

취약계층 초등학교 고학년 방과후 교실 아동의 건강증진행위 실천의 영향요인 분석

윤 희 상* · 한 영 란**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 보건정책은 치료중심에서 예방중심의 건강 증진성격으로 변화하고 있다. 이는 평균수명의 연장파 만성퇴행성 질환의 상병구조가 개인의 생활습관요인에 의해 발생하고 또한 발병 때까지의 잠재기간이 길며 한번 이환되면 쉽게 치료되지 않는 이유로 사전예방이 무엇보다 중요하며 나아가 국가 정책적 차원에서 의료비용의 절감 효과를 꾀할 수 있기 때문이다. 건강증진이란 사람들이 '스스로 건강을 관리하고 개선할 수 있도록 하는 과정'으로 치료보다 건강관리 및 질병 예방을 강조하는 접근이다. 즉 자신의 주도로 책임감을 가지고 양호한 건강상태를 유지하기 위해 자신의 능력과 잠재력을 최대한 발휘하여 건강에 긍정적인 행위를 하는 것으로 개인에게 있어 최고조의 안녕을 달성하려는 적극적인 행위이며(Green & Kreuter, 1991), 개인건강의 많은 부분은 개인이 조절할 수 있는 생활습관으로 결정된다. 우리나라에서 건강증진은 1995년 건강증진법이 제정되어 평생건강관리체제가 구축되면서 주목을 받게 되었다.

취약계층이란 경제적 측면에서 의료의 접근성이 떨어지는 빈곤층과 저소득층을 의미하고 질병이나 재해로 건강의 위해가 발생할 가능성이 큰 계층으로 의료이용의 경제적 지리적 문화적 접근도가 떨어져 건강으로 복귀

하는데 오랜 시간이 걸리거나 영구적인 장애 혹은 사망에 이르는 가능성이 높은 집단으로 정의된다. 이러한 정의를 내리더라도 취약계층의 기준은 소득수준, 생애주기, 위험요인의 노출정도, 성별, 생활조건 등에 따라 구체적인 대상이 결정된다(Ahn, 2007).

일반적으로 취약계층이란 사회적 의미로 사용되는데, WHO 세계 보건현황 6차 보고에서 사회경제적 상태가 취약한 계층은 그렇지 않은 계층에 비해 건강수준이 상대적으로 낮고 취약계층과 그렇지 않은 계층과의 격차를 감소시키는 것을 보건목표로 설정하였다(National Human Right Commission of Korea, 2007). 우리나라 취약계층의 특징은 의료서비스의 요구는 많지만 이를 충족하지 못하고 있으며(Ahn, 2007), 취약계층을 중심으로 사회 양극화 현상이 가중되고 있다. 외환위기 후 국가적 사업으로 사회안전망이 구축되어 취약계층에 대한 연구 및 사업이 노인, 여성 및 장애인을 중심으로 활발해졌지만 취약계층 가정 아동은 가족해체와 더불어 경제적 어려움과 심리·정서 문제 등 여러 가지 복합적인 문제로 건강에 대한 적절한 보호를 받지 못하고 있는 실정이며 이들 아동들의 건강에 대한 무관심은 사회적 문제로 지적되고 있다(National Human Right Commission of Korea, 2007). 아동의 건강습관은 부모의 물리적, 정서적, 사회적 건강 수준 및 양육방법에 따라 다르게 나타나고, 건강에 영향을 미치는 행위나 습관은 아동기에 형성되므로(Kwon, 2007), 취약계층 아

* 서울여자간호대학(교신저자 E-mail: viva826@hanmail.net)

** 동국대학교 간호학과

투고일: 2008년 4월 16일 심사완료일: 2008년 6월 4일

동에 대한 건강증진프로그램은 보건정책에서 특히 강조되어야 할 내용 중의 하나이다. 취약 계층 아동은 부모의 맞벌이나 가정해체, 부모의 알코올 섭취 등과 같은 건강위험행위에 노출되어 있으므로(National Human Right Commission of Korea, 2007), 가정에서 올바른 건강습관을 배우고 형성할 기회가 적다. 아동 건강의 문제를 개별가족의 책임 영역으로 국한시키게 되면 건강을 조성할 수 있는 환경과 건강책임 그리고 양육 환경의 차이로 성장 후 건강불평등을 야기하게 되고 나아가 특정집단의 아동이 건강하게 자랄 수 있는 권리를 침해당하게 되는 등 다양한 문제가 발생되므로 취약가정 아동의 건강관리와 성인기 건강을 위한 건강증진의 필요성은 사회적 논의가 되고 있다. 그러나 우리나라 취약가정 아동 정책은 취업여성을 위한 여성의 노동권을 보장한다는 것이 아동정책의 근간으로 보육 중심으로 이루어졌다(Kim & Lee, 2006). 보육이 취약가정 아동에게 중요한 것은 사실이지만 보육 이외에도 취약가정 아동을 위해서는 다양한 지원이 필요하며 저출산 노령화가 가속화해 진행되는 우리나라의 상황에서는 차세대 건강한 노동력을 확보하기 위해서는 취약계층 아동의 건강증진을 위한 접근이 필요하다.

따라서 건강관리자가 건강관리와 건강증진의 개념, 가치, 방법 등 전문적인 교육을 취약계층 아동에게 실시하여 건강에 유익하고 긍정적인 건강행위를 습득하여 건강습관을 형성하도록 유도하는 것이 중요하다. 특히 초등학교 고학년 시기는 청소년기로 이행하는 중요한 시기로서 신체, 정신 및 사회적 성숙이 이루어지고, 사춘기를 맞이하면서 음주, 흡연 등 건강위험행위를 접하게 될 기회가 증가하므로 이 시기에 건강에 유익한 올바른 가치관과 습관을 형성하도록 돕는 것은 지역사회간호사의 중요한 역할 중 하나이다.

건강증진을 성공적으로 수행하기 위해서는 건강행위를 예측함에 있어 일반적인 가치보다 특별한 가치가 더 효과적인데, Weitzel과 Waller(1990)는 특히 인지·지각요인이 건강증진행위에 영향을 미칠 뿐만 아니라 중재에 의해 변화 가능한 중요변수라고 하였다. Pender(1986)는 건강한 생활양식의 요소로 건강보호와 건강증진행위를 포함시켜 개인, 가족, 지역사회의 건강수준을 향상시키기 위한 행동과학적 개념을 제시하였고, 인지·지각적 요인으로 자신에 대하여 능력 있고 성공적이라는 긍정적인 자아존중감은 건강증진행위의 습득과 유지를 위한 일차적 동기기전으로 건강에 유익을 줄 수 있는 변수로 설

명하였다(Kwon, Kam, & Park, 2000).

취약계층 아동의 건강증진행위에 대한 연구로는 Kim(2008)의 조손가정의 건강행위에 대한 연구와 Seol(2007)의 결혼가정 아동과 정상가정 아동의 건강행위에 대한 연구 등으로 취약계층을 구성하는 일부계층 아동을 대상으로 건강증진행위에 대한 서술적 조사나 비교 연구는 있으나, 지역의 취약계층 아동을 대상으로 하여 건강증진행위와 요인을 파악하고자 하는 연구는 부족한 실정이다.

그러므로 본 연구에서는 취약계층 초등학교 고학년 방과후 교실 아동을 대상으로 건강증진행위실천정도와 건강지식, 자아존중감과의 관계를 파악하고, 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하여 지역사회에서 운영하고 있는 취약계층 자녀를 위한 건강관리 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

취약계층 아동의 건강증진행위실천을 효과적으로 유도할 수 있는 현실성 있는 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도된 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 건강지식, 자아존중감 및 건강증진행위실천 정도를 파악한다.

둘째, 성별과 학년에 따른 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천 정도를 파악한다.

셋째, 대상자의 건강지식, 자아존중감과 건강증진행위실천정도 간의 상관관계를 파악한다.

넷째, 대상자의 건강증진행위실천정도에 영향을 미치는 영향요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 서울시 S구에서 취약계층 아동을 위한 방과 후 교실 중 초등학교 4, 5, 6학년 아동이 이용하는 방과 후 교실 이용자이다. 이용아동은 기초생활수급권자 또는 차상위계층에 속하는 자로 거주지역의 주민자치센터에서 발급하는 취약계층 증명서를 제출한 아동과 일시적이거나 서류상 기초생활수급권자 또는 차상위계층에 속하지는 않지만 이에 준하는 아동으로 긴급하

게 지원해야 하므로 학교장의 추천서를 제출한 후에 방과후 교실을 이용하는 아동을 의미한다. S 구에서 취약계층 아동이 이용하는 방과후 교실이 4개였고, 4개 기관을 접촉하여 연구의 목적을 설명하고 참여하기로 하였으나 1곳은 초등학교 저학년 들이 이용하여 연구에서 제외하여 총 3개 방과후 교실을 대상으로 하였다. 전체 연구대상자는 152명이었으나 그 중 자료가 불충분한 대상자 15명을 제외한 총 137명을 연구대상으로 하였다

2. 자료수집방법

자료수집기간은 2007년 7월 10일부터 15일까지이며 구조화된 설문지를 이용하였다. 자료를 수집하기 위하여 방과 후 교실을 사전에 방문하여 교실 대표, 초등학교 4, 5, 6학년 담당교사와 사전회의를 통하여 합의하였다. 설문조사방법 및 절차의 일관성을 유지하기 위하여 보조원에게 설문지와 자료수집방법에 대한 사전교육을 실시하였다. 자료수집은 연구자와 보조원이 함께 방과 후 교실을 방문하여 연구의 목적을 설명한 후 연구 참여에 동의를 구하였고, 개인정보를 보호하고 연구 참여를 포기할 수 있음을 알린 후에 설문조사를 실시하였다.

3. 연구의 개념 틀

본 연구의 개념 틀은 KAP 모형을 사용하였다. KAP 모형은 학습이론에서 나온 것으로 어떤 바람직한 행태가 일어나기 위해서는 그에 대한 긍정적인 태도가 선행되어야 하고 그러기 위해서는 먼저 올바른 지식을 가지고 있어야 한다는 3가지 구성요소가 선형구조의 틀을 갖추고 있다(Jung, 2004). 이 모형은 정량 가능한 인구학적 자료와 통계가능한 행동지표를 통하여 계획을 수립하기에 편리하여 건강관련 행위의 이해에 사용되고 있다. 그러나 상이한 개인의 특성이 지식, 행동의 변화에 영향을 주므로 개인적 특성을 첨가하여 모형의 타당도를 높일

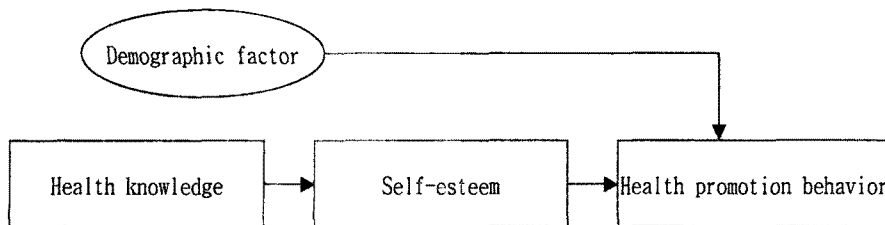
수 있고(Cutler, 2005), 성별의 차이는 인지 태도 및 건강관련 행위에 영향을 많이 주므로 지식 태도 행위의 순차 모형에 개인적인 특성을 추가하여 지속적인 행태 변화의 가능성을 보다 적절히 예측할 수 있는 것으로 평가된다(Sable & Libbus, 1998). 그러므로 본 연구에서는 지식, 태도 행위의 선형구조에 대상자의 일반적인 특성을 추가한 모형을 연구의 개념 틀로 설정하였다.

건강지식은 개인의 건강에 대한 인식, 태도, 가치관을 변화시켜 긍정적인 건강행위를 유도한다(Kim & Wie, 1997). 교육인적자원부의 초등학교 학교보건의 기본방향은 보건 및 건강에 대한 정확하고 풍부한 지식을 제공하여 바른 건강생활태도형성에 목표를 두고 보건교육을 여러 단위 교과에서 나누어 실시하고 있으므로 건강지식이 건강증진행위실천정도에 영향을 미칠 수 있다. 자아존중감은 건강증진행위의 가장 핵심적인 변수로(Pender, 1986) 중재에 의해 변화 가능하므로(Grzywacz & Marks, 2001) 건강증진행위를 유도할 수 있는 중요한 변수이다. 그러므로 본 연구의 KAP 모형은 지식은 건강지식, 태도는 자아존중감, 행위는 건강증진행위로 개념적 개입을 통한 연구의 개념틀을 다음과 같이 설정하였다 <Figure 1>.

4. 연구도구

1) 건강증진행위실천정도

Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)와 Chen, Wang, Yang과 Liou(2003)가 개발한 Adolescent Health Promotion Scale(AHP)를 기초로 Song(2005)이 수정·보완한 도구에 의해 측정된 점수를 말한다. 건강증진행위실천정도에 따라 거의 그렇지 않다 0점, 대체로 그렇지 않다 1점, 대체로 그렇다 2점, 매우 그렇다 3점의 47문항, 4점 척도로 구성되었으며, 점수 범위는 0점에서 141점으로 점수가 높을수록 건강증진행위 정도가



<Figure 1> Conceptual Framework

높은 것을 의미한다. 이 도구의 하부영역은 개인위생 및 건강책임 10문항, 영양 및 식습관 8문항, 물질남용 6문항, 운동 5문항, 스트레스관리 및 대인관계 10문항, 자아실현 8문항으로 구성되어 있다. 개발당시 HPLP의 신뢰도는 .92이었고, AHP의 신뢰도(cronbach's α)는 .93이었으며 Song(2005)의 연구에서는 .87이었고, 본 연구에서는 .92이었다.

2) 건강지식

Song(1990)이 개발한 도구를 Yoon과 Jung(2005)이 초등학교를 대상으로 사용한 도구를 사용하였다. 공중보건, 개인위생, 영양, 운동, 성, 질병관리, 정신건강관리, 환경의 내용으로 구성되었으며, 총 15문항으로 '맞다', '틀리다'로 구분하여 문항별 정답에 1점을 주어 산출하였다. 점수는 0~15점 사이에 분포한다. Yoon과 Jung(2005)의 연구에서는 신뢰도는 .61이었으며, 본 연구의 신뢰도(KR-20)는 .67이었다.

3) 자아존중감

자아존중감은 Jang(2002)이 이용한 도구로 자아개념의 평가적 요소로 자신에 대한 가치, 존경, 능력, 태도, 유의 등에 대한 질문으로 총 10문항으로 '전혀 그렇지 않다'부터 '항상 그렇다'로 구분하여 0점에서 4점으로 처리하였고, Jang(2002)의 연구에서 신뢰도(Cronbach's α)는 .84이었고(Jung & Yoon, 2005), 본 연구에서는 .60이었다.

4. 분석방법

수집된 자료는 SPSS 12.0 프로그램을 이용하여 분석되었고, 통계학적 유의수준은 0.05이하로 하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강지식, 자아존중감 및 건강증진행위실천정도를 파악하기 위해 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계를 사용하였으며, 성별과 학년에 따른 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천정도의 차이를 파악하기 위해 t-test와 ANOVA를 실시하였으며 사후 분석으로 Scheffe 분석을 사용하였다. 대상자의 건강지식, 자아존중감과 건강증진행위실천정도 간의 상관관계를 파악하기 위해서 Pearson상관관계 분석을 실시하였고, 대상자의 건강증진행위실천정도에 미치는 영향요인을 파악하기 위해서는 회귀분석을 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <Table 1>에 제시되었다. 여학생이 전체의 59.85%, 남학생이 40.15%로 여자가 약간 많았으며, 학년별 분포는 4학년(46.70%), 5학년(40.90%), 6학년(12.40%)의 순이었다. 거주지는 연립주택(51.09%), 단독주택(27.01%), 아파트(18.25%) 순이었다. 부모의 결혼 상태는 기혼 50.36%, 이혼, 27.74%이었고, 재혼, 사별, 동거 미혼 등이 전체의 20.44%를 차지하였다.

<Table 1> General Characteristics (N=137)

		N	%
Sex	Male	55	40.15
	Female	82	59.85
Grade	Fourth	64	46.70
	Fifth	56	40.90
	Sixth	17	12.40
Residence	Apartment	25	18.25
	House	37	27.01
	Detached house	70	51.09
	Etc	5	3.65
Marital status of parents	Married	69	50.36
	Divorced	38	27.74
	Remarried	6	4.38
	Widowed	12	8.76
	Live together	10	7.30
	Etc	2	1.46
		137	100.00

2. 대상자의 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천 정도

대상자의 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천정도 평균평점은 다음과 같다(Table 2). 건강지식(0.80±0.14), 자아존중감(2.51±0.61), 건강증진행위실천정도(2.18±0.43) 이었고, 하부영역 중 가장 점수가 높은 영역은 약물남용(2.54±0.57)이고 가장 낮은 영역은 영양영역(1.95±0.61)이었다.

3. 성별과 학년에 따른 건강지식, 자아존중감 및 건강증진행위실천 정도

(Table 2) Health Knowledge, Self-esteem, Health Promotion Behavior (N=137)

	Number of items	Mean	SD
Health knowledge	15	0.80	0.14
Self-esteem	10	2.51	0.61
Health promotion behavior	47	2.18	0.43
Health responsibility	10	2.08	0.56
Nutrition behavior	8	1.95	0.61
Drug abuse	6	2.54	0.57
Exercise behavior	5	2.18	0.61
Stress-management	10	2.08	0.61
Life-appreciation	8	2.39	0.54

성별과 학년에 따른 건강지식, 자아존중감, 건강증진 행위실천정도(= <Table 3>과 같다. 건강지식은 성별($t=2.69$, $p<.05$), 학년별($t=9.58$, $p<.01$)로 유의한 차이가 나타나 여학생의 건강지식 수준(12.41)이 남학생(11.43)보다 높았고, 6학년(12.82)의 지식수준이 4학년(11.22)과 5학년(12.70)보다 높게 나타났다. 자아존중감은 성별($t=2.12$, $p<.05$), 학년별($t=7.32$, $p<.01$)로 유의한 차이가 나타나 여학생의 자아존중감(25.99)이 남학생(23.76)보다 높았고, 6학년(27.00)

의 자아존중감 수준이 4학년(23.06)과 5학년(26.84)보다 높게 나타났다. 건강증진행위실천정도(= 성별($t=2.51$, $p<.05$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 세부항목에서는 개인위생 및 건강책임($t=3.11$, $p<.01$) 과 스트레스관리 및 대인관계($t=2.36$, $p<.05$)에서 남학생과 여학생의 유의한 차이가 나타났다.

4. 대상자의 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천정도와의 상관관계

(Table 3) Difference of Health Knowledge, Self-esteem and Health Promotion Behavior among Sex and Grade (N=137)

		Health knowledge	Self-esteem	Health promotion behavior	Health responsibility	Nutrition behavior	Drug abuse	Exercise behavior	Stress-management	Life-appreciation
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Sex	Male	11.43 (2.41)	23.76 (6.43)	97.31 (22.48)	19.07 (6.24)	14.82 (5.19)	15.11 (3.44)	10.64 (3.28)	19.35 (6.92)	18.33 (4.67)
	Female	12.41 (1.85)	25.99 (5.71)	106.00 (17.95)	22.02 (4.85)	16.15 (4.57)	15.32 (3.42)	11.07 (2.90)	21.82 (5.33)	19.62 (4.06)
t		2.69*	2.12*	2.51*	2.51*	2.51*	0.35	0.82	2.36*	1.72
Grade	Fourth G1	11.22 (2.37)	23.06 (5.26)	101.55 (22.20)	21.52 (5.84)	20.84 (5.62)	15.61 (4.85)	10.80 (2.96)	20.03 (6.91)	18.38 (4.73)
	Fifth G2	12.70 (1.49)	26.84 (6.30)	104.00 (18.02)	21.00 (5.09)	21.00 (5.09)	14.95 (3.40)	10.95 (3.17)	21.05 (5.53)	19.64 (4.01)
	Sixth G3	12.82 (2.07)	27.00 (6.21)	100.24 (20.36)	17.76 (5.74)	17.76 (5.74)	14.24 (4.80)	11.12 (3.22)	23.06 (4.04)	20.06 (3.61)
t		9.58** G3>G1 G3>G2	7.32** G3>G1 G3>G2	0.39	3.12	1.07	1.74	0.08	1.73	1.76

Note : * $p < .05$ ** $p < .01$

(Table 4) Correlation with Health Promotion Behavior, Health Knowledge, and Self-esteem(N=137)

	Health knowledge	Self-esteem	Health promotion behavior
Health knowledge	1	.43**	.19*
Self-esteem		1	.39**
Health promotion behavior			1

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

건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천정도의 상관관계는 <Table 4>와 같다. 건강지식과 자아존중감($r = .43, p < .01$) 그리고 건강증진행위실천정도($r = .19, p < .05$)간에 정적인 상관관계가 있었으며, 자아존중감은 건강증진행위실천정도($r = .39, p < .01$)와 정적 상관관계가 있었다.

5. 건강증진행위실천정도에 영향을 미치는 요인

건강증진행위실천정도에 영향을 주는 요인을 파악하기 위하여 건강증진행위실천정도를 종속변수, 건강지식, 성별, 자아존중감을 독립변수로 하여 입력방법에 의한 회귀분석을 실시한 결과는 <Table 5>와 같다. 영역별 지수간에 상관성을 파악하기 위해 다중공선성을 분석하였다. 변량확대요인(Variance Inflation Factor, VIF)이 10이상이면 다중공선성이 있는 것으로 간주하나 이 연구에서는 1.10-1.26으로 다중공선성은 문제가 없는 것으로 나타났다. 최종적으로 자아존중감이 건강증진행위정도에 영향을 주는 변수로 통계적으로 유의하였고, 회귀식의 설명력은 18%이었다.

IV. 논 의

본 연구는 서울시 S구에서 취약계층 초등학교 4, 5, 6학년 아동으로 방과 후 교실을 이용하는 이용자를 대상으로 설문조사를 실시하여 건강증진행위실천정도에 영향요인을 분석하였다.

연구대상자의 인구학적 특성은 부모가 기혼인 경우가 50.36%이고 이혼이 27.74%, 사별이 8.76% 이었다. National Human Right Commission of Korea (2007)가 기초생활 취약계층 아동의 특성을 파악하기 위해 전국의 지역아동센터 및 공부방 아동 전원을 조사한 결과, 양부모 가정은 57.3%, 한 부모 가정은 28.4%, 기타는 13%로 나타나 이 연구의 인구학적 특성과 유사하였고, Yoon과 Jung(2005)의 일반아동 대

상 건강생활실천 연구에서 아파트 거주자가 전체의 50%로 본 연구의 인구학적 특성과는 차이가 있었다.

일반아동의 건강증진 연구에서 초등학교 6학년 학생을 대상으로 한 Kim(2007)의 연구에서 김성희가 사용한 도구에 의해 측정된 건강증진행위는 3.93 ± 0.45 (26 문항 만점130점)이었다. 취약계층 아동을 대상으로 한 연구는 Kim(2008)의 조손가정아동과 정상가정 아동의 건강행위 비교에서 이진미가 사용한 도구로 측정된 조손가정 아동의 건강행위점수가 2.84 ± 0.49 (30문항, 만점120점)로 정상가정의 아동 3.14 ± 0.46 보다 낮았으며, Seol(2007)의 결손가정과 정상가정 아동의 건강행위를 비교한 연구에서 결손가정아동의 건강행위평균은 3.10(40문항, 만점 160점)으로, 정상가정 아동의 건강행위 3.28점보다 낮았다. Han 등(2005)의 초등학교 6학년 대상 건강증진행위 실천 연구에서 가정형편이 좋을수록, 부모의 건강관심도가 높을수록 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다. 이와같이 선행연구에서 취약계층 아동의 건강증진 실천은 낮았으며 부모의 경제적 상태는 아동의 건강행위에 영향을 주는 것으로 나타났다.

본 연구에서 건강증진행위실천정도는 2.18 ± 0.61 로 나타났고 거주지, 부모의 결혼상태와는 차이가 없었다. 여학생은 남학생에 비해 건강지식과 자아존중감 및 건강증진행위실천정도가 높게 나타났고 통계적으로 유의하였다. 이는 Kwon 등(2000)의 연구결과와 일치하는 것으로 건강행위실천은 자아존중감과 성별에 따라 차이가 있으므로 건강행위실천을 향상시키는 전략으로 성을 고려할 것을 제시하였다. 초등학교 고학년은 2차 성징으로 진행되는 사춘기로 육체·정신적 차이를 보이기 시작하여 성인기에 이르기까지 남녀의 유병율과 사망률이 다르다. Han 등(2005)의 초등학교의 건강증진행위실천점수에서도 남녀 간의 차이를 보였으며, Kim과 Chun(2005)의 건강증진생활양식에 대한 연구에서도 성별이 유의하게 차이가 있는 것으로 보고되어, 본 연구 결과와 일치하고 있다. 이러한 결과는 남자가 여자보다 건강증진행위실천을 소홀히 하고 있는 것으로 해석되며 회귀분

<Table 5> Influencing Factors on Health Promotion Behavior (N=137)

	b	S.E	t	p	β	VIF
Health knowledge	0.04	0.84	0.05	0.96	0.01	1.26
Sex(Female)a	5.93	3.34	1.78	0.08	0.14	1.10
Self-esteem	1.22	0.29	4.20	0.00	0.37	1.24
$R^2 = 0.18, F = 9.48, P = 0.00$						

Note: Reference: a, Male

석에서 성별의 회귀계수가 높으므로 건강과 관련된 교육을 할 경우에는 남자와 여자를 분리하여 성별 특성에 따른 맞춤형 교육을 하는 것이 효과적으로 건강증진행위를 증가시키는 방법이 될 수 있다.

단지 앞으로 논의되어야 할 것은 상기 결과들이 일반 초등학생들을 대상으로 한 연구이고 취약계층 아동을 대상으로 한 연구결과는 확인할 수 없어, 남녀 간의 건강 지식 차이가 취약계층에서 더 심한 지 그 여부에 대해 계속 연구할 필요가 있다.

상관관계 분석에서 건강증진행위실천과 건강지식, 자아존중감은 정적인 상관관계가 있었다. 건강증진행위실천에 영향을 주는 변수는 자아존중감으로 나타났다. Hong(2006)의 초등학교 고학년 아동의 건강증진행위에 대한 연구에서도 자아존중감이 강력한 예측변수라고 한 연구결과와도 일치하고 Kim 등(2003)의 연구에서도 건강증진행위에 영향을 미치는 유의한 변수로 자아존중감을 지적하였다. Jang(2002)의 실업계 학생을 대상으로 한 연구에서 자아존중감이 높은 학생이 그렇지 않은 학생보다 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 개인의 믿음, 태도, 가치와 관련이 있는 자아존중감은 건강관련 행위를 결정하는데 유의한 변수이므로(Glanz, Lewis, & Rimer, 1997), 인지·지각적 요인 중 자아존중감은 건강증진행위를 유도할 수 있는 중요한 변수라고 보고하였고(Grzywacz & Marks, 2001; Linnan et al., 2001; Fleury & Lee, 2006), 자아존중감 향상 프로그램은 건강행위를 긍정적으로 변화시킬 수 있다고 하였다(U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Bull & Shhlay, 2005; Linnan et al., 2001). 자아존중감이 높은 사람은 자신의 미래를 대비하고 자신에게 유익한 행동을 하는 반면에 자아존중감이 낮은 사람은 불안하고 생각과 능력에 확신이 없으므로 자신에게 유익한 행동을 실천하지 못하므로 자아존중감은 행위에 영향을 미치는 긍정적 변수이다(Jang, 2002). 그러므로 방과 후 교실에서 건강증진행위실천 향상을 위한 교육을 실시하여 취약계층아동이 건강한 성인기를 맞이하도록 지지할 필요가 있다.

건강지식은 6학년, 5학년, 4학년의 순으로 높았으며 통계적으로 유의하여 학년이 올라갈수록 건강에 대한 지식이 축적되는 것으로 해석할 수 있다. 건강지식은 건강증진행위실천에 유의미한 변수가 아니었다. 이것은 아동을 대상으로 하는 보건교육은 학년에 적합하게 주어지고 있으나 이를 실천하는 것에서는 차이를 보여주는 것이므

로 인지 지각요인인 자아존중감을 향상시켜 자신에게 유익한 행동을 실천할 수 있도록 하는 것이 필요하다는 Pender(1986)의 연구결과와 일치한다. 자아존중감 향상은 일반아동을 대상으로 한 Hong(2006)과 Han(2005)의 연구에서도 중요한 변수로 설명하고 있어 일반아동에게도 자아존중감 향상이 중요한 변수로 나타났다. 그러나 취약계층 아동에게는 자아존중감 향상교육이 일반 아동에 비하여 더욱 요구된다. Park 등(2007)은 취약계층은 사회적 존엄성의 기회확보가 어려워 자아존중감이 낮고, 건강과 관련된 정보, 건강을 유지 증진을 할 수 있는 기회가 적으며 사회적 유대와 같은 사회조직이 붕괴되어 심리적 박탈감 등이 생겨 건강에 부정적 영향을 미친다고 하였으며, 건강수준, 건강향상을 위한 행동에 무기력하여 질병 노출이 상대적으로 높은 것으로 보고하였다(Park et al., 2007). 또한 취약계층의 낮은 자아존중감은 문제행동과 연결되고 이는 약물 오남용의 증가 및 청소년 비행으로 연결될 가능성이 높으므로 가족 체계, 사회경제적으로 취약한 가정의 아동에게는 자신에 대한 긍정적인 생각과 성공 경험을 반복적으로 경험하게 할 수 있는 자아존중감 향상 교육이 필수적이다(Shin, 2005).

본 연구의 제한점으로는 연구 자료의 표본 추출에 있어서 전국적인 단위를 모집단으로 하지 않고, 조사에 동의한 대상자에게 조사를 시행함으로써 연구결과를 일반화시키기에는 한계가 있을 것으로 보인다. 조사에 참여하지 않는 아동의 특성을 조사하여 분석하지 못한 점도 제한점이 될 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

취약계층 아동의 건강증진행위실천을 효과적으로 유도할 수 있는 현실성 있는 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제시하기 위해 실시된 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 여자가 전체의 59.85%이었고, 4학년(46.70%), 5학년(40.90%), 6학년(12.40%)의 순이었다. 부모의 결혼 상태는 기혼이 50.6%, 이혼 27.74% 이었고, 재혼, 사별, 동거 미혼 등이 20.44%를 차지하였다. 거주지는 연립주택이 51.09% 이었다.
2. 평균 평점은 건강지식(0.80±0.14), 자아존중감(2.51±0.61), 건강증진행위실천정도(2.18±0.43) 이었고, 하부영역 중 점수가 높은 영역은 약물남용(2.54±

- 0.57)이고 낮은 영역은 영양영역(1.95±0.61)이었다.
- 건강지식은 성별($t=2.69, p<.05$), 학년별($t=9.58, p<.01$)에서, 자아존중감은 성별($t=2.12, p<.05$), 학년별($t=7.32, p<.01$)에서 그리고 건강증진행위 실천은 성별($t=2.51, p<.05$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
 - 상관관계는 건강지식은 자아존중감($r=.43, p<.01$), 건강증진행위실천정도($r=.19, p<.05$)와 정적인 상관관계가 있었고, 자아존중감은 건강증진행위실천정도($r=.39, p<.01$)와 정적인 상관관계가 있었다.
 - 회귀분석에서 자아존중감은 건강증진행위실천정도에 영향을 주는 변수로 파악되었고 회귀식의 설명력은 18%였다.

이상의 결과에 기초하여 다음과 같이 제언한다.

앞으로 취약계층 초등학교 고학년 방과후 교실 아동의 건강증진행위실천에 영향을 줄 수 있는 기타 변인을 확인하기 위하여 반복연구가 필요하다. 본 연구 결과 건강증진행위실천은 건강지식보다 자아존중감이 향상될 때 증가하는 것으로 분석되었으므로 가정에서 적절하게 돌봄을 받지 못하는 취약계층 아동에게는 적극적인 자아존중감 향상 프로그램이 개발 시행될 필요가 있다. 또한 남학생이 여학생보다 건강지식, 자아존중감, 건강증진행위실천이 낮으므로 남녀를 구분하여 아동에게 가장 적합한 건강증진교육 방안을 마련하는 것도 건강증진을 유도하는 하나의 방법이 될 수 있다.

References

- Ahn, H. W. (2007). A study of current situation and scheme of The 'National Health Insurance (NHI) contribution support program for vulnerable low-income group' Unpublished master's thesis. Sogang University, Seoul.
- Bull, S., & Shhlay, J. (2005). Promoting "Dual protection from pregnancy and sexually transmitted disease: A social ecological approach", *Health Promotion Practice, 1*(6), 72-80
- Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. *Public Health Nursing, 20*(2), 104-110.
- Cutler, N. E. (2005). Planning for events that don't want to happen, paper presented at the meeting of the white house conference on aging officially designated listening session on transportation solutions for an aging society, Cambridge, Massachusetts.
- Fleury, J., & Lee, S. (2006). The social ecological model and physical activity in African american women, *American Journal of Community Psychology, 10*
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1997). Linking theory, research and practice. in health behavior and health education. San Frances: Jossey-Bass
- Green, L., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environmental approach, 2nd ed. Mayfield: Mountain View, CA
- Grzywacz, J. G., & Marks, N. (2001). Social inequalities and exercise during adulthood: Toward an ecological perspective. *Journal of Health and Social Behavior, 42*, 202-220
- Han, C., Kim, G., & Kim, D. (2005) The related factors on the health promotion behavior of primary school students. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 22*(2), 155-171.
- Hong, Y. R. (2006). A structural model for health promotion on 6th grade elementary school students in Korea. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing, 17*(1), 102-111
- Jang, Y. S. (2002). A study of relationship among technical high school student self-respect, level of stress and delinquent behavior Yonsei university, Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Jung, S. A., & Yoon, H. S. (2005). The effect of health behavior among adolescents. *The Journal of Korean Society for School Health Education, 6*, 65-73

- Jung, J. Y. (2004). Treatment compliance and its related factors of rural hypertensives. Kyungpook National University. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, E., & Lee, J. (2006). Study on current policies and desirable policy directions of child raising support benefits for disadvantages families: Focusing on poor, single parent, and disabled families. *Social Welfare Policy, 8*, 253-278
- Kim, J. E. (2008). A comparison between elementary school children in grandparent-grand child family and those in normal family in terms of health status and health behavior. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Kwangju.
- Kim, J. S., & Chun, B. C. (2005). Association of internet addiction with health promotion lifestyle profile and perceived health status in adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 38*(1), 53-60
- Kim, S. H. (2007). A prediction model of health promotion behavior for school children. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, Y. B., Kim, H. K., & Kim, M. (2003). Future direction of community health education to improve the efficiency of national health promotion service in Korea. *Health and Medical Sociology, 14*, 5-28
- Kim, Y. B., & Wie, C. H. (1997). A study on effectiveness of health education for middle school students through health education program in short term. *The Journal of Korean Society for Health Education, 14*(1), 11-21
- Kwon, K. Y., Kam, S. & Park, K. S. (2000). Factors affecting health practice of primary school students-based on health promotion model. *Korean Journal of Preventive Medicine, 33*(2), 137-149.
- Kwon, E. J. (2007). The development of a CD_ROM for the children obesity prevention program and it's effect analysis, Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Linnan, L. Sorensen, G., Colditz, G., Klar, N. & Emmoms, K. (2001). Using theory to understand the multiple determinants of low participation in work site health promotion programs. *Health Education & Behavior, 28*(5), 591-607.
- National Human Right Commission of Korea (2007). 2007 Poverty and right, national human right commission of Korea, Seoul.
- Park, K., Kim, C., Koh, H., Park, Y., & Park, J. (2007). Evaluation of community health center for vulnerable population in urban areas. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing, 18*(2), 266-275.
- Pender, N. J. (1986) Attitudes, subjective norms and intentions engage in health behavior. *Nursing research, 35*, 15-18.
- Sable, M., & Libbus, M. (1998). Gender and contraception: A proposed conceptual model for research and practice. *Journal of Gender, Culture, and Health, 3*(2), 67-83.
- Seol, Y. (2007). Comparison of stress and health behavior between children in the broken family and those in the normal family. Unpublished master's thesis. Chonnam National University, Kwangju.
- Shin, S. H. (2005). A study on actual conditions of child neglect of low-income households and social welfare approaches: Focusing on preschool children at Wonju Unpublished master's thesis, Sangji University, Wonju.
- Song, M. H. (2005). Effect of health promotion education program on health knowledge and health promotion behaviors of middle school students. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Kwangju.

- Song, H. J. (1990). A comparative study of health knowledge between urban and rural elementary school. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Kwangju.
- U. S. Department of Health and Human Services. (1996). Physical activity and health: A report of the surgeon general. Atlanta: Center for disease control and prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
- Walker, S. N., Sechrist, L. R., & Pender, N. J. (1987) The health promotion life style profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Weitzel, M., & Waller, P. R. (1990). Predictive factors for health-promotive behaviors in white, hispanic and black, blue-collar workers. *Family Community health*, 13(1), 23-33
- Yoon, H. S., & Jung, S. H. (2005). Health behavior and health knowledge of elementary school student related to parent's social class. *Journal of Korean School Health Education*, 6, 65-73.

- Abstracts -

The Factors Influencing on Health Promotion Behavior in Low-Income Vulnerable Elementary Students

Yoon, Hee Sang* · Han, Young Ran*

Purpose: The goal of this study was to find out factors influencing the health promotion behavior of low-income vulnerable 4th, 5th and 6th-grade elementary school students. The specific goals were: first, to find out difference in health knowledge, self-esteem and health promotion behavior according to general characteristics; second, to investigate the correlations among health knowledge, self-esteem and health promotion; and, third, to analyze factors influencing health promotion behavior. **Methods:** The subjects of this study were 137 low-income vulnerable 4th, 5th and 6th-grade elementary school children who were participating after-school programs in Seoul. **Results:** Statistically significant differences were observed in health knowledge, self-esteem and health promotion behavior between girls and boys. In the sub categories, differences were observed in personal hygiene and health responsibility, stress management and personal relationship. The correlation of health promotion behavior with self-esteem and health knowledge was statistically significant. Regression analysis revealed that the influencing factor is self-esteem with the other variables under control. **Conclusion:** Health promotion education requires low-income vulnerable elementary children to increase their self-esteem. We recommend that it should be one of the most effective ways to split boys and girls to educate them in disparate classrooms.

Key words : Health Promotion, Behavior, Vulnerable Populations, Children

* Seoul Women's College of Nursing

** Department of Nursing, Dongguk University