

사회경제적 특성에 따른 청소년의 건강상태 및 건강행태 비교

이용철 · 임복희†

부산가톨릭대학교 병원경영학과

Health Status and Health Behavior of Adolescents by Socioeconomic Characteristics

Yong Chul Lee · Bock Hee Im†

Department of Health Care Management in Catholic University of Pusan

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to examine health status and health behavior of adolescents by socioeconomic characteristics.

Methods: Secondary analysis of the 2008 Korea National Health and Nutrition Examination Survey was conducted for 836 adolescence respondents.

Results: First, the score of health status was 3.75 and high in 12-15 ages, living together with parents and private medical insured person. The score of oral health status was 2.85 and high in 12-15 ages, employed health insured, living together with parents. Second, dental treatment need was high in female, low income and dental checkup high in 12-15 ages and high income. Influenza vaccination was high in 12-15 ages. Diet contents was good in high income, living together parents and private medical insured and having breakfast was high in male, 12-15 ages, high income, living together with parents and private medical insured person. Third, smoking experience was high in male, low income, living together with single father or mother and drinking age was high in high income family. Forth, sinusitis was high in high income and small pox was high in low income.

Conclusion: There might be many differences in the health status and health behavior of adolescents by sex, age, house income, type of family, private medical insurance. Our findings suggest that the need to develop appropriate health education program for high health problem behavior and intervention strategies for socioeconomic specified groups at greater risk.

Key words: Health status, Health behavior, Socioeconomic characteristic, Adolescents

* 접수 일: 2010년 10월 28일, 수정 일: 2010년 11월 15일, 채택 일: 2010년 12월 09일

† 교신저자: 임복희 (부산 금정구 부곡3동 부산가톨릭대학교 보건과학대학 병원경영학과)

Tel: 051-510-0613, Fax : 051-510-0618, E-mail: bhim@cup.ac.kr

I. 서론

국민생활 수준의 향상에 따라 건강관리 개념도 적극적으로 능동적인 건강증진의 단계로 나아가고 있다. 청소년기는 인간발달 단계에서 성인으로 변화하는 과도기이며 인생에서 가장 건강한 시기이나 건강의 중요성에 대한 인식은 낮은 시기이다. 특히, 청년기의 건강행동은 성인의 수준으로 습관화되기 때문에 향후 성인기의 건강생활습관을 형성하는데 매우 중요한 시기로(이영미, 2007), 미래 국민보건을 향상시키는데 보다 중요하다는 결론을 도출할 수 있는 중요한 의미를 갖고 있다. 청소년기는 신체적으로 급격한 변화와 함께 심리적 사회적으로 심한 혼란과 복잡한 변화과정을 통하여 건강생활양식과 관련된 태도와 행위의 발달에 중요한 영향을 끼친다(Healthy People, 2000). 또한 성인기에 발생 가능한 대부분의 만성질환이 유아기와 청소년기에서 비롯되므로 건강습관을 만들 수 있는 시기가 청소년기이다(김미선 등, 2004). 특히, 고교시절의 건강증진 생활양식은 자신의 건강 뿐 아니라 장차 가정과 지역사회 건강실천을 유도하는데 큰 영향을 미치게 되므로 최근 고등학생의 건강에 대한 사회적 관심의 증가와 함께 건강을 증진시킬 수 있는 목표 집단으로 부상하고 있다(박인숙 등, 1997).

그러나 우리나라 청소년들은 입시과열의 교육환경, 급변하는 사회문화와 가치관 및 외래문화의 홍수속에서 그들의 가치관과 주체성 등을 확립하는데 많은 문제점을 안고 있을 뿐만 아니라, 건강유지 및 향상과 관련된 건강증진 생활양식을 적극적으로 실천하지 못하고 있는 상황이다(배정미, 2006).

우리나라 청소년 중 학업으로 인한 신체적 병리현상을 경험한 학생은 82.7%이고, 병리 호소 순으로는 두통, 복통, 축농증, 비염, 불면증이며(MBC, 1999), 고교생의 1년간 보건실 이

용현황은 71.4%의 비율을 보였다(최은경, 1998). 그리고 우리나라 청소년의 바람직하지 못한 식습관으로 인해 고지혈증, 고혈압, 당뇨병 등의 만성 질환 또한 증가하고 있어(박명운, 1992), 청소년이 가장 최적의 건강을 유지하는 연령층이라는 기존의 인식이 위협받고 있다(Millstein, 1992). 또한 이들 청소년은 건강유지 및 증진을 위한 노력이 미약하여(박천만과 김영복, 2010) 청소년의 신체적, 정신적 건강에 부정적 영향을 미친다. 김미정(1999)은 청소년을 건강위험행위 위험군으로 정의할 만큼 건강위험행위가 다른 연령군에 비해 상대적 빈도가 높은 것은 청소년이 건강에 대한 인식수준이 낮아 부정적인 영향을 줄 수 있는 행위가 이루어진다는 것을 의미한다. 그러므로 청소년의 건강행태를 확인해보고 유병 현황을 파악하는 것은 의미있는 사항이며 청소년 건강증진 행위와 관련된 요인을 파악하여 건강증진 행위 수행을 위한 전략이 필요하다.

청소년 건강증진행태에 영향을 주는 요인에 관한 연구로는 건강상태, 건강통제 행위, 사회적 요인, 가족요인, 자기효능감, 자아존중감등이 관련요인으로 확인되고(이재천, 2000; 김은애, 1999) 있으나, 이들 연구에서는 일부 변인과 건강증진행위와의 관련성을 조사하였을 뿐, 이들 요인을 포괄적으로 파악하지 못한 한계를 지니고 있다.

건강문제는 신체적·정신적·사회적 건강문제가 상호 복합적인 영향을 미치는데 특히, 사회경제적인 측면, 청소년 유병현황, 청소년의 건강의식 등의 관련요인들이 건강행태에 어떠한 영향을 미치는지 등을 밝혀봄으로서 청소년의 건강증진을 위한 보건교육 기초자료로 활용하고자 한다. 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 인구·사회경제적 요인에 따른 청소년의 주관적 건강상태를 살펴본다.

둘째, 인구·사회경제적 요인에 따른 청소년의 건강·질병상태 및 건강행위 양상을 비교·분석한다.

II. 연구 방법

1. 분석자료 및 대상자

연구자료는 제4기 2차년도 『2008년 국민건강영양조사』 원시자료를 이용하였다. 국민건강영양조사는 지역, 동/읍·면, 주택유형을 고려하여 29개 층으로 나누고, 각 층에서는 계통추출법에 의해 200조사구에서 4,600가구의 만 1세 이상 12,528명을 대상으로 선정하여, 이들 중 최종 건강검진설문 및 영양조사에 참가한 9744명을 조사 완료한 자료이다. 본 연구의 대상자는 국민건강영양조사에서 건강 설문조사와 의료이용 조사에 응답한 연령 12세 이상 18세 이하의 청소년을 분석 대상으로 하였다.

2. 사용변수

1) 인구·사회경제적 특성

인구학적 변수로는 국민건강영양조사에서 구분한 청소년의 성별, 연령을 이용하였다. 연령은 12-15세와 16-18세로 구분하였다. 사회·경제학적 변수는 건강보험구분, 소득수준, 자택소유여부, 가족구조, 거주지역 등을 사용하였다. 건강보험구분은 직장건강보험, 지역건강보험 그리고 의료급여로 구분하였다. 가구소득수준은 국민건강영양조사에서 가구균등화 지수로 보정하여 산출한 하(소득1분위), 중하(소득2분위), 중상(소득3분위), 상(소득4분위)으로 구분하였고, 거주지역은 읍·면과 동 지역으로 구분하였으며, 가족구조는 부모동거, 편부모동거 그리고 기타가족동거로 구분하였다.

2) 건강의식 및 건강행태 변수

건강상태에 관한 변수로는 주관적 건강상태, 주관적 구강건강상태, 본인의 현재 치과진료 필요성 여부, 지난 1년간 구강건강검진 여부, 활동제한 여부, 1년간 손상발생 여부, 스트레스 여부, 지난 2주간 우울감 지속 여부, 지난 1년간 자살생각 여부 등을 이용하였다. 주관적 건강상태와 구강건강상태의 만족도는 Likert의 5점 척도를 적용하였고, 현재 치과진료 필요성 여부, 지난 1년간 구강건강검진 여부, 활동제한 여부, 1년간 손상발생 여부, 스트레스 여부, 지난 2주간 우울감 지속 여부, 지난 1년간 자살생각 여부는 무와 유로 구분하였다.

건강행위에 관한 변수는 지난 1년간 인플루엔자 접종여부, 식생활 형편, 아침식사 유무, 담배경험, 평생음주경험, 담배시작연령, 음주시작연령, 평균수면시간, 1달간 흡연일수, 하루 흡연량, 격렬한 신체활동실천 여부, 중등도 신체활동실천 여부, 걷기실천 여부, 유연성운동실천 여부, 근력운동실천 여부, 지난 2주간 외래 이용일수를 사용하였다. 식생활 형편은 충분한 양과 다양한 음식이 가능, 충분한 양이나 음식의 다양성은 부족, 음식의 양과 다양성부족으로 구분하였고, 아침식사는 결식과 먹음으로 구분하였다. 담배시작연령과 음주시작연령은 12세 이하, 13-15세 그리고 16세 이상으로 구분하였다. 평균수면시간은 시간, 하루 흡연량은 흡연자의 1일 흡연 담배 개비 수, 1달간 흡연일수와 외래방문일수는 날짜 수로 측정하였다. 격렬한 신체활동실천 여부, 중등도 신체활동실천 여부, 걷기실천 여부, 유연성 운동실천 여부, 근력운동실천 여부는 규칙적으로 1주일간 1일 이상 운동을 하는 경우를 유와 그렇지 않은 경우를 무로 구분하였다.

3) 질병 유병 현황

국민건강영양조사에서 청소년과 소아를 대상으로 조사한 주요 질병명인 선천성심장질환, 간질, 주의력결핍 과잉행동장애, 부비동염, 요로감염, 설사, 수두, 폐렴, 기타질환 여부를 무와 유로 구분하였다.

3. 분석방법

인구·사회경제적 변수별로 주관적 건강상태와 구강건강상태를 비교하기 위하여 t-test와 ANOVA를 실시하였고, 청소년의 건강상태, 건강행태, 청소년 질환 유병 경험율이 성별, 연령구분, 소득수준, 가구 유형, 민간의료보험 가입 여부 등에 따라 차이가 있는가를 검증하기 위하여 교차분석과 χ^2 검증을 실시하였다.

자료의 통계처리는 PASW 18.0 program을 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

청소년의 주관적 건강상태 전체 평균점수는 3.75였고, 주관적 구강건강상태 전체 평균점수는 2.85점으로 주관적 건강상태 보다 낮게 나타났다.

성별, 소득, 지역구분, 건강보험 종류별로 주관적 건강상태는 차이가 없었고, 연령구분, 가족구조와 민간의료보험 가입 여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 연령별로는 12-15세에서 3.83로 16-18세 3.61보다 높았다($P<.01$). 가족구조별로는 부모동거의 경우 3.78로 가장 높았고, 다음으로 기타가족동거 3.67이었고, 편부모에서 3.52로 가장 낮았다($P<.05$). 민간의료보험 가입여부별로는 민간의료보험 가입자가 3.80으로 비가입자 3.64보다 높았다($P<.05$).

구강 건강상태는 연령 구분, 소득수준과 건

강보험 종류, 가족구조별로는 유의한 차이가 있었고, 성별, 지역, 주택소유, 민간의료보험별로는 차이가 없었다. 연령별로는 12-15세에서 2.91로 16-18세 2.75보다 높았다($P<.01$). 소득수준이 높아짐에 따라 구강 건강상태는 높게 인식하고 있어 '하'는 2.71로 가장 낮았고, '상'은 2.95로 가장 높았다($P<.01$). 직장건강보험에서는 2.94로 가장 높았고, 다음으로 의료급여 2.82, 지역의료보험 2.76 순이었다($P<.01$). 가족구조별로는 부모동거가 2.88로 가장 높았고, 다음으로 편부모동거 2.80, 기타가족동거 2.66 순이었다($P<.05$) <표 1>.

사회경제적 지표 중 청소년의 주관적 건강상태와 구강건강상태에 유의하였던 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입여부와 성과 연령구분별로 청소년의 기타 건강상태와 건강행위의 비율을 비교해 보았다. 본인의 치과진료가 필요한 상태라고 생각하는 사항에는 성, 연령 구분, 가구소득 수준 및 민간의료보험 가입에 따라 차이가 있었다. 여자가 55.6%로 남자 44.5%보다 높았고, 16-18세에서 57.0%로 12-15세 45.8%보다 높게 나타났다($P<.01$).

치과진료가 필요한 상태라고 생각하는 사람이 소득수준이 하인 경우 62.0%, 상인 경우는 42.0%여서 소득수준이 낮을수록 치과진료가 필요하다고 생각하고 있었다($P<.01$). 민간의료보험 비가입자에서는 57.9%가 치과진료가 필요하다고 생각하고 있어 가입자 46.4%보다 높았다($P<.01$).

1년간 구강검진 받은 비율은 12-15세가 50.4%로 16-18세 38.2%보다 높았다. 소득수준이 하인 경우 31.0%만이 구강 검진을 받았고, 소득이 높아질수록 높아져 상인 경우 53.3%가 검진을 받아 소득수준이 높을수록 검진율이 높았다($P<.01$). 민간의료보험 비가입자에서는 40.9%가 검진을 받아 가입자 48.2%보다 낮았으나 통계적 유의성은 없었다. 1년간 손상 발생

은 전체적으로는 7.1%였고, 남자에게서 9.5%로 여자 4.3%보다 높았고($P < .01$), 연령구분이나 가구 소득수준, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다.

<표 1> 인구·사회경제적 특성별 청소년의 주관적 건강상태 및 구강건강상태

단위: M±S.D, 명

구 분	주관적 건강상태		주관적 구강건강상태		
	M±S.D	명	M±S.D	명	
성 별	남	3.73±.812	442	2.84±.787	433
	여	3.77±.784	394	2.87±.703	393
	P*	0.461		0.670	
연 령	12-15세	3.83±.775	540	2.91±.724	534
	16-18세	3.61±.824	296	2.75±.779	292
	P	.000		.004	
소 득	하	3.68±.782	93	2.71±.688	91
	중 하	3.69±.764	186	2.74±.766	184
	중 상	3.80±.848	263	2.90±.779	262
	상	3.77±.779	279	2.95±.717	274
	P	0.377		0.006	
지 역	읍면	3.79±.745	170	2.86±.698	165
	동	3.74±.812	666	2.85±.760	661
	P	0.420		0.892	
건강보험	지역	3.73±.848	357	2.76±.762	351
	직장	3.78±.754	420	2.94±.732	416
	의료급여	3.60±.782	50	2.82±.720	50
	P	0.288		0.005	
주택소유	주택무	3.71±.823	295	2.82±.737	291
	주택유	3.78±.785	539	2.87±.755	533
	P	0.224		0.318	
가족구조	부모동거	3.78±.780	692	2.88±.754	684
	편부모	3.52±.964	69	2.80±.677	69
	기타가족동거	3.67±.777	75	2.66±.731	73
	P	0.023		0.043	
민간 의료보험	비가입	3.64±.816	245	2.80±.741	242
	가입	3.80±.788	591	2.88±.750	584
	P	0.011		0.200	
합계	3.75±.799	836	2.85±.748	826	

* ANOVA 또는 독립표본 t 검중에 의함

활동제한은 4.4%로 가구 소득수준, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다. 2주 이상 우울증상경험은 전체적으로 11.9%에서 느끼고 있었고, 16-18세에서 15.2%로 12-15세의 10.0%보다 높았고, 가구 소득수준, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었다. 스트레스는 전체적으로 31.5%의 청소년이 느끼고 있었고, 여자가 36.9%로 남자 26.8%보다 높았고($P<.01$), 민간의료보험 비가입자가 가입자 보다 높게 느끼고 있었으며($P<.05$), 연령구분, 가구 소득수준이나 가족구조별로는 유의한 차이가 없었다. 지난 1년간 자살 생각은 소득수준으로만 차이가 있어, 소득수준 하에서 4.3%, 상에서 20.5%로 소득이 높아질수록 높아지고 있었다($P<.01$).

가정의 식생활 형편과 아침 식사 결식여부는 가구 소득수준, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 있었다($P<.01$). 가정의 식생활 형편은 충분한 양과 다양한 음식이 소득 상에서 56.1%로 소득 하 12.9%보다 매우 높았고, 가족구조별로는 부모동거에서 44.2%로 기타가족동거 24.2%보다 매우 높았으며, 민간의료보험 가입자는 44.2%로 비가입자 32.9%보다 높았다.

아침 식사를 결식하는 경우는 여자가 37.1%로 남자 30.3%보다 높았고, 16-18세가 42.7%로 12-15세 29.1%보다 높았으며, 소득 하에서 45.2%로 소득 상 26.0%보다 매우 높았다. 가족구조별로는 부모동거에서 30.4%로 편부모나 기타가족동거 44.7%보다 낮았고, 민간의료보험 비가입자는 40.7%로 가입자 30.6%보다 높았다<표 2>.

청소년의 사회·경제적 특성별로 음주 및 흡연 상태를 성별, 가구 소득수준, 가족구조별로 살펴본 결과, 담배경험은 남녀 전체 17.3%가 경험하고 있었고, 성별, 연령 구분, 가구 소득수준, 가족구조별로 유의한 차이가 있었다. 남자가 22.0%로 여자 12.0%보다 높았다. 소득수준 하는 24.7%로 소득수준 상 12.6%보다 높게 나타나, 소득이 낮을수록 담배 경험율이 높았다($P<.05$). 편부모에서 27.5%로 가장 높았고, 기타가족동거 21.3%, 부모동거 15.8%의 순이었다. 청소년의 평생음주 경험은 38.6%를 보였고, 가구소득, 가족구조별로 유의한 차이가 없었다. 담배경험자의 담배 시작 연령은 성별, 가구소득, 가족구조, 민간의료보험 가입여부별로 유의한 차이가 없었다.

<표 2> 청소년의 인구·사회경제적 특성별 건강 상태 및 건강행위 분포

단위: %

구 분		성 별		연 령 구 분		가 구 소 득				가 구 유 형			민간의료보험		전체
		남	여	12-15 세	16-18 세	하	중하	중상	상	부모 동거	편부모	기타	비가입	가입	
치과 진료 필요	무	55.5	44.4	54.2	43.0	38.0	50.3	45.8	58.0	51.2	47.8	43.2	42.1	53.6	50.2
	유	44.5	55.6	45.8	57.0	62.0	49.7	54.2	42.0	48.8	52.2	56.8	57.9	46.4	49.8
	P*	.002		.002		.003				.390			.003		
구강 검진	무	55.8	51.9	49.6	61.8	68.5	56.0	55.0	46.7	52.6	56.5	63.5	59.1	51.8	53.9
	유	44.2	48.1	50.4	38.2	31.5	44.0	45.0	53.3	47.4	43.5	36.5	40.9	48.2	46.1
	P	.868		.001		.003				.184			.066		
활동 제한 여부	무	95.7	95.4	96.5	93.9	94.6	93.0	96.2	97.5	95.7	95.7	94.7	94.7	95.9	95.6
	유	4.3	4.6	3.5	6.1	5.4	7.0	3.8	2.5	4.3	4.3	5.3	5.3	4.1	4.4
	P	.868		.112		.116				.923			.461		
1년간 손상 발생	무	90.5	95.7	93.5	91.9	90.3	91.9	93.5	94.3	92.8	95.7	92.0	93.1	92.9	92.9
	유	9.5	4.3	6.5	8.1	9.7	8.1	6.5	5.7	7.2	4.3	8.0	6.9	7.1	7.1
	P	.004		.398		.539				.636			1.000		
인플루 엔자	무	83.3	81.9	78.3	90.5	79.3	87.1	83.3	79.9	81.9	88.4	83.8	84.4	81.9	82.6
	유	16.7	18.1	21.7	9.5	20.7	12.9	16.7	20.1	18.1	11.6	16.2	15.6	18.1	17.4
	P	.648		.000		.191				.386			.422		
스트 레스 여부	무	73.2	63.1	69.5	66.6	65.6	64.5	72.5	68.7	69.3	65.2	64.0	63.3	70.6	68.5
	유	26.8	36.9	30.5	33.4	34.4	35.5	27.5	31.3	30.7	34.8	36.0	36.7	29.4	31.5
	P	.002		.392		.296				.538			.041		
2주 이상 연속 우울감	무	88.9	87.3	90.0	84.8	91.4	86.6	87.0	88.5	88.1	87.0	89.3	87.3	88.5	88.1
	유	11.1	12.7	10.0	15.2	8.6	13.4	13.0	11.5	11.9	13.0	10.7	12.7	11.5	11.9
	P	.520		.033		.645				.907			.640		
1년 간 자살 생각	무	87.1	84.0	84.0	88.5	95.7	88.2	86.3	79.5	85.1	84.1	92.0	85.3	85.7	85.6
	유	12.9	16.0	16.0	11.5	4.3	11.8	13.7	20.5	14.9	15.9	8.0	14.7	14.3	14.4
	P	.236		.080		.001				.249			.914		
식생활 형편	1)	40.3	41.4	42.5	37.2	12.9	28.0	43.1	56.1	44.2	23.4	24.2	32.9	44.2	40.8
	2)	52.1	50.4	50.1	53.7	60.0	57.1	54.2	43.5	50.0	57.8	57.6	50.0	51.8	51.3
	3)	7.7	8.2	7.4	9.1	27.1	14.9	2.7	0.4	5.8	18.8	18.2	17.1	4.0	7.9
	P	.895		.343		.000				.000			.000		
아침 식사	결식	30.3	37.1	29.1	42.7	45.2	42.3	31.0	26.0	30.4	47.7	47.7	40.7	30.6	33.6
	먹음	69.7	62.9	70.9	57.3	54.8	57.7	69.0	73.9	69.6	52.3	52.3	59.3	69.4	66.4
	P	.051		.000		.000				.001			.010		

* χ^2 또는 Fisher의 정확한 검증에 의한

1) 충분한 양과 다양한 음식 2) 충분한 양이나 다양성은 부족 3) 양과 다양성 함께 부족

음주 시작 연령은 소득수준별로만 차이가 있고 있었다(P<.05)<표 3>. 어, 소득이 높아질수록 음주 시작 연령도 높아

<표 3> 청소년의 특성별 음주 및 흡연 상태

단위: %

구 분	성 별		가 구 소 득			가 구 유 형			계		
	남	여	하	중하	중상	상	부모 동거	편부 모		기타	
담배 경험	무	78.0	88.0	75.3	78.5	84.0	87.4	84.2	72.5	78.7	82.7
	유	22.0	12.0	24.7	21.5	16.0	12.6	15.8	27.5	21.3	17.3
	P*	.000		.014			.030				
평생 음주 경험	술마신적 없음	60.1	62.8	62.4	53.8	64.9	63.3	62.5	50.7	61.3	61.4
	있음	39.9	37.2	37.6	46.2	35.1	36.7	37.5	49.3	38.7	38.6
	P	.434		.094			.161				
담배 시작 연령	12세 이하	21.9	21.3	17.4	25.6	19.0	22.9	22.2	10.5	31.3	21.7
	13-15세	49.0	48.9	65.2	48.7	47.6	42.9	49.1	63.2	31.3	49.0
	16이상	29.2	29.8	17.4	25.6	33.3	34.3	28.7	26.3	37.5	29.4
	P	.995		.681			.403				
음주 시작 연령	12세 이하	23.7	20.5	23.1	28.8	15.9	20.0	21.7	28.6	19.0	22.3
	13-15세	45.2	49.1	61.5	39.7	39.1	56.0	46.0	46.4	57.1	47.0
	16세 이상	31.1	30.4	15.4	31.5	44.9	24.0	32.3	25.0	23.8	30.8
	P	.784		.024			.750				

* χ^2 또는 Fisher의 정확한 검증에 의함

청소년의 특성별로 건강행위 및 외래일수 평균을 살펴본 결과, 평균수면 시간은 7.27시간으로 성별, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었고, 16-18세는 6.65시간으로 12-15세 7.62시간보다 짧았고, 소득수준별로는 소득수준 하에서 7.57시간, 소득수준 상에서 6.98시간으로 소득이 높아질수록 수면시간도 짧아지고 있었다. 흡연자의 1달간 흡연일수는 성별, 소득수준별, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로는 유의한 차이가 없었으나, 16-18세는 11.48일로 12-15세의 5.60일 보다 길었다. 흡연자의 하루 흡연량은 성별, 소득수

준별, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었고, 16-18세가 8.98개비로 12-15세 5.11개비보다 많았고, 가족구조별로도 편부모동거에서 16.17개비이고 부모동거 5.87개비, 기타가족동거 5.75 개비 보다 월등히 차이가 있었다. 격렬한 신체활동실천과 중등도 신체활동실천, 근력 운동은 성별로만 차이가 있어 남자가 73%, 58%, 54%로 여자 41%, 39%, 22%보다 높은 비율을 보였다. 걷기실천, 유연성 운동 및 지난 2주간 외래 방문 일수는 성별, 연령, 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었다<표 4>.

<표 4> 청소년의 특성별 건강행위 및 외래일수 평균

단위: 시간, 일수, 개비

구 분		평균수면 시간	1달간 흡연일수	하루 흡연량	격렬한 신체활동 실천	중등도 신체활동 실천	걷기 실천	유연성 운동실천	근력 운동 실천	외래 일수	
성 별	남	M	7.20	9.49	6.52	.73	.58	.96	.53	.54	.18
		S.D	1.428	12.320	6.492	.446	.494	.193	.500	.499	.586
	여	M	7.35	7.70	10.47	.41	.39	.95	.58	.22	.26
		S.D	1.661	12.390	11.237	.493	.488	.225	.495	.416	.765
P		.177	.415	.067	.000	.000	.304	.136	.000	.087	
연 령 구 분	12-15세	M	7.62	5.60	5.11	.60	.51	.96	.57	.49	.22
		S.D	1.382	10.461	6.021	.489	.500	.211	.496	.500	.697
	16-18세	M	6.65	11.48	8.98	.54	.46	.96	.52	.49	.22
		S.D	1.624	13.098	8.856	.450	.499	.205	.500	.487	.640
P		.000	.003	.048	.063	.149	.866	.251	.651	.982	
소 득 수 준	하	M	7.57	11.70	8.23	.58	.42	.98	.52	.41	.23
		S.D	1.604	12.733	5.890	.496	.496	.146	.502	.494	.628
	중하	M	7.48	8.65	8.14	.56	.47	.92	.52	.35	.10
		S.D	1.668	11.831	10.986	.497	.501	.273	.501	.480	.410
	중상	M	7.36	8.12	7.24	.57	.50	.96	.55	.38	.24
		S.D	1.633	12.535	8.252	.496	.501	.201	.499	.486	.719
P		.000	.707	.945	.756	.471	.051	.287	.406	.099	
가 족 구 조	부모 동거	M	7.25	8.42	5.87	.60	.49	.95	.56	.39	.21
		S.D	1.513	12.216	5.798	.491	.500	.217	.497	.489	.652
	편부모 동거	M	7.30	12.79	16.17	.48	.48	.96	.51	.35	.29
		S.D	1.801	13.746	12.748	.503	.503	.205	.504	.480	.824
	기타 가족동거	M	7.43	7.63	5.75	.53	.47	.99	.52	.41	.27
		S.D	1.570	11.189	4.200	.502	.502	.115	.503	.496	.759
P		.639	.331	.000	.117	.890	.366	.620	.698	.508	
만 간 의 료 보 험	비가입	M	7.15	8.11	6.44	.53	.48	.95	.53	.39	.22
		S.D	1.614	12.027	6.384	.500	.501	.216	.500	.489	.661
	가입	M	7.32	9.40	8.13	.60	.49	.96	.56	.39	.22
		S.D	1.511	12.552	8.874	.490	.500	.206	.497	.489	.684
P		.144	.542	.403	.085	.761	.761	.460	.992	.878	
합 계	M	7.27	8.91	7.55	.58	.49	.95	.55	.39	.22	
	S.D	1.543	12.328	8.102	.494	.500	.209	.498	.489	.677	
	N	834	144	73	834	833	834	834	834	836	

* ANOVA 또는 독립표본 t 검정에 의함

청소년기 호발 8개 질환과 기타질환을 의사에게 진단받은 유병상황을 소득수준, 가족구조,

민간의료보험 가입 여부별로 살펴본 결과, 성별이나 연령구분별로는 유병률에 차이가 없었다.

<표 5> 청소년의 특성별 질환 유병 현황

단위: %

구 분		가구 소득				가족구조			민간의료보험		계
		하	중하	중상	상	부모 동거	편부 편모	기타 가족동거	비가입	가입	
명		93	186	263	279	692	69	75	245	591	836
선천성 심장질환	무	100.0	100.0	98.5	99.6	99.3	100.0	100.0	100.0	99.2	99.4
	유	-	-	1.5	0.4	0.7	-	-	-	0.8	0.6
	P		0.131				0.593			0.329	
간 질	무	100.0	99.5	100.0	99.6	99.9	100.0	98.7	99.6	99.8	99.8
	유	-	0.5	-	0.4	0.1	-	1.3	0.4	0.2	0.2
	P		0.641				0.123			0.500	
주의력결핍과 행동장애	무	100.0	100.0	98.9	100.0	99.6	100.0	100.0	99.6	99.7	99.6
	유	-	-	1.1	0.0	0.4	-	-	0.4	0.3	0.4
	P		0.094				0.731			1.000	
부비동염	무	91.4	94.6	93.5	87.1	90.5	94.2	98.7	94.3	90.4	91.5
	유	8.6	5.4	6.5	12.9	9.5	5.8	1.3	5.7	9.6	8.5
	P		0.015				0.038			0.076	
요로감염	무	100.0	100.0	99.6	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	99.8	99.9
	유	-	-	0.4	-	0.1	-	-	0.0	0.2	0.1
	P		0.547				0.901			1.000	
설 사	무	95.7	93.0	90.9	91.4	91.5	94.2	96.0	95.5	90.7	92.1
	유	4.3	7.0	9.1	8.6	8.5	5.8	4.0	4.5	9.3	7.9
	P		0.459				0.307			0.017	
수 두	무	79.6	83.9	81.0	88.9	84.5	82.6	80.0	85.3	83.4	84.0
	유	20.4	16.1	19.0	11.1	15.5	17.4	20.0	14.7	16.6	16.0
	P		0.043				0.566			0.535	
폐 령	무	96.8	97.8	96.2	95.7	96.0	100.0	98.7	98.0	95.9	96.5
	유	3.2	2.2	3.8	4.3	4.0	0.0	1.3	2.0	4.1	3.5
	P		0.658				0.123			0.211	
기타 질환	무	77.4	79.0	81.7	76.0	77.7	88.4	81.3	82.9	77.3	78.9
	유	22.6	21.0	18.3	24.0	22.3	11.6	18.7	17.1	22.7	21.1
	P		0.426				0.102			0.077	

* χ^2 또는 Fisher의 정확한 검증에 의함

선천성 심장질환, 간질, 주의력결핍과잉행동장애, 요로감염, 폐렴, 기타질환은 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부에 따라 유병률에 차이가 없었다. 부비동염은 소득수준, 가족구조별로 유의한 차이가 있어, 소득수준 상에서 12.9%로 가장 높았고, 중하에서 5.4%로 가장 낮았다($P<.05$). 가족구조별로는 부모동거에서 9.5%로 가장 높았고, 편부모동거 5.8%, 기타가족동거에서 1.3%로 가장 낮았다($P<.05$). 설사는 소득수준, 가족구조별로는 유의한 차이가 없었고, 민간의료보험 가입자가 9.3%로 비가입자 4.5%보다 높았다($P<.05$). 수두는 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었고, 소득수준별로는 상에서 11.1%로 가장 낮았고, 하에서 20.4%로 가장 높았다($P<.05$) <표 5>.

IV. 논의

본 연구는 국민건강영양조사 2008년 자료를 이용하여 청소년의 건강상태 및 건강행위를 사회경제적 특성별로 분석하였다. 지금까지 청소년을 대상으로 한 연구는 지역이나 중고등학교를 중심으로 행해졌으나, 본 연구는 전국을 모집단으로 하는 대표성을 가질 수 있다는 장점이 있지만 청소년의 건강행위 특성을 대변하는 변수가 충분하지 못한 제한점이 있다. 그러나 전국을 대상으로 하고, 사회경제적 지표가 충실히 함께 조사되고 있어, 사회경제적 변수의 영향을 관찰하기에는 어느 정도 적합하다고 사료된다.

청소년의 주관적 건강상태는 전체적으로 3.75였으며, 구강 건강상태는 2.85로 주관적 건강상태보다 낮게 나타났다. 주관적 건강상태와 구강 건강상태는 남녀의 차이는 없었고, 12-15세 연령집단 3.83과 2.91로 16-18세 연령집단

3.61, 2.75보다 인식이 높게 나타났다.

고등학교 청소년을 대상으로 한 김미선(2004)의 연구에서 건강상태는 3.41로 조사되었고, 전은경(2006)의 고등학교 대상 연구에서도 3.58로 나타나 본 연구와 비슷한 수준이었다.

주관적 건강상태는 소득, 지역구분, 건강보험 종류별로는 차이가 없었고, 가족구조와 민간의료보험 가입 여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 가족구조별로는 부모동거의 경우 가장 높았고, 기타가족동거, 편부모 순이었다. 민간의료보험 가입자가 비가입자보다 높았다.

구강 건강상태는 소득수준과 건강보험 종류, 가족구조별로는 유의한 차이가 있었고, 지역, 주택소유, 민간의료보험별로는 차이가 없었다. 소득수준이 높아짐에 따라 구강 건강상태는 높게 인식하고 있었고, 직장건강보험, 의료급여, 지역의료보험 순이었다. 가족구조별로는 부모동거가 가장 높았고, 다음으로 편부모동거, 기타가족동거 순이었다. 성인을 대상으로 한 송예리아와 남은우(2009)의 연구에서는 주관적 건강이 양호한 경우 가족구조가 '부모님 두 분 계심'에서 가장 높았고, 다음으로 '부모님 한 분 계심', '부모님 안계심' 순으로 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 박희정(2010)의 연구에서는 성인의 치주 건강 상태가 연령, 교육수준에 따라 유의한 차이가 있었으나 소득수준에 따라서는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 청소년을 대상으로 하고 있고, 부모의 교육 상태가 조사가 되지 않아 직접 연구 결과를 비교하기에는 제한이 있다.

기타 건강상태에 관한 사항을 성별 및 연령 구분, 사회경제적 변수 중 가구 소득수준과 가족구조, 민간의료보험 가입별로 살펴보았다. 치과진료 필요는 여자에게서, 16-18세 연령 군에서, 소득수준이 낮을수록, 민간의료보험 비가입자에서 현재 본인의 치과 진료가 더 필요하다고 생각하고 있었다. 구강검진 받은 비율은

12-15세에서 높았고, 소득수준이 높을수록 검진율이 높았다. 활동제한은 가구 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다. 1년간 손상 발생은 남자에게서 더 높았고, 가구 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다. 인플루엔자 예방접종은 13-15세 연령군에서 더 높았다. 가정의 식생활 형편은 소득이 높아질수록 좋았고, 가족구조별로는 부모동거, 편부모동거, 기타가족 순이었고, 민간의료보험 가입자에서 좋았다. 아침 식사를 결식하는 경우는 여자, 16-18세, 소득이 낮을수록, 편부모나 기타가족동거에서, 민간의료보험 비가입자에서 높았다. 스트레스 있음은 여자가 남자보다 더 높았고, 가구 소득수준이나 가족구조별로는 유의한 차이가 없었고, 민간의료보험 비가입자가 가입자 보다 높게 느끼고 있었다.

2주 이상 우울증상경험은 16-18세 연령군에서 높았고, 성별, 소득수준, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다. 지난 1년간 자살 생각은 소득이 높아질수록 높아지고 있었고, 성별, 연령 구분, 가족구조별, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다. 담배경험은 전체적으로 17.3%로 남자에서, 소득이 낮을수록, 편부모에서 가장 높았다. 담배경험자의 담배 시작 연령은 가구 소득, 가족구조, 민간의료보험 가입여부별로 유의한 차이가 없었다. 음주 시작 연령은 소득이 높아질수록 음주 시작 연령도 높아지고 있었다. 이재경(2010)의 연구에서는 청소년의 음주 행위에 사회환경적 요인, 대처기술 요인, 인지적 요인이 유의한 영향을 미치고 있어, 청소년의 생활에 밀접한 관계를 맺고 있는 부모와 친구 요인이 유의하였다. 고유경 외(2006)의 연구에서는 청소년들 4명 중 1명은 음주를 하고 12명 중 1명은 규칙적으로 음주를 하며, 5명 중 1명은 흡연을 하는 것으로 조사되어 대상자들의 연령이 13-16세라는 것과 음주나 흡

연이 습관성을 갖고 있다는 것을 고려한다면 보다 적극적인 예방 프로그램이 학교 중심으로 이루어져야 한다고 논의하고 있다. 손애리(2010)의 연구에서는 중학생의 현재 흡연율은 9.2%, 월간 음주율은 24.7%로 나타났고, 청소년들은 흡연과 음주, 성관련 경험이 성경험에 영향을 미치는 것으로 나타나 흡연, 음주, 성행동 등의 위험행동을 모두 포괄하는 보건 교육적 접근 방법의 모색이 이루어져야 보다 효과적인 예방을 할 수 있다고 밝히고 있다.

배정미(2006)의 연구에서는 고등학생들의 5.7%가 상습적으로 흡연을 하고, 21.1%에서 상습적으로 술을 마신다고 조사되었으며, 청소년들의 정신건강 고위험군으로 고등학교 3학년, 여학생, 경제적으로 어려운 청소년, 가정이 화목하지 못하고, 부모님과 대화 어렵거나 단절된 청소년, 학교생활에 만족하지 못하고 학업성적이 저조한 청소년, 친구관계가 원만하지 못한 청소년, 가출과 자살시도 경험이 있고, 현재 흡연 약물을 사용하는 청소년 및 성적 경험이 있는 청소년들이 취약하다는 사실이 발견되었다.

본 연구에서는 청소년의 음주와 흡연이 소득수준, 가족구조별로 차이가 있는 것으로 나타났는데, 이러한 흡연, 음주문제가 다른 건강행위와 연관이 있고, 이러한 요인들도 청소년의 사회경제적 상태에 따라 영향 받을 수 있는 문제이므로 사회경제적 취약 계층에 대한 대책이 더욱 필요하다 하겠다.

청소년의 평균수면 시간은 7.27시간으로 성별, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었고, 소득수준별로는 차이가 있어 소득이 높아질수록 수면 시간이 짧아지고 있었다. 흡연자의 하루 흡연량은 편부모동거에서 월등히 많았고, 부모동거, 기타가족동거 순이었다. 격렬한 신체활동실천과 중등도 신체활동실천, 근력 운동은 성별로만 차이가 있어 남성이

여성보다 월등히 높았다. 걷기실천, 유연성운동 및 지난 2주간 외래 방문 일수는 성별, 연령 구분, 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로 차이가 없었다.

전은경(2006)의 연구에서는 건강증진행위 수준을 파악한 결과 개인위생이 가장 실천수준이 높았으며 규칙적인 식사와 아침식사정도는 편차가 크게 나타났고, 인스턴트식품과 카페인 음료섭취는 실천수준도 낮을 뿐 아니라 편차도 크지 않았으며 실천율이 가장 낮았고, 운동 및 활동부분은 특히 남학생이 여학생보다 실천수준이 더 높게 나타났다.

청소년의 소득수준, 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로 의사에게 진단받은 유병 질환에 차이가 있는 가를 살펴본 결과, 선천성 심장질환, 간질, 주의력결핍 과잉행동장애, 요로감염, 폐렴, 기타 질환은 유병률에 차이가 없었다. 부비동염은 소득수준 상에서 가장 높았고, 중하에서 가장 낮았고, 가족구조별로는 부모동거에서 가장 높았고, 편부모동거, 기타가족동거에서 가장 낮았다. 이는 부비동염의 유병률이 비교적 높은 질환으로 청소년의 건강에 더 관심 있는 가정에서 의사진단을 확실히 받게 되는 의료이용 요인으로 인한 것일 수 있다. 설사는 소득수준, 가족구조별로는 유의한 차이가 없었고, 민간의료보험 가입자가 비가입자보다 높았다. 수두는 가족구조, 민간의료보험 가입 여부별로는 차이가 없었고, 소득수준별로는 소득수준이 낮을수록 높았다. 이는 수두 예방접종이 법정 지정은 아닌 선택적인 것으로, 가격이 매우 비싼 것에서 기인한 효과라 보여 진다. 전체적인 질환의 유병률은 소득수준이 높아질수록 질환 유병률이 낮았고, 가족구조별로는 부모 동거에서 가장 낮았고, 기타가족동거에서 가장 높아 사회 경제적 편차를 보여 준다.

민간의료보험은 청소년 본인의 의지가 아닌 부모의 결정으로 가입되었기 때문에 보험 가입

자 당사자의 건강행위 특성과 연결시키기 어려운 측면이 있지만 보험 가입이 청소년의 건강 의식이나 행동에 영향을 줄 수도 있고, 부모의 특성을 반영할 수도 있어 분석해 보았다.

치과적 치료가 필요하다고 응답한 사람은 민간의료보험 비가입자에서 높았고 구강검진을 받은 사람은 민간의료보험 가입자에게서 높아 민간의료보험 비가입자의 의료욕구가 가입자보다 충족되지 못하고 있을 가능성을 보여준다. 국민건강영양조사에서 조사하는 예방행위인 인플루엔자 예방접종률은 통계적으로 유의하지는 않았지만 민간의료보험 가입자에게서 더 높게 나타났다. 이러한 사항은 민간의료보험 가입자들이 건강관리에 더 적극적인 사람들이라 민간의료보험에 가입했을 것이라는 점이 시사된다.

민간의료보험 가입자들이 민간의료보험의 가입으로 가격탄력성이 낮아져 실제 의료이용이 늘어나는가에 대한 논쟁이 있다. 지난 2주간 외래 이용 현황은 민간의료보험 가입자와 비가입자 간에 차이가 없었고, 지난 1년간 입원 여부에 대한 것은 청소년의 지난 입원이 24명 뿐으로 건수가 너무 낮아 분석할 수가 없었다. 강성욱 등(2004)은 실증연구를 통하여 입원진료에서는 암보험 민간보험군이 비민간보험군보다 입원회수와 재원기간 등으로 측정한 입원진료를 더 많이 이용하고, 입원진료비는 차이를 보이고 있지 않고, 외래진료에서는 의료이용과 외래진료비 모두 민간보험군이 비민간보험군보다 높음을 확인 하였으나, 민간보험군의 높은 의료이용과 의료비가 보험의 효과에서 기인하는 것인지, 민간보험군의 높은 소득에 기인하는 것인지는 구분할 수 없었다. 또 강성욱 등의 2010년 연구에서는 2006년과 2008년 고령화연구패널자료 1차와 2차를 사용하여 민간 의료보험 가입의 내생성을 통제하여 두 집단 간 의료이용에서는 민간의료가 가입 군에서 입원

과 외래방문 횟수가 더 적은 것으로 나타나, 차이가 존재함을 확인하였다. 그러나 이 연구는 45세 이상의 고령자만을 대상으로 하고 있는 자료라는 것을 감안할 필요가 있을 것이다. 윤희숙(2008)의 연구에서는 외래이용 경우에는 민간의료보험 변수가 양(+)의 영향을 주고 있어, 민간의료가입자의 외래이용 경향이 높았고, 양적 변수인 외래일수와 외래 총진료비는 비가입자보다 낮게 나타났고, 일당 진료비는 비가입자보다 높았다. 그러나 청소년의 경우에는 학업에 매진해야 하는 학생의 특성상 민간의료보험 가입에 의한 영향으로 성인의 경우처럼 의료이용이 실제로 늘어나는 것인가에 대한 사항은 추후 실증적인 보완 연구로 밝혀내야 할 것이다. 민간의료보험 가입자들은 식생활 형편은 좋은 편이었고, 스트레스와 아침식사 결식율은 낮았고, 청소년의 음주와 담배, 신체활동 실천율은 관련성이 없었다. 이러한 결과는 민간의료보험 가입이 청소년에게 어떤 영향을 주고 있기 보다는 민간의료보험을 구매하는 가구의 특성과 연관되었기 때문에 나타나는 현상으로 보인다.

V. 결론

본 연구는 2008년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 청소년의 건강상태, 건강행위를 인구·사회경제적 특성별로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 청소년의 주관적 건강상태의 전체 점수는 3.75였으며, 12-15세 연령군, 부모동거, 민간의료보험 가입자에서 높았다. 구강 건강상태의 점수는 2.85로, 소득수준이 높아짐에 따라 높게 인식하고 있었고, 12-15세 연령 군에서, 직장건강보험, 부모동거에서 높았다.

둘째, 치과진료 필요성은 여자, 소득이 낮은

계층에서 더 높았고, 치과검진은 12-15세, 소득이 높은 계층에서 높았다. 활동제한은 사회경제적 특성별로 차이가 없었고, 1년간 손상발생은 남성에게서 높았으며, 인플루엔자 예방접종은 12-15세에서 높았다.

스트레스는 여자와 민간의료보험 비가입자에서 높았고, 2주 이상 우울감은 16-18세에 높았으며, 자살생각은 소득이 높을수록 높았다. 식생활형편은 소득이 높을수록, 부모동거, 민간의료보험 가입자에서 높았고, 아침식사는 남자, 12-15세, 소득이 높을수록, 부모동거, 민간의료보험 가입자에서 높았다.

셋째, 담배경험은 남자, 소득이 낮을수록, 편부모에서 높았고, 음주 시작 연령은 소득이 높아질수록 높았다.

넷째, 청소년의 평균수면 시간은 소득이 높아질수록 짧아지고 있었다. 흡연자의 1달 평균 흡연일수와 흡연량은 편부모동거에서 월등히 많았다. 격렬한 신체활동실천과 중등도 신체활동실천, 근력 운동은 성별로만 차이가 있어 남성이 여성보다 월등히 높았다.

다섯째, 청소년의 유병 진단은 부비동염은 가구 소득이 높을수록, 부모와 동거하는 경우, 수두는 가구 소득이 낮을수록 유병률이 높았다.

본 연구의 조사 결과 남·여 성별에서는 손상 경험, 스트레스, 담배 시작연령, 운동실천, 아침 결식 등의 건강행태에 차이가 있었고, 16-18세는 주관적 건강상태, 구강건강, 치과 진료 및 검진, 인플루엔자 예방접종, 우울감, 아침 결식, 수면시간 등의 건강행위에서 12-15세에 비해 낮은 수준을 보이고 있어, 고등학교시기에 여러 건강관리 상황이 악화되고 있는 것으로 나타났다. 특히 소득수준이 낮은 가구와 편부모나 기타가족동거의 가족구조에서 여러 건강행위 수준이 낮고, 음주와 흡연 등의 건강위험행동 비율이 높은 것으로 나타나 중학교나 고등학교에서는 이러한 사회 취약 계층 청소년의

건강증진을 위한 관심과 지원체계를 강화하고, 보다 체계적인 중재 프로그램 개발과 적극적인 보건 교육 활동을 실시하여야 할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 강성욱, 권영대, 김성아. 민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰. 보건경제와 정책연구 2004;10(2):26-36.
2. 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대. 민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가 : 내생성 통제를 이용한 검정. 보건경제와 정책연구 2010;16(1):139-159.
3. 고유경, 유일영, 강경화, 임지영, 김민정, 유현정. 중학교 청소년의 고위험 건강행위 관련 요인. 아동간호학회지 2006;12(3):341-350.
4. 김미선, 강현국, 조결자. 고등학교 청소년의 건강증진행위 영향 요인. 아동간호학회지 2004;10(4):495-503.
5. 김미정. 중고등학생의 건강위험지각이 건강위험행위에 미치는 영향. 한국학교보건학회지 1999;12(1):5-56.
6. 김은애. 청소년의 건강증진 행위와 자기효능과의 관계연구[석사학위논문]. 서울: 중앙대학교 대학원, 1999.
7. 문화방송국. MBC 청소년백서, 서울: 문화방송국, 1999.
8. 박명윤. 청소년 흡연실태와 대책, 한국학교보건학회지 1992;5(2):24-30.
9. 박인숙, 주현옥, 이화자. 청소년의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 아동간호학회지 1997;3(2):154-162.
10. 박천만, 김영복. 대학보건실의 운영체계 및 건강증진 서비스. 보건교육·건강증진학회지 2010;27(2):151-163.
11. 박희정, 이준협. 한국 성인의 치주건강 불평등에 미치는 사회경제적 요인과 구강건강의식 및 행태의 효과. 보건교육·건강증진학회지 2010;27(1):61-69.
12. 배정미. 우리나라 청소년의 정신건강 실태조사. 정신간호학회지 2006;15(3):308-317.
13. 손애리. 서울시 청소년의 흡연, 음주 및 성행동. 한국알코올과학회지 2010;11(1):77-87.
14. 송예리아, 남은우. 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석. 보건교육·건강증진학회지 2009;26(3):1-13.
15. 윤희숙. 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. 한국개발연구 2008;30(2):100-128.
16. 이영미. 대학생의 삶의 질과 관련 요인. 보건교육·건강증진학회지 2007;24(2):77-91.
17. 이재경, 정슬기. 사회학습이론에 근거한 청소년음주 영향요인의 경로분석. 정신보건과 사회사업 2010;34:124-153.
18. 이재천. 고등학생의 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인분석[석사학위 논문]. 부산: 부산대학교 대학원, 2000.
19. 전은경. 고등학생 음주와 건강증진행위에 관한 연구[석사학위논문]. 충북: 한국교원대학교 대학원, 2006.
20. 질병관리본부. 국민건강영양조사 제4기 1차년도 2007. 서울: 질병관리본부, 2007.
21. 최은경. 고등학생의 정신건강과 양호실의 상담기능에 관한 연구[석사학위논문]. 경기: 아주대학교 대학원, 1998.
22. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd Ed. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
23. Millstein SG, Irwin CE, Adler NE, Cohen LD, Kegeles SM & Dolcini MM. Health-risk behavior and health concerns

among adolescents. *Pediatrics* 1992;3(4):
422-428.