감이 긍정적일수록 건강증진행위 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 여러 다른 연구(박인숙, 주현옥, 이화자, 1997; 강인숙, 2000)결과와 일치한다. 자아존중감은 고정되고 불변하는 요인이 아니라 계속 변화되는 요인이며 수정가능한 요인이다. 특히 청소년기는 정체감이 형성되는 시기로 자아존중감이 확실하게 형성되어 있지 않고 여러 사회환경적인 요인의 영향을 받을 수 있으므로 자아존중감 증진 프로그램을 통해 자신에 대해 긍정적인 태도를 갖게 하고 스스로를 가치있는 사람으로 인지하게 함으로써 건강행위를 실천할 수 있도록 하는 촉진요인이 될 수 있을 것이다.

가족기능과 건강증진행위 간에 유의한 상관관계를 보인 것은 임현승(2004), 한영경(2000)의 연구와 일치되는 결과이다. 가족은 청소년의 신체, 정

서, 사회발달에 영향을 미치는 역동적이고 상호의존적인 단위로서 건강과 건강행위에 영향을 미치는 일차적인 사회환경이기도 하다. 청소년기의 가족기능은 특히 중요한 의미를 지니는데 부모와의 의사소통이 적어지고 부모와의 갈등이 야기되며 가족의 역할에 대한 도전이 가해져 가족 구성원간의 상호작용 유형에 조정과 개선이 요구되기 때문이다(이은영, 탁영란, 1999). 따라서 청소년기 자녀를 둔 가족은 가족기능의 조정과 증진을 통해 건강행위를 촉진함으로써 청소년의 건강과 안녕을 유지할 수 있을 것이다.

사회적지지와 건강증진행위 간에 유의한 상관관계를 보인 것은 김현숙(1998)의 연구와 일치하는 결과이다. 김현숙(1998)은 사회적 지지가 높을수록 건강증진행위의 실천 정도가 높고, 사회적 지지와 경제수준과 성적이 낮을수록 건강위해행위와 비행을 많이 한다고 하였다.

건강증진행위에 영향을 미치는 요인 중 사회적 지지가 32%의 설명력을 가지고 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타난 것은 김영아(2001)의 연구와 일치하는 결과로 김영아의 연구에서의 26.3%의 설명력보다 건강증진행위에 더 큰 영향력을 가지고 있는 것으로 나타났다. 성인남녀를 대상으로 한 이태화(1989)의 연구에서 건강증진 생활양식에 가장 영향력 있는 요인이 자아존중감이었고 청소년을 대상으로 한 박미영(1993), 박인숙, 주현옥, 이화자(1997)의 연구에서도 자아존중감이 가장 큰 영향요인으로 나타난 것과는 다른 결과이나 본 연구에서도 자아존중감은 건강증진행위를 8% 정도 설명하는 것으로 나타났다. 이런 차이는 위의 두 연구에서 사회적지지를 영향요인으로 포함시키지 않고 분석한 것과 성인은 모든 행위의 주체가 자신이며 건강의 책임도 본인이 진다는 지각이 우세한 반면, 청소년은 아직 가족적, 사회적 영향에 더 민감하므로 사회적지지가 건강행위 수행의 가장

큰 영향요인이 되는 것으로 해석할 수 있겠다. 사회적지지에는 가족과 친구, 친척의 지지만이 아니라 지역사회 의 지지도 포함된다. 따라서 지역사회 중심의 청소년 단위 모임, 인터넷 등을 이용한 다양한 지지프로그램의 개발, 학교보건교육 프로그램의 활성화 등을 통한 사회적지지를 통해 건강행위의 증진이 요구된다 하겠다.

청소년기는 통계적인 관점에서는 가장 건강한 시기이고 사망률도 낮지만 이 시기 사망의 주 원인을 보면 폭력사고나 교통사고, 자살 등 어떤 점에서는 자초한 것들로서 건강위험행위를 시작하는 시기로 건강증진에 있어서는 최초의 장애기가 된다. 청소년은 이 시기에 건강관리를 구하는 것에 대해 큰 거부감을 가지며 정신사회적 혹은 신체적 문제로 일상생활을 할 수 없게 된다든지 해서 건강문제가 위기의 정도까지 도달했을 때만이 도움을 구하게 된다(Susan, 1992). 따라서 일상생활양식으로서의 건강증진행위와 건강상태와의 관련성에 대한 인식을 증대시키고 성인기에 건강한 생활을 하기 위한 건강한 생활양식의 필요성에 대해 강조해야 할 것으로 보여 진다. 또한 청소년기는 독립성이 증가하여 자아정체성이 개발되는 시기이며 건강을 강화하거나 건강을 위협할 수 있는 건강에 대한 중요한 태도가 발달한다. 따라서 청소년기부터 본인이 건강에 관한 책임을 가지고 건강증진행위를 해야 한다는 인식에 바탕을 두고 건강증진행위에 관한 교육과 중재를 계속하여야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 자아존중감, 가족기능, 사회적지지가 청소년의 건강증진행위에 미치는 영향과 이들 변수들간의 상대적인 중요성을 규명함으로써 청소년의 건강증진행위 증진을 위한 간호중재 프로그램

개발의 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

연구대상자는 서울의 1개 인문계 고등학교와 대전의 1개 실업계 고등학교 1, 3학년 학생 181명을 대상으로 하였으며, 2004년 11월 1일부터 12월 18일까지 연구에 참여할 것을 동의한 학생에게 설문지를 배부하여 회수하였다. 수집된 자료는 SPSS 프로그램을 이용하여 평균과 표준편차, t-test와 ANOVA, Pearson Correlation Coefficient, stepwise multiple regression으로 분석하였으며 연구의 결과는 다음과 같다.

- 건강증진행위 수행정도는 대인관계 영역이 가장 높았고 건강책임 영역이 가장 낮았다.
- 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이는 성별, 학년, 생활수준, 아버지의 교육정도에 따라 차이가 있었다.
- 가족기능, 사회적지지, 자아존중감은 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있었다.
- 사회적지지가 건강증진행위에 영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 나타났고 자아존중감, 가족기능도 영향요인으로 나타났다. 이들 요인이 건강증진행위를 설명하는 정도는 44%였다.

결론적으로 청소년 소집단 모임, 인터넷, 학교와 지역사회 기관과 단체 등을 이용한 사회적지지를 통해 건강증진행동에 대한 인식을 증가시키고 행위의 변화를 촉진하는 프로그램을 계속 개발하고 보급하여야 하겠으며 가족기능과 자아존중감도 영향요인으로 나타났으므로 자아존중감을 증진시키고 가족기능을 강화하는 교육프로그램을 통합한다면 건강증진행위를 위한 효과적인 중재 프로그램이 될 수 있을 것이다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 본 연구는 2개 지역의 일부 고등학교 학생을 대상으로 하였으므로 표본의 크기를 크게 하고 다양한 지역의 청소년을 대상으로 하여 지

역별, 발달단계별, 계열별 차이를 비교 해보는 연구를 제언한다.

- 청소년의 건강증진행위에 영향을 미치는 다른 요인을 포함하여 건강증진행위를 보다 더 설명할 수 있는 예측모형의 개발이 필요하다. 또한 이런 연구를 토대로 건강증진 프로그램이 보급되고 정착되어야 하겠다.
- 가정, 학교와 지역사회에서 건강증진행위를 촉진할 수 있는 보건교육과 중재프로그램이 지속적으로 실시되고 활성화시킬 수 있는 전략이 요구된다.

참 고 문 헌

- 강인숙 (2000). 제주지역 중학생의 건강증진 생활양식 실천정도과 영향요인 연구. 인제대학교 석사학위 논문.
- 강해자 (2001). 청소년이 지각한 부모와의 의사소통과 가족기능, 정신건강과의 관계. 부산대학교 석사학위 논문.
- 김경희 (2001). 친식이 있는 학령기 아동의 가족기능, 불안, 문제행동. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김영아 (2001). 청소년의 스트레스, 사회적지지, 건강행위와의 관계. 아동간호학회지, 7(2), 203-212.
- 김윤희 (1989). 부부관계, 부모-자녀 의사소통, 가족기능과 청소년 비행과의 관계 연구. 숙명여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김현숙 (1998). 청소년의 건강행위와 비행의 영향요인에 관한 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박미영 (1993). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박인숙, 주현옥, 이화자 (1997). 청소년의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 아동간호학회지 3(2), 154-167.
- 염순교, 허은희, 정연강, 권혜진, 김경희, 노은선, 한경선, 한승의 (1998). 대학생의 건강증진 행위에 대한 연구. 지역사회간호학회지, 9(2), 396-409.
- 이영란, 소희영 (1996). 중학생의 건강행위에 영향을 미치는 결정요소. 충남의대잡지, 23(1), 75-86.
- 이운영, 탁영란 (1999). 후기 청소년의 부모-자녀 관계, 사회적지지 및 대처. 아동간호학회지, 5(3), 358-368.
- 이태화 (1989). 건강증진생활양식에 영향을 미치는 변인 분석- 서울 지역 일반 성인 남녀를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 임미영 (1998). 한국 대학생의 건강증진 행위 예측 모형 구축. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 임현승 (2004). 중학생의 자기효능, 가족기능 및 건강증진행위와의 관계. 전남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전나영 (2001). 암환아의 질병적응 관련요인 분석. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 전병재 (1974). Self-esteem : A test of its measurability. 연세논총, 11, 107-129.
- 탁영란, 이희영 (1998). 애착유형과 인지적 사회적 지지. 간호발전연구소지, 3(1), 78-88.
- 한영경 (2000). 일부 초등학교 아동의 건강증진행위 관련 요인. 가톨릭대학교 대학원 석사학위 논문.
- Foshee, V., & Bauman, K. E. (1992). Parental and peer characteristics as modifiers of the bond-behavior relationship: An elaboration of control theory. Journal of Health and Social Behavior, 33, 66-76.
- Gillis, A. J. (1995). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescents females.

- Canadian Journal of Nursing Research, 26(2), 13-28.
- Natvig, G. N., Albrektsen, G., Andersson, N., Qvarnstrom, U. (1999). School related psychosomatic symptom among school adolescents. Journal of School Health, 69(9), 362-368.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). Family adaptability and cohesion evaluation scales III. In Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muzen, M. & Wilson, M., Family Inventories. MI : University of Minnesota Press, 41.
- Resnick, M. D., Harris, K. M., & Shew, M. (1997). Protecting adolescent from harm. The Journal of the American Medical Association, 278(10), 823-832.
- Rosenberg (1965). Society and adolescent self. Princeton, N. J. : Princeton university press.
- Schor, E. L., & Menaghan, E. G. (1995). Family pathways to child health. In Amick III, B. C., Levine, S., Tarlov, A. R., & Walsh, D. C. (1995). Society and Health. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Susan, C. (1992). Promoting health through a developmental analysis of adolescent risk behavior. Journal of School Health, 62(9), 417-420.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the personal resource questionnaire. Western Journal of Nursing Research, 9, 589-602.
- Welsh, M. C., Robinson, T. L., & Lindman, L. S. (1988). Sex differences in health attitudes and choice of health behaviors. Psychological Reports, 83, 1161-1162.

ABSTRACT

Key Words : Health-promoting behavior, Self-esteem,
Family functioning, Social support, adolescent

The Effect of Self-esteem, Family Functioning, Social Support on Health-Promoting Behavior in Adolescents

Sim, Mi Kyung*

Purpose: The purpose of this study was to identify the effects of self-esteem, family functioning, social support on health-promoting behavior and to investigate the factors affecting health-promoting behavior in adolescents.

Method: The participants in this study were 181 students of high school located in Seoul and Daejeon. The data were collected from November 1 to December 18, 2004. The data were analyzed with descriptive statistics, t-test or ANOVA, Pearson Correlation Coefficient and stepwise multiple regression. **Result:** Health-promoting behavior in adolescents was significantly different according to sex, grade,

their father's school career and economic status. There was a significant correlation between health-promoting behavior, self-esteem, family functioning and social support. Social support was a predictor of health-promoting behavior and accounted for 32% of the variance. Family functioning and self-esteem were also predictors of health-promoting behavior and accounted for 12% of the variance. **Conclusions:** This findings suggest that the program and strategies that increase health-promoting behavior by promoting self-esteem, family functioning and social support should be developed in adolescents.

* Assistant Professor, Department of Nursing, Shinsung College