

中學生의 健康行爲와 家族環境과의 關係

金恩姬 · 朴宰用 · 車柄俊 · 甘 信
경북대학교 보건대학원

The Relationship Between Health Behavior and Family Environment in Middle School Students

Eun Hee Kim, Jae Yong Park, Byung Jun Cha, and Sin Kam
Graduate School in Public Health, Kyungpook National University

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the importance of family environment for middle school student's health behavior. In order to do this we collected data through the questioning of 543 male students and 512 female students in 4 Pusan middle schools. The results of this study are summarized as follows. The score on their family cohesion and adaptability was 57.8, 43.5 on the average for male students and 59.8, 44.8 in female students. The score on their family adaptability and cohesion was higher in female students than male students. The score of their Breslow health behavior was 4.20 from a total of 7.00, the total score of health behavior was 131.4 from a total of 176.0 scores. The students had a 43.9 out of 60.0 in personal hygiene and daily habits, 32.8 out of 40.0 for infectious disease preventive behavior, 30.2 out of 40.0 in accident prevention, 24.5 out of 36.0 in mental health. In the cases of males, the score for Breslow health behavior was higher the lower the school grade, the younger the parents, the higher the educational level of parents, the more comfortable the family, and the higher the economic state. There was a statistically significant difference with regard to family cohesion and adaptability. In the cases of females, The total score for health behavior was higher. However, the difference was not significant in other fields. With the multiple regression analysis, the health behavior of middle school student was associated significantly with sex (female students), grade, family cohesion, and adaptability. In Breslow health behavior, scale sex (male students), father's age, family cohesion and the harmony of parents were significant variables. From the results of this study, a good family environment for middle school students is very important.

I. 서 론

인간은 누구나 건강하고 행복하게 살기를 원하고 있으며, 이를 위한 노력이 꾸준히 지속되고 있다. 건강이란 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 말하며 이러한 건강을 유지하고 증진시키기 위해서는 올바른 건강 행위가 필요하다.

건강 행위란 질병의 치료와 예방을 위한 행위로부

터 보다 나은 자아를 유지, 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이고 주체적인 자아 활동에 이르는 생명에 관련된 총체적 행위를 말한다(김학순, 1992). 이러한 건강 행위에 관한 관련 요인으로는 건강에 대한 관심도, 건강 지식, 내적통제위 성격, 건강 상태(신판호, 1971; 김인숙, 1978; 기경숙, 1985; 최정숙, 1987), 그의 지역, 학력, 연령 등(조원정, 1983)이 보고되고 있다.

청소년기는 급격한 성장과 발달로 인한 신체적 성장과 정서적인 변화가 두드러지게 나타나는 단계이며, 개체 발달 과정에서 자아 주체성을 확립하고 성숙한 사회인으로 건강하게 살아가도록 인격 기능을 통합하는 중요한 시기로서 아동기와 성인기 사이의 과도기라 할 수 있다(이재우, 1985; 지형근 1985; 기백석, 1987). 그리고 청소년기는 발달 과정상 가정으로부터의 해방과 독립을 성취하여 주체성을 확립하려 하면서도 한편으로는 가족과의 의존적 관계를 유지하여 정서적 안정을 갖기를 바라기도 하는 갈등적 시기이다(나철, 1984). 이러한 청소년기는 학과 공부 및 과외 활동으로 인한 수면 부족, 불규칙한 식생활로 인한 영양 부족, 주위로부터의 지속적인 스트레스, 무방비적인 성문화의 범람으로 인한 유혹, 약물 남용 등으로 인한 건강 문제가 대두되고 있다(박형중, 1989).

가족 환경은 개인의 인격 형성과 사회의 구성원으로서 필요한 행동 유형을 습득하는 최초의 사회 환경이다(Miller와 Janosik, 1980). 사회 체계내에 포함되는 가족은 특히 개인의 인격이 형성되는 요람인 동시에 심리적이고 정서적인 만족을 얻을 수 있는 곳이기도 하다(Hanchett, 1988). 가족은 하나의 기능적인 단위로써 작용하는 가족 과정(family process)이며, 구성원들의 개별적인 특성이나 일대일의 특정한 관계에 의해서 설명되기보다는 가족 전체가 역동적인 관계를 가지면서 그 자체로서 유기체와 같은 살아있는 체계(living system)로 보아야 하며 가족 체계내에서의 아동은 단지 부모에 의해서 일방적으로 영향 받는 피동적인 존재가 아니라 그 가족 체계와 성격과 특성에 영향을 주기도 하는 능동적인 존재이다(임용우, 1984).

그러나 가족에 대한 인식과 관점은 개인에 따라서 다를 수밖에 없다. 인간 개개인이 나름대로의 특수성을 지니듯 가족도 그럴 수밖에 없다는 뜻에서이다. 따라서 가족은 정형화된 상징적 틀로만 생각할 수 없고, 결연을 기초로 한 생활 공동체로 엮어 놓았다 하더라도 그 형태나 속성은 어떤 면에서 다양성을 지니게 된다. 혈연을 기초로 한 가족 집단이 일정 규모를 유지하고 독자적인 생활을 위한 유대와 협력, 그리고 가족의 연계성은 포변적일 수밖에 없으며, 각기 다른 생활 양식과 관습은 특이성을 지닌다고 하겠다. 이러한 점

에서 가족에 관한 이해는 단순할 수 없고, 또 한시적일 수만도 없다(공세권 등, 1990). 더불어 산업화, 도시화로 인한 가족의 구조적 변화, 가족 기능의 약화, 이혼율의 증가, 여성 역할의 변화 및 여성의 사회 참여 증가 등 여러 가지 새로운 변화가 나타나게 되었다(조결사 등, 1987).

건강 행위, 청소년기의 특징, 가족 환경을 살펴봄으로써 가족은 한 개인의 심리적 발달을 향상시키며, 가족 구성원의 건강이나 질병의 기본적 근원이 되므로 청소년 문제를 다룰 때는 이들만의 문제뿐만 아니라 그 가족의 문제라는 점에서 반드시 가족 환경 요인을 고려해야 한다(이가연, 1993).

이에 본 연구에서는 청소년 시기 중 특히 중학생을 대상으로 가족 환경이 건강 행위에 어떠한 영향을 미치는가를 분석하여 바람직한 가족 환경을 조성하기 위한 구체적인 방안을 모색하고, 학생들의 건전한 건강 행위를 위한 보건 교육시 도움을 주고자 하는데 그 목적이 있다.

II. 대상 및 방법

부산 광역 시내 4개의 중학교(남·녀 각 2개교)를 임의 선정하여 각 학년당 2개반을 조사 대상으로 1996년 4월 8일부터 동년 4월 13일까지 설문 조사하였다. 본 조사에 앞서 1개 남자 중학교 1학년 47명에 대해 예비 조사를 실시하였고, 이 결과를 바탕으로 설문지를 수정·보완하였으며 예비 조사 대상자들은 조사 대상에서 제외하였다.

설문지는 각 학교 양호교사를 사전 교육하여 배부 및 회수하도록 하였으며, 설문지에 응답한 학생은 총 1,249명이었으나, 응답이 미비한 114명을 제외한 1,135(90.9%)명을 분석하였다. 응답한 학생 중 부모 모두 생존해 있는 학생 1,055명(84.5%)만을 연구 대상으로 하고 부모가 사망, 이혼, 별거한 학생 80명(6.4%)을 제외하였다.

가족의 일반적 환경 변수에 관한 설문은 문헌 연구를 토대로 수정·보완하였고, 가족의 응집력과 적응력은 Olson 등(1982)이 개발한 FACESII(Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale)를 임용우(1984)가 번안한 것을 사용하였다. 건강 행위에 관한 조사를 위해서는 기경숙(1985)에 의해 개발

된 도구와 Breslow의 7가지 건강 습관을 사용하였다.

설문지의 구성은 가족의 일반적 환경 변수에 관한 것으로 개인 변수 2문항, 부모 변수 5문항, 가족의 사회·인구학적 변수 4문항, 가족의 심리학적 변수 2문항으로 총 13문항으로 구성되어 있다. 특히 가족의 심리학적 변수인 가족의 응집력과 적응력은 각각 16문항, 14문항—총 30문항으로 하였는데 5단계 척도로 '항상 그렇다' 5점에서 '거의 그렇지 않다' 1점까지 점수를 부과하여 가족의 응집력은 최저 16점에서 최고 80점까지이고, 가족의 적응력은 최저 14점에서 최고 70점까지이며 점수가 높을수록 응집력과 적응력이 높음을 의미한다. 응집력은 가족 구성원들이 서로에 대해서 가지게 되는 정서적 유대를 나타내고, 적응력은 상황적이고 발달적 압력에 반응하여 자체의 권력 구조, 역할 관계 그리고 관계적 규칙을 변화시킬 수 있는 가족 체계의 능력을 의미한다.

건강 행위에 관한 것은 개인 위생 및 일상생활 습관 15문항, 전염병 관리 10문항, 사고 예방 10문항, 정신 건강 9문항 총 44문항으로 구성되어 4단계 척도로 '항상 그렇게 한다' 4점에서 '전혀 그렇게 안 한다' 1점까지 점수는 최저 44점에서 최고 176점까지의 범위로 하였고, Breslow의 건강 행위는 7문항으로 각 문항을 0점 또는 1점으로 점수화하여 최저 0점에서 최고 7점으로 점수가 높을수록 건강 행위 실천도가 높음을 의미한다.

III. 성 적

대상자 1,055명 중 남학생이 51.5%, 여학생이 48.5%였으며, 학년 구성은 1학년이 30.6%, 2학년이 34.4%, 3학년이 35.0%로 비슷한 분포를 보였다. 부모의 연령은 부모 각각 40~44세가 50.1% 및 54.0%로 가장 많았으며, 부모의 교육 정도는 부모 각각 고졸이 53.9% 및 59.1%로 가장 많았다. 부모 직업 유무로는 아버지만 직업이 있는 경우가 66.9%였고, 맞벌이가 32.2%였으며, 어머니만 직업이 있는 경우는 0.9%에 불과했다. 경제 상태는 '중'이라고 응답한 학생이 84.2%로 가장 많았으며, 가족의 만성 질병 경험 유무는 85.8%가 없었다고 하였고, 부모간의 화목도는 화목하다고 응답한 학생이 79.9%였다(표 1).

가족의 응집력은 80점 만점에 평균 58.8점이고, 가

표 1. 대상자의 일반적 특성

구 분	남		여		계	
	인수	%	인수	%	인수	%
학 년						
1	163	30.0	160	31.3	323	30.6
2	190	35.0	173	33.8	363	34.4
3	190	35.0	179	35.0	369	35.0
부의 연령(세)						
≤39	28	5.2	28	5.5	56	5.3
40-44	276	50.8	253	49.4	529	50.1
45-49	187	34.4	179	35.0	366	34.7
50≤	52	9.6	52	10.2	104	9.9
모의 연령(세)						
≤39	178	32.8	164	32.0	342	32.4
40-44	300	55.2	270	52.7	570	54.0
45-49	53	9.8	71	13.9	124	11.8
50≤	12	2.2	7	1.4	19	1.8
부의 교육정도						
대졸이상	136	25.0	171	33.4	307	29.1
고 졸	310	57.1	259	50.6	569	53.9
중 졸	74	13.6	58	11.3	132	12.5
국졸이하	23	4.2	24	4.7	47	4.5
모의 교육정도						
대졸이상	60	11.0	84	16.4	144	13.6
고 졸	325	59.9	299	58.4	624	59.1
중 졸	123	22.7	90	17.6	213	20.2
국졸이하	35	6.4	39	7.6	74	7.0
부모의 직업유무						
부 만	366	67.4	340	66.4	706	66.9
모 만	5	0.9	4	0.8	9	0.9
맞벌이	172	31.7	168	32.8	340	32.2
경제상태						
상	65	12.0	63	12.3	128	12.1
중	453	83.4	435	85.0	888	84.2
하	25	4.6	14	2.7	39	3.7
가족의 만성질병 경험						
유	80	14.7	70	13.7	150	14.2
무	463	85.3	442	86.3	905	85.8
부모간 화목도						
화목	421	77.5	422	82.4	843	79.9
보통	97	17.9	71	13.9	168	15.9
불화	25	4.6	19	3.7	44	4.2
계	543	51.5	512	48.5	1,055	100.0

족의 적응력은 평균 44.2점이며, 여학생이 응집력과 적응력 점수에 있어서 남학생보다 약간 높은 점수를

보였다(표 2).

대상자의 건강 행위 중에서 전염병 관리, 사고 예방, 건강 행위 총점은 여학생이 남학생보다 높았으나, Breslow의 건강 행위에서는 남학생이 더 높았다. 학년별로는 건강 행위 모두에 있어서 유의한 차이를 보였는데, 고학년일수록 건강 행위 심수가 낮았다.

대상자 아버지의 연령에 따라서는 건강 행위 총점과 Breslow의 건강 행위에 있어서 유의한 차이를 보였고, 어머니의 연령에 따라서는 전염병 관리에 있어서 유의한 차이를 보였는데, 대체로 부모의 연령이 낮을수록 건강 행위 점수가 높았다.

대상자 부모의 교육 정도에 따라서는 거의 모든 부분에서 유의한 차이를 보였는데, 부모의 교육 정도가

표 2. 성별 대상자 가족의 응집력과 적응력

구 분	남		여		계	
	인수	%	인수	%	인수	%
가족의 응집력						
-49.5	93	17.1	74	14.5	167	15.8
49.6-58.8	195	35.9	148	28.9	343	32.5
58.9-68.1	178	32.8	191	37.3	369	35.0
(평균점수)	(57.8±8.95)		(59.8±9.44)		(58.8±9.24)	
가족의 적응력						
-36.8	83	15.3	64	12.5	147	13.9
36.9-44.2	225	41.4	175	34.2	400	37.9
44.3-51.5	153	28.2	165	32.2	318	30.1
51.6-82.1	108	21.1	190	18.0		
(평균점수)	(43.5±7.29)		(44.8±7.38)		(44.2±7.36)	
계	543	100.0	512	100.0	1,055	100.0

표 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강 행위 점수

(단위: 평균±표준편차)

구 분	개인위생 및 일상생활습관	전염병관리	사고예방	정신건강	건강행위총점	Breslow 건강행위
성 별						
남	43.7±6.1	32.0±4.5**	29.5±4.4**	24.5±3.9	129.7±14.1**	4.37±0.98**
여	44.2±6.2	33.7±4.2	30.8±4.6	24.4±4.0	133.1±14.4	4.02±1.04
학 년						
1	45.8±5.4**	33.9±4.3**	31.6±4.3**	25.0±4.0**	136.3±13.3**	4.29±1.00**
2	43.8±6.3	32.8±4.5	30.2±4.4	24.0±4.1	130.8±14.7	4.26±0.99
3	42.4±6.2	31.8±4.4	28.8±4.5	24.5±3.7	127.5±13.6	4.05±1.07
부의 연령(세)						
≤39	45.0±6.7	33.4±5.6	31.1±4.6	25.7±4.0	135.2±16.0*	4.29±1.02**
40-44	44.1±6.0	33.0±4.3	30.1±4.4	24.3±3.8	131.6±13.7	4.30±1.01
45-49	43.8±6.0	32.7±4.3	30.1±4.4	24.6±3.9	131.3±14.3	4.11±1.02
50≤	42.7±6.9	31.8±4.7	29.7±5.2	24.5±4.5	128.7±16.1	3.94±1.08
모의 연령(세)						
≤39	44.3±5.7	33.1±4.5**	30.5±4.4	24.5±3.9	132.5±14.1	4.20±1.03
40-44	44.0±6.4	32.8±4.3	30.1±4.6	24.4±3.8	131.3±14.2	4.25±1.02
45-49	43.0±6.1	32.2±4.7	30.0±4.9	24.6±4.3	129.8±15.2	3.99±1.04
50≤	41.5±6.6	30.1±4.4	28.3±3.4	24.9±4.1	124.9±14.8	3.95±0.97
부의 교육정도						
대졸이상	45.2±6.2**	33.4±4.4**	30.5±4.9	25.2±3.8**	134.3±15.0**	4.26±1.00**
고 졸	43.5±6.0	32.8±4.5	30.0±4.4	24.2±3.8	130.6±13.8	4.23±1.03
중 졸	42.9±6.2	32.1±4.6	30.0±4.7	24.3±4.1	129.3±14.6	4.12±1.00
국졸이하	42.8±5.4	31.5±4.2	29.5±3.7	23.4±4.3	127.3±12.6	3.70±1.12
모의 교육정도						
대졸이상	46.0±6.3**	33.7±4.3**	31.4±4.7**	25.7±3.7**	136.8±15.0**	4.23±1.05
고 졸	43.9±6.2	33.0±4.4	30.0±4.5	24.4±3.9	131.3±14.1	4.25±1.01
중 졸	43.0±5.7	32.2±4.5	29.8±4.6	24.3±4.0	129.2±14.1	4.13±1.04
국졸이하	42.6±5.6	31.6±4.5	29.9±4.2	23.0±4.1	127.2±12.9	3.92±1.02
계	43.9±6.1	32.8±4.5	30.2±4.5	24.5±3.9	131.4±14.3	4.20±1.03

* p<0.05, ** p<0.01

높을수록 건강 행위 점수가 높았다(표 3).

대상자 부모의 직업 유무에 따라서는 개인 위생 및 일상생활 습관, 건강 행위 총점, Breslow의 건강 행위 점수에 있어서 유의한 차이를 보였는데, 아버지만 직업이 있거나 맞벌이를 하는 경우가 어머니만 직업이 있는 경우보다 건강 행위 점수가 높았다.

가족의 만성질환 경험 유무에 따라서는 개인 위생 및 일상생활 습관, 건강 행위 총점, Breslow의 건강 행위 점수에서 유의한 차이를 보였는데, 만성질환을 경험한 적이 없는 군이 경험한 적이 있는 군보다 건강 행위 점수가 높았다.

가족의 경제 상태와 부모간 화목도에 따라서는 모든 건강 행위 부분에서 유의한 차이를 보였는데, 가족의 경제 상태가 좋을수록 건강 행위를 잘하였으며, 부모간의 화목도는 화목한 가족일수록 건강 행위 점수가 높았다(표 4).

대상자 가족의 응집력 및 적응력과 건강 행위 총점과의 상관관계를 보면, 각각 0.4649 및 0.3936으로 비교적 높은 상관을 보였으나, Breslow의 건강 행위 점수와는 0.2 이하의 낮은 상관을 보였다. 가족의 응집력이나 적응력은 건강 행위 항목 중 개인 위생 및

일상생활 습관과의 상관이 0.4028 및 0.3734로 다른 항목보다 높았다. 대상자 가족의 응집력 및 적응력과 건강 행위 점수는 모두 정(+)의 상관관계를 보여 응집력과 적응력이 높을수록 건강 행위 실천률이 높을 유추할 수 있다(표 5).

성별, 학년, 부 연령, 부모 교육 정도, 부모 직업 유무, 가족의 만성질환 경험 유무, 경제 상태, 부모간 화목도, 가족의 응집력, 가족의 적응력 등을 독립변수로 하고 건강 행위 점수를 종속변수로 하여 다중회귀 분석한 결과, 건강 행위 총점에서는 성별, 학년, 가족의 응집력과 적응력이 영향 변수로 나타났다. 즉, 남학생보다 여학생이 건강 행위 실천률이 높았고, 학년이 낮을수록, 가족의 응집력과 적응력이 높을수록 건강 행위에 크게 영향을 미친다고 하겠다. Breslow의 건강 행위는 성별, 부 연령, 부모간 화목도와 가족의 응집력이 영향 변수로 나타나 여학생보다 남학생이 실천률이 높았고, 아버지의 연령이 낮을수록, 부모가 화목할수록, 가족의 응집력이 높을수록 건강 행위를 잘했다(표 6).

개인 위생 및 일상생활 습관에서는 학년이 낮을수록, 부모가 화목할수록, 가족의 응집력과 적응력이

표 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강 행위 점수

(단위: 평균±표준편차)

구 분	개인위생 및 일상생활습관	전염병관리	사고예방	정신건강	건강행위총점	Breslow 건강행위
부모의 직업유무						
부만	43.9±6.1*	33.0±4.4	30.1±4.6	24.4±3.9	131.3±14.3*	4.23±1.01**
모만	38.0±6.6	30.4±4.0	28.6±2.7	22.6±3.3	119.6±10.1	3.11±0.93
맞벌이	44.0±6.1	32.6±4.5	30.4±4.4	24.8±4.0	131.7±14.3	4.16±1.04
가족의 만성질환 경험						
유	42.6±6.2**	32.2±4.3	29.6±4.6	24.7±3.8	129.1±13.6*	3.99±1.01**
무	44.1±6.1	32.9±4.5	30.3±4.5	24.4±3.9	131.7±14.4	4.23±1.02
경제상태						
상	46.2±6.3**	34.0±4.5**	31.5±5.1**	25.5±4.1**	137.1±14.8**	4.29±0.97
중	43.6±6.0	32.7±4.4	30.0±4.4	24.4±3.9	130.7±14.1	4.19±1.03
하	42.7±6.4	31.2±4.5	29.3±4.7	23.4±3.6	126.7±14.6	4.15±1.18
부모간 화목도						
화목	44.7±5.9**	33.3±4.4**	30.5±4.5**	24.7±3.9**	133.2±14.0**	4.29±0.98**
보통	41.2±5.9	30.9±4.4	29.0±4.4	23.3±3.8	124.4±13.3	3.86±1.11
불화	59.7±6.3	31.6±4.6	27.9±4.7	24.1±3.8	123.3±14.1	3.77±1.10
계	43.9±6.1	32.8±4.5	30.2±4.5	24.5±3.9	131.4±14.3	4.20±1.03

*p<0.05, **p<0.01

표 5. 대상자 가족의 응집력 · 적응력과 건강 행위와의 상관관계

	응집력	적응력	개인위생 및 일상생활습관	전염병관리	사고예방	정신건강	건강행위 총점	Breslow의 건강행위
응집력	—							
적응력	0.6532**	—						
개인위생 및 일상생활습관	0.4028**	0.3734**	—					
전염병관리	0.3836**	0.2862**	0.5222**	—				
사고예방	0.3644**	0.2611**	0.5072**	0.5133**	—			
정신건강	0.2133**	0.2283**	0.2925**	0.3210**	0.2685**	—		
건강행위 총점	0.4649**	0.3936**	0.8304**	0.7839**	0.7659**	0.5826**	—	
Breslow의 건강행위	0.1957**	0.1257**	0.2707**	0.1224**	0.1460**	0.0733*	0.2201**	—

*p<0.01, **p<0.001

높을수록 건강 행위를 잘했고, 전염병 관리에서는 남학생보다 여학생이 실천률이 높았고, 저학년일수록, 가족의 응집력이 높을수록 건강 행위를 잘했다(표 7).

사고 예방에 대해서는 남학생보다 여학생이 실천률이 높았고, 학년이 낮을수록, 가족의 응집력이 높

을수록 건강 행위를 잘했으며, 정신 건강에서는 아버지의 교육 정도가 높을수록, 가족이 만성질환 경험이었을수록, 가족의 응집력과 적응력이 높을수록 건강 행위 점수가 높았다(표 8). 결국, 모든 건강 행위에서는 가족의 응집력과 적응력이 가장 중요한 변수임을 알 수 있다.

표 6. 대상자의 건강 행위에 대한 다중 회귀 분석 결과

	건강행위 총점			Breslow의 건강행위		
	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값
개인특성						
성별	1.808	0.063	2.369*	-0.401	-0.130	-6.618**
학년	-3.256	-0.184	-6.607**	-0.073	-0.058	-1.895
부모특성						
부 연령	0.014	0.004	0.132	-0.017	-0.063	-2.051*
부 교육정도	0.701	0.038	1.362	0.075	0.056	1.837
가족의 사회인구학적 특성						
가족의 만성질환경험유무	0.186	0.005	0.169	-0.141	-0.048	-1.614
경제상태	0.970	0.026	0.952	-0.085	-0.032	-1.052
부모간 화목도	0.940	0.034	1.146	0.184	0.093	2.829**
가족의 심리학적 특성						
가족의 응집력	0.492	0.317	8.490**	0.017	0.152	3.676**
가족의 적응력	0.269	0.138	3.916**	-0.001	-0.008	-0.216
상수	88.934		15.191**	3.834		8.256**
수정된 R ²	0.265			0.095		
F값	38.944**			12.107**		

* p<0.05, ** p<0.01*

주 : <성 : 0:남자, 1:여자>, <학년 : 실수>, <부연령 : 실수>, <부교육정도 : 1:국졸, 2:중졸, 3:고졸, 4:대졸>, <부모직업유무 : 0:부·맞벌이, 1:모>, <가족의 만성질환 경험유무 : 0:무, 1:유>, <경제상태 : 1:하, 2:중, 3:상>, <부모간 화목도 : 1:불화, 2:보통, 3:화목>, <가족의 응집력 : 실수>, <가족의 적응력 : 실수>

표 7. 대상자의 건강 행위에 대한 다중 회귀 분석 결과

	개인위생 및 일상생활습관			전염병 관리		
	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값
개인특성						
성별	-0.095	-0.008	-0.282	1.372	0.154	5.505**
학년	-1.249	-0.165	-5.786**	-0.765	-0.139	-4.802**
부모특성						
부 연령	-0.019	-0.011	-0.396	-0.016	-0.014	-0.476
부 교육정도	0.316	0.039	1.385	0.192	0.033	1.144
부모 직업 유무	-1.497	-0.022	-0.801	0.433	0.009	0.314
가족의 사회인구학적 특성						
가족의 만성질환경험유무	-0.404	-0.023	-0.826	-0.032	-0.003	-0.090
경제상태	0.171	0.011	0.380	0.142	0.012	0.428
부모간 화목도	0.902	0.076	2.483*	0.033	0.004	0.123
가족의 심리학적 특성						
가족의 응집력	0.146	0.219	5.678**	0.149	0.308	7.848**
가족의 적응력	0.145	0.174	4.770**	0.028	0.046	1.242
상 수	28.637		11.047**	23.507		12.295**
수정된 R ²	0.213			0.187		
F 값	29.560**			25.222**		

표 8. 대상자의 건강행위에 대한 다중 회귀 분석

	사고 예방			정신 건강		
	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값
개인특성						
성별	0.919	0.101	3.608**	-0.388	-0.050	-1.650
학년	-1.202	-0.215	-7.389**	-0.039	-0.008	-0.261
부모특성						
부 연령	0.032	0.026	0.898	0.017	0.017	0.529
부 교육정도	-0.137	-0.023	-0.798	0.330	0.065	2.085*
부모 직업 유무	0.729	0.015	0.518	-0.710	-0.017	-0.546
가족의 사회인구학적 특성						
가족의 만성질환경험유무	-0.158	-0.012	-0.428	0.780	0.070	2.298*
경제상태	0.189	0.016	0.555	0.468	0.047	1.490
부모간 화목도	-0.018	-0.002	-0.066	0.024	0.003	0.094
가족의 심리학적 특성						
가족의 응집력	0.155	0.316	8.003**	0.043	0.102	2.410*
가족의 적응력	0.014	0.023	0.622	0.082	0.154	3.868**
상 수	21.116		10.808**	15.674		8.699**
수정된 R ²	0.181			0.064		
F 값	24.218**			8.222**		

*p<0.05, **p<0.01

주 : <성 : 0:남자, 1:여자>, <학년 : 실수>, <부연령 : 실수>, <부교육정도 : 1:국졸, 2:중졸, 3:고졸, 4:대졸>, <부 모직업유무 : 0:부·맞벌이, 1:모>, <가족의 만성질환 경험유무 : 0:무, 1:유>, <경제상태 : 1:하, 2:중, 3:상>, <부모간 화목도 : 1:불화, 2:보통, 3:화목>, <가족의 응집력 : 실수>, <가족의 적응력 : 실수>

IV. 고 찰

어느 개인의 심리적 발달은 그의 가족 체계에 의해 기인되고 가족은 건강이나 질병의 기본적 근원이 되므로 인간에게 있어 가장 중요한 것은 가족 및 가족 환경이다(조결자 등, 1987). 그러므로 가족 환경은 질병을 예방하고 건강을 유지·증진시키는 청소년의 건강 행위에도 지대한 영향을 미치며, 또한 청소년의 건전한 건강 행위를 위한 교육시에도 반드시 고려되어야 한다.

본 연구에서는 성별과 건강 행위 총점에서 여학생이 남학생보다 더 높은 점수를 보였는데, 이것은 Muhlenkamp 등(1985)과 김학순(1992)의 연구 결과와 같은 경향이였다. 최정숙(1987)은 전염병 관리에 있어서 여학생들이 더 높은 인식도를 보였다고 하였는데, 본 연구도 이와 유사하였다. 그러나 Breslow의 건강 행위에 있어서는 여학생이 남학생보다 낮은 점수를 보였다. 이것은 Breslow의 건강 행위 분항에 음주와 흡연을 포함하고 있긴 하지만 여학생들이 남학생보다 간식, 운동, 식사 등에서 올바르게 실천하지않기 때문인 것으로 생각된다.

학년에 따른 건강 행위 정도에 있어서는 고학년일수록 건강 행위 점수가 낮았다. 중학생 시기는 청소년기이며, 청소년기의 발달 특성상 생물학적인 변화와 더불어 특히, 심리·사회학적으로 아동기에서 성인기로 전환하는 과도기적인 상황으로 인해 발달 위기를 경험함으로써 상대적으로 건강 행위에 관한 관심이 떨어지기 때문인 것으로 생각된다. 또 청소년기의 최초 흡연 시기가 중학교 3학년이 가장 많았고(이영숙, 1982; 이혜경, 1990), 여자 고등학교의 최초 흡연 시기도 중학교 3학년에서 고등학교 1학년 사이가 가장 많았다는 연구 결과(심은희, 1988)에서 알 수 있듯이 청소년기에는 고학년이 될수록 사회화된 문제 행동을 일으키고, 성인 문제 행동과 유사한 성인 모방 행동을 많이 하며(나철, 1984), 수업 시간이 많아지고 학업에 너무 치중하게 됨으로써 건강 행위에 대해서는 상대적으로 관심을 가질 수 없기 때문이기도 하다. 그러나 장기적 안목으로 보아 국가적 보건 사업은 앞으로 이 나라의 동량이 될 2세 국민에 대한 보건 교육, 건강 관리 및 건강 생활의 습관을 심어 주는 것을 그 우선적인 목표로 삼는 것이 바람직하므로(최정숙, 1987)

청소년기 특징을 올바르게 인식하여 효율적인 보건 사업을 위한 적절한 접근법을 개발해야 할 것이다.

대체적으로 부모의 연령이 낮을수록 건강 행위 점수가 높았다. 과거보다 교육받을 기회가 증가하여 연령이 낮은 부모들이 교육 정도가 높고, 또한 학교 보건 교육을 받은 지 얼마 되지 않았기 때문에 그 효과가 자녀에게도 미치고 있음을 알 수 있다. 그러나 정신 건강은 부모의 연령과 건강 행위와의 관계에서 차이가 나타나지 않았는데 조절자 등(1987)의 결과와 비슷하였다.

부모의 교육 정도가 높을수록 건강 행위 점수가 높았으며, 이것은 조원정과 장은희(1982), 김은숙(1986)의 결과와 일치한다. 조절자 등(1987)은 부모의 교육 정도가 자녀의 양육에 반영되어 자녀에게 영향을 미치기 때문이며, 부모의 낮은 교육 정도는 경제 상태와 직결되어 안정된 가족 환경을 형성하지 못하거나 부모의 낮은 교육 정도가 양육 방식에 차이를 가져옴으로써 건강 행위에 영향을 미친다고 하였다.

가족 중에서 만성 질병 경험이 없는 가족이 건강 행위 점수가 높았다. 가족 중 만성 질병을 경험하고 있으면 가족 구성원들이 건강에 대한 지식과 관심이 높아져 질병을 경험하지 않기 위해서 예방적 건강 행위를 잘 실천할 것이므로 건강 행위 정도가 높을 것이라 예상했으나 연구 결과에서는 건강 행위 점수가 낮았다. 이 결과는 가족 중 환자가 있으면 가족 구성원에게 시간적, 경제적, 정신적으로 부정적인 영향을 주어 건강 행위가 낮아지고, 또 조혜영(1985), 최정숙(1987), 강귀애(1991)의 연구 결과에서 알 수 있듯이 현재 건강 상태가 좋고, 가족의 건강 관리 실천도가 높을수록 건강 행위 점수도 높아진다고 하였으므로 가족 중 환자가 있다는 것은 현재 건강 상태가 좋지 않고 가족의 건강 관리가 낮다고 하겠다. 이것은 Belloc과 Breslow(1972)가 건강 관리 실천은 그 사람의 현재 실질적 건강 상태와 상당히 관련이 있다는 것과 기경숙(1985)결과 및 건강 행위 정도는 건강 상태와 긍정적인 상관관계가 있다는 연구 결과와 일치한다.

가족의 경제 상태와 건강 행위에 있어서는 경제 상태가 좋을수록 건강 행위 실천률이 높게 나타났는데, 이는 조원정과 장은희(1982), 손영희(1983), 김학순(1992)의 연구 결과와 비슷하였다. 또한 경제 사정에 따른 문화적 영향이 성격 형성과 행동에 큰 영향을 미

친다는 Hurlock(1973)의 이론과 부합되는 결과라고 생각되며, 가족 경제가 불안해지면 청소년 자녀의 사회적 및 개인적 적응과 사회 전반에 대한 태도에 광범위하게 장애를 준다는 Kahn(1969), Smith(1969), Cutright(1971)의 견해도 연관이 된다.

부모간 화목도, 가족의 응집력 그리고 가족의 적응력이 높을수록 건강 행위 점수가 높았다. 특히 가족의 응집력과 적응력은 건강 행위 총점에 뿐만 아니라 개인 위생 및 일상생활 습관, 전염병 관리, 사고 예방 및 정신 건강 행위 점수 모두에 영향을 미치고 있었다. 이 결과는 Healy(1922)의 가족 환경과 청소년 비행 발생과의 상관관계에서 청소년 비행과 관련된 요인으로 가족 불화를 중요한 변수로 들고 있는 점과 관련이 있으며, 또 응집력과 적응력이 좋으면 정신 건강이 좋다는 오화선(1992)의 연구, 그리고 가정 분위기의 안정, 화합 요인은 정신 건강의 각 증상 차원과 유의한 차이를 보인다는 박지희(1987)의 연구 결과와 유사하다. 조절자 등(1987)도 가족 환경 중 물리적 환경보다 심리적 환경 요인, 즉 부모의 양육 태도, 부모·자녀 간의 관계와 정신 건강과는 유의한 상관을 보인다고 하였는데 본 연구에선 신체적 건강 행위도 부모간 화목도, 가족의 응집력과 적응력에 영향을 받고 있었다.

가족의 응집력 및 적응력과 관련하여 Olson 등(1983)은 응집력과 적응력이 너무 높거나 너무 낮을 때 그 가족 행동은 극단적으로 나타나고 응집력 차원이 중간일 때 개인은 다른 가족 구성원들과 적절히 독립되어 있으면서도 서로 연관을 가지는 균형을 이룰 수 있다고 했으며, 적응력도 중간일 때 효율적인 가족 기능을 하며 안정과 변화에 균형을 이룸으로써 지도력과 규칙이 명백해지고 문제 해결도 능숙하며 역할 분담에 대한 융통성이 있다고 하여 응집력과 적응력이 너무 높은 가족이 역기능이나 병리적 현상을 나타내는 것으로 되어 있다. 그러나 본 연구 결과와 임용우(1984), 신영규(1994)의 연구에서는 가족의 응집력과 적응력이 높을수록 정(+)의 결과를 가져와 우리나라 가족의 경우에는 문화적 특성과 관련하여 그렇지 않음을 시사해 준다.

본 연구에서는 원래 부모가 사망, 이혼, 별거한 경우에 대해서도 설문 조사하였으나, 이러한 부모를 가진 학생수가 적고 건강 행위에 너무 큰 영향 요인이 될 수 있을 것으로 생각되어 연구 대상에서 제외시켜

분석하였다. 그러나 부모가 사망, 이혼, 별거한 경우를 배제하고 가족 환경을 파악하는데 제한이 있음을 감안해야 할 것이다.

Landis(1963)는 부모의 사망보다는 부모의 별거나 이혼이 가족에 더 많은 갈등을 준다고 하였는데 본 연구에서도 부모의 별거나 이혼이 자녀의 건강 행위에 크게 영향을 미치므로 건강한 가족 환경 조성이 무엇보다도 중요하다고 하겠다.

이상과 같이 살펴볼 때 가족 환경은 중학생의 건강 행위에 상당한 영향을 주고 있으며 특히, 가족의 심리학적 변수인 응집력과 적응력이 모든 건강 행위에 영향을 미치고 있다. 그리고 건강 행위뿐만 아니라 청소년의 비행 문제에도 가족 환경이 영향을 미친다는 연구(김소야자와 황미희, 1983; 나철, 1984)가 많이 나와 있으므로 바람직한 가족 환경을 조성하는 것이 미래의 주역이 될 청소년들이 정신적, 신체적으로 건강하게 생활할 수 있는 토대를 마련하는 것이라고 생각된다.

V. 요 약

중학생의 건강 행위에 가족 환경이 어떠한 영향을 미치는지를 알아보기 위하여 1996년 4월 8일에서 4월 13일까지 부산 광역시 소재 4개 중학교(남중 2개교, 여중 2개교)의 남학생 543명과 여학생 512명을 대상으로 설문 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다.

대상자 가족의 응집력은 80점 만점에 남학생이 57.8, 여학생이 59.8이었고, 가족의 적응력은 70점 만점에 남학생이 43.5, 여학생이 44.8로 남학생보다 여학생이 약간 높았다.

대상자의 Breslow 건강 행위 점수는 7점 만점에 4.20이었으며, 건강 행위 총점은 176점 만점에 131.4점이었다. 건강 행위 총점을 항목별로 보면, 개인 위생 및 일상생활 습관이 60점 만점에 43.9점, 전염병 관리가 40점 만점에 32.8점, 사고 예방이 40점 만점에 30.2점, 정신 건강이 36점 만점에 24.5점이었다.

단순 분석에서 Breslow 건강 행위 점수는 여학생에 비해 남학생인 경우, 저학년일수록, 부모의 연령이 적은 경우, 부모의 교육 정도가 높을수록, 아버지만 직업이 있거나 맞벌이인 경우, 만성 질병을 경험한 적이 없는 가족인 경우, 가정의 경제 상태가 높을수록,

부모가 화목할수록, 가족의 응집력과 적응력이 높을수록 유의하게 높았다. 건강 행위 총점의 경우는 남학생에 비해 여학생의 경우가 건강 행위 정도의 점수가 높았으며, 그 외는 Breslow 건강 행위 점수와 같은 경향을 보였다.

다중 회귀 분석에서 중학생의 건강 행위는 남학생보다 여학생이 실천률이 높았고, 학년이 낮을수록, 가족의 응집력과 적응력이 높을수록 유의하게 높아졌으며, Breslow 건강 행위는 여학생보다 남학생이 실천률이 높았고, 아버지의 연령이 적은 경우, 부모가 화목할수록, 가족의 응집력이 높을수록 유의하게 높았다.

이상의 결과로, 중학생의 건강 행위에는 가족의 응집력과 적응력 그리고 부모간의 화목도 등의 가족 환경이 중요한 영향을 미치므로 건강한 신체나 정신을 유지하기 위해서는 가족의 지지가 매우 중요하다고 하겠다.

참고문헌

1. 강귀애, 국민학교 육학년 학생들의 건강 증진 행위에 관련된 9인. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원, 1991.
2. 공세권, 김진숙, 장현섭, 서미향, 조애지. 한국 가족의 기능과 역할 변화. 한국 보건 사회 연구원, 1990, pp.11-17.
3. 기경숙, 중학교 남학생들의 건강 관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사 연구. 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1985.
4. 기백석, 비행 청소년과 학생 청소년의 문제 행동에 관한 판별 함수 분석. 박사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1987.
5. 김소야자, 황미희, 비행 청소년 발생과 가족 환경과의 상관 관계 연구. 대한간호학회지 13(1), 34-40, 1983.
6. 김은숙, 건강 신념과 치주 질환에 대한 예방적 건강 행위 이행과의 관계 연구. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 1986.
7. 김인숙, 연희지역 아파트 주부의 건강 관리 실천의 결정 요인 분석에 관한 조사연구. 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1978.
8. 김학순, 남녀 고등학생들의 건강에 대한 연구 - 일부 청소년들의 건강 상태와 건강 행위를 중심으로. 석사학위논문, 충남대학교 대학원, 1992.
9. 나 철, 학생 청소년의 가정 환경과 문제 행동 유형간의 관계 분석. 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1984.
10. 박지희, 가정 환경과 정신 건강과의 관계 연구. 석사학위논문, 숙명여자대학교 교육대학원, 1987.
11. 박형중, 학교 보건 교육의 중요성과 그 개선을 위한 제언. 학교보건 18, 7-12, 1989.
12. 손영희, 일부 서울지역 주민의 건강 일반에 대한 지식·태도 및 실천에 관한 조사 연구. 국립의료원 간진 논문집 1(4), 289, 1983.
13. 신관호, 개인 위생의 지식 및 실천에 관한 조사 연구. 공중보건학회지 8(2), 294, 1971.
14. 신영규, 가족 체계 유형과 대학생의 자아 분화의 관계. 석사학위논문, 부산대학교 대학원, 1994.
15. 심은희, 서울특별시 여고생의 흡연 실태. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 1988.
16. 오화선, 고등학교 남학생의 가족 환경 지각과 정신 건강과의 관계. 석사학위논문, 경북대학교 대학원, 1992.
17. 이가연, 청소년이 지각한 가족 지지와 정신 건강과의 관계. 석사학위논문, 경북대학교 대학원, 1993.
18. 이영숙, 서울시내 일부 고등학교 학생들의 흡연 실태에 관한 조사 연구. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1982.
19. 이재우, 학생 청소년이 지각한 신체형과 우울성향간의 관계 분석. 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1985.
20. 이해경, 도시 청소년들의 흡연 동태에 관한 비교 연구. 석사학위논문, 고려대학교 교육대학원, 1990.
21. 임용우, 가족 체계 유형과 청소년의 부적응 행동과의 관계. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 1984.
22. 조결자, 김윤희, 조미영, 청소년의 가정 환경 요인과 자아 개념, 정신 건강 비교 연구. 대한간호 26(1), 96-114, 1987.
23. 조원정, 장은희, 농촌 지역 사회 주민의 예방적 건강 생활의 실천에 관한 조사 연구. 대한간호 21(4), 47-63, 1982.
24. 조원정, 건강 행위에 대한 성인 지각의 실증적 연구. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1983.
25. 조혜영, 여고생들의 건강 관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사 연구. 석사학위논문, 조선대학교 대학원, 1985.
26. 지형근, 학생 및 비행 청소년의 성 관심도와 문제 행동 유형간의 관계 분석. 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1985.
27. 최정숙, 중학교 여학생들의 건강 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 대한간호 26(1), 63-71, 1987.
28. Belloc NB, Breslow L.: Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine, p. 418, 1972.
29. Cutright P.: Income and family events. Marital stability. *Journal of Marriage and Family*, 33, 291-306, 1971.

30. Hanchett E.: Nursing frameworks & community as client. Appleton & Lange, Norwalk Co, pp.83-107, 1988.
31. Healy W.A.: The individual delinquent. Little & Brown, Boston, 1922. pp.282-286.
32. Hurlock E.B.: Transition in family relationships in adolescent development. 4th ed., McGraw Hill, pp.296-319, 1973.
33. Kahn M.L.: Class and conformity. A study in values, Homewood III, Dorsey Press, pp.262, 1969.
34. Landis J.T.: Social correlates of divorce and non-divorce among the unhappy married marriage. *Fam. Living*, **25**, 170-180, 1963.
35. Miller J.R., Janosik E.H.: Family focused care. McGraw Hill Book Co, New York, pp.5-15, 1980.
36. Muhlenkamp A.F., Brown J.J., Sands D.: Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients. *Nursing Research*, **35**, 334-338, 1985.
37. Olson D.H., Portner J., Bell R.: Family adaptability and cohesion evaluation scales. In Olson DH, McCubbin HL, Barenes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M, (Eds.) Family Inventories, pp.5-24, 1982.
38. Olson D.H., Russel C.S., Sprenkle D.H.: Circumplex model of marital and family system VI Theoretical update. *Family Process*, **22**: 69-83, 1983.
39. Smith T.E.: Social class and attitude toward fathers. *Social Soc. Res.*, **53**, 217-226, 1969.