

간호학 석사학위 논문

학령기 아동의 비만도에 따른  
건강통제위와 건강증진행위

아주대학교 대학원

간호학과

장지연

학령기 아동의 비만도에 따른  
건강통제위와 건강증진행위

지도교수 방 경 숙

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함.

2006년 8월

아 주 대 학 교 대 학 원

간 호 학 과

장 지 연

장지연의 간호학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

아주대학교 대학원

2006년 7월 7일

## 감사의 글

지나간 시간에 대해 미련이 남는건 인지상정이지만 논문을 마무리 하면서 대학원 과정동안 일들을 떠올리며 많이 부족한 제 자신이 한없이 작고 부끄러워 집니다. 이런 제가 대학원 과정을 마치고 한편의 논문을 쓰기까지 도와주신 모든 분들께 감사드립니다.

먼저, 사랑과 따뜻한 관심으로 이끌어주시고, 주제 선정에서부터 논문 진행과정 동안 하나하나 세심하게 지도해주신 방경숙 교수님께 머리숙여 감사드립니다. 또한 늘 자상한 미소로 격려해 주시고 논문을 꼼꼼하게 다듬어주신 현명선 교수님과 새로운 시각으로 논문을 바라보는 안목을 키워주신 유혜라 교수님께 진심으로 감사드립니다.

연구기간 동안 많은 관심과 격려를 해주신 김용순 학장님, 박지원 학부장님, 유문숙 교수님, 송미숙 교수님, 김춘자 교수님과 연구강사 선생님들께 감사를 드리며, 친구이자 선배로 대학원 과정동안 여러모로 도움을 준 은미, 긴 논문을 몇 번씩 읽으며 조언을 아끼지 않은 은선, 가까이에서 든든한 힘이 되어 준 은지, 천의영, 김정남 선생님에게 감사의 마음을 전합니다.

언제나 저에게 기쁨과 마음의 안식을 주는 친구 영선, 예지, 은옥, 미, 미영, 임환이에게도 고마운 마음을 전합니다.

마지막으로, 자료수집에서부터 딸의 일이라면 두 발 벗고 도와주시는 아버지와 무한한 사랑으로 뒷바라지 해주시는 어머니, 귀찮은 부탁에도 싫은 내색없이 들어주는 동생 세웅이에게 깊은 사랑을 전합니다.

저를 관심있게 지켜봐주신 모든 분들께 진심으로 감사를 드리며 항상 노력하는 모습으로 보답하겠습니다.

2006년 7월      장 지 언 올림

## 국 문 요 약

본 연구는 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 및 건강증진행위의 차이를 비교하고 두 변수간의 상관관계를 분석한 서술적 비교조사 및 상관관계 연구이다.

연구 대상은 서울 시내 서남부 지역 3개 초등학교 5, 6학년 학생 363명이며, 자료수집기간은 2005년 12월 26일에서 12월 30일까지였다. 연구 도구는 Wallston 등(1978)이 개발한 다차원적 건강통제위(Multidimensional Health Locus of Control: MHLC)척도와, Walker 등(1987)이 개발한 건강증진행위(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP) 측정 도구를 이용하였으며, 표준체중에 의한 상대체중으로 산출된 비만도를 이용하여 저체중군, 표준체중군, 과체중군, 비만군으로 분류하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN version 12.0을 이용하여 전산통계 처리하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

1. 비만 아동은 전체 연구 대상자의 16.8%(남아 18.6%, 여아 15.3%)이었다. 남아의 경우 5학년은 비만인 아동이 16.9%, 6학년은 20.2%이었고, 여아의 경우 5학년은 비만인 아동이 11.7%, 6학년은 18.6%이었다.
2. 대상자의 비만도에 따른 건강통제위를 비교한 결과 내적 통제위는 과체중군이 표준체중군보다 통계적으로 유의하게 높았다( $F=3.611$ ,  $p=.014$ ). 우연 통제위는 저체중군이 표준체중군, 과체중군, 비만군보다 높았고( $F=8.519$ ,  $p=.000$ ), 타인의존 통제위는 과체중군과 비만군이 표준체중군보다 높았다( $F=3.553$ ,  $p=.015$ ).
3. 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위는 저체중군, 표준체중군, 과체중군, 비만군에서 유의한 차이를 나타내지 않았다( $F=.692$ ,  $p=.558$ ).

4. 대상자의 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계에서는 내적, 타인의 존 통제위와 건강증진행위간에 유의한 양적 상관관계를 나타내었으며 ( $r=.347, p=.000$ ;  $r=.207, p=.000$ ), 우연 통제위와 건강증진행위 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않았다( $r=-.093, p=.080$ ).
5. 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이는 형제가 있는 경우보다 외동아이에서 비만한 아동의 비율이 높았다( $\chi^2=14.260, p=.027$ ). 또한 부모 중 비만인 분이 있는 경우 부모 중 비만이 없는 경우보다 비만한 아동의 비율이 높았다( $\chi^2=34.007, p=.000$ ).
6. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이는 종교가 있는 아동들이 종교가 없는 아동들에 비해 건강증진행위 점수가 높았으며 ( $t=2.599, p=.010$ ), 경제수준이 풍족한 아동들이 보통인 아동들보다 건강증진행위 점수가 높았다( $F=6.191, p=.002$ ). 또한 하루 TV시청시간이 짧은 경우, 하루 컴퓨터 사용시간이 짧은 경우, 실외활동 시간이 긴 경우에서 건강증진행위 점수가 각각 통계적으로 유의하게 높았다 ( $F=8.894, p=.000$ ;  $F=5.104, p=.007$ ;  $F=6.043, p=.003$ ). 부모의 건강관심이 매우 많은 아동들의 경우 그렇지 않은 경우에 비해 건강증진행위 점수가 높았다( $F=33.081, p=.000$ ).

결론적으로, 학령기 비만 아동은 표준체중 아동보다 타인의존 통제위가 높은 것으로 나타나는 한편 비만 아동 중 내적 통제위가 높은 아동들이 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 따라서 비만 아동들을 내적 통제위화 할 수 있도록 훈련시킨다면 간호의 궁극적 목적인 건강증진행위로의 행동변화를 유도할 수 있을 것이라 생각된다.

---

핵심어: 학령기 아동, 비만도, 건강통제위, 건강증진행위

## 차 례

국문요약 .....	i
차 례 .....	iii
표차례 .....	v
부록차례 .....	v
<b>I. 서 론</b> .....	1
A. 연구의 필요성 .....	1
B. 연구 목적 .....	4
C. 용어의 정의 .....	4
<b>II. 문헌 고찰</b> .....	6
A. 학령기 아동의 비만 .....	6
B. 건강통제위 .....	8
C. 건강증진행위 .....	10
<b>III. 연구 방법</b> .....	14
A. 연구 설계 .....	14
B. 연구 대상 및 표집 방법 .....	14
C. 연구 도구 .....	15
D. 자료수집 방법 및 절차 .....	17
E. 자료분석 방법 .....	17
F. 연구의 제한점 .....	18

<b>IV. 연구 결과</b> .....	19
A. 대상자의 일반적 특성 .....	19
B. 대상자의 비만율 .....	21
C. 대상자의 건강통제위 .....	23
D. 대상자의 건강증진행위 .....	23
E. 대상자의 비만도에 따른 건강통제위 .....	24
F. 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위 .....	25
G. 대상자의 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계 .....	26
H. 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이 .....	28
I. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이 .....	30
<b>V. 논의</b> .....	33
A. 학령기 아동의 비만 .....	33
B. 건강통제위 .....	36
C. 건강증진행위 .....	37
D. 건강통제위와 건강증진행위와의 관계 .....	39
<b>VI. 결론 및 제언</b> .....	41
A. 결 론 .....	41
B. 제 언 .....	43
참고문헌 .....	44
부    록 .....	51
ABSTRACT .....	71



## 표 차례

<표 1> 대상자의 일반적 특성 .....	19
<표 2> 대상자의 학년별, 성별 키와 몸무게 .....	21
<표 3> 대상자의 학년별, 성별 비만을 .....	22
<표 4> 대상자의 건강통제위 .....	23
<표 5> 대상자의 건강증진행위 .....	23
<표 6> 대상자의 비만도에 따른 건강통제위 .....	24
<표 7> 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위 .....	25
<표 8> 대상자의 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계 .....	27
<표 9> 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계 ..	27
<표 10> 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이 .....	28
<표 11> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이 .....	31

## 부 록 차례

부록 1. ....	51
<부록표 1> 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위 하부영역과의 상관관계 .....	52
<부록표 2> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강통제위 차이 .....	53
<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이 .....	56
부록 2. 설문지 .....	62
부록 3. 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 .....	67
<부록표 4> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (남아) .....	67
<부록표 5> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (여아) .....	69

# I. 서론

## A. 연구의 필요성

오늘날 비만이 전 세계적으로 급속히 증가하는 가운데 유럽 비만학술대회에서는 비만을 '지구촌의 전염병'이자 '새로운 유행병'으로 규정한 바 있고, 국내에서도 의사협회가 실시한 대국민 여론조사에서 여러 질병 중 비만에 대한 관심이 가장 높게 나타나 '비만의 날'을 선포하여 적극적인 캠페인 활동을 전개하는 등 사회적 건강 문제로 급격히 부각되고 있다.

특히 아동 비만은 매우 빠른 속도로 증가하고 있으며 비만아의 78.9%는 한가지 이상의 합병증을 가지고 있었다(강윤주 등, 1997). 아동 비만의 60~80%가 성인 비만으로 이어지고, 성인 비만의 1/3은 학령기와 청소년기 사이에 발생한 것으로 보고되고 있어 이 시기의 건강관리의 중요성을 보여주고 있다(Knittle 등, 1981). 또한 외모에 대한 관심이 커지는 학령기의 비만은 부정적인 신체상 발달, 자아존중감 저하, 우울, 대인관계 기피 등의 많은 심리적 문제를 초래할 수 있다(정승교, 박종성, 1997).

오늘날 건강 상태를 유지하고 증진시키는 방법에 대한 인식의 변화는 인간의 건강에 대한 물리적 환경을 변화시키기보다는 인간의 건강에 대한 태도와 행위를 변화시킴으로써 이루어질 수 있다고 믿게 되었다(Suchman, 1970). 인간의 건강 상태를 유지하고 증진시키기 위한 건강 행위를 설명하고 예측할 수 있는 선행 변수의 하나인 건강통제위는 Rotter(1954)의 사회 학습 이론에 근거하여 Wallston 등 (1978)이 건강 요인에 적용하여 발전시킨 개념이다. 건강통제위는 인간의 건강과 관련된 행동이 보상의 가치, 기대 및 심리적 상황에 의해 변할 수 있는 가능성을 제시한 개념으로 건강과 관련된 행위를 설명하고 예측할 수 있는 가능성

을 보여주고 있다(김수지, 1982). 그러므로 특별한 상황에서 행동을 예측하고 바람직한 방향으로 행동을 변화시킬 수 있는 대상자들의 건강통제위를 파악하는 것은 매우 중요하다.

과거에는 건강통제위가 체중감소의 성공에 대한 신뢰할 수 있는 예측인자가 못 된다는 결과(Gormanous & Lowe, 1975; Tobias & MacDonald, 1977)도 일부 제기되었으나, 최근의 많은 연구 결과에서 건강통제위는 비만치료에 있어서 성공 또는 실패를 예견할 수 있는 매우 중요한 요소로 인식되고 있다(김신정 등, 2003; 문선영 등, 2001; 성미혜, 2004; Kinsey, 1983).

건강의 결정요인은 유전, 환경, 행위 등 3가지 요소로 크게 나누어진다. 그 중 환경과 행위는 인간의 통제하에 있으며(Taylor, Denham, Ureda, 1982), 개인의 선택에 따른 행위는 건강을 좌우할 수 있다. 장기간 지속된 건강행위는 건강습관이 되기 쉽고 일단 건강습관이 형성되면 이를 바꾸는 것은 어렵다(김애경, 1995). 하지만 건강습관이 확고히 형성되지 않은 학령기 아동들의 건강행위는 수정 가능성이 크므로 학령기 아동의 건강행위에 대한 관심이 필요하며, 특히 학령기에 형성된 건강습관은 청소년기, 성인기 뿐 아니라 그들의 건강한 삶의 기반이 되기 때문에 학령기 아동의 건강증진행위에 관한 연구는 매우 중요하다. 특히 비만 예방을 위해서는 일시적 건강행위가 아닌 지속적인 건강증진행위가 필요하다.

그러나, 학령기 아동의 건강증진에 대한 기존의 연구는 학령후기 아동의 건강개념에 관한 연구(이지원, 1998), 학령기 아동의 건강증진 행위에 관련된 요인에 관한 연구(김경희, 2003; 박미숙, 2003; 신희선, 정연, 1998; 이화자 등, 1997; 이향미, 2000)가 대부분이고, 비만아동의 건강증진에 관련된 연구는 최근들어 김민희(2000), 박경숙(2002), 이정임(2001), 최현희(2003)의 연구 등이 있을 뿐 아직 매우 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 및 건강증진행위의 차이를 알아보고 이들간의 관계를 분석함으로써 학령기 비만 아동들의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 하였다.

## B. 연구목적

본 연구의 목적은 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 및 건강증진행위의 차이를 파악하고 비만도와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 탐색하며, 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계를 확인함으로써 학령기 비만 아동의 건강교육과 상담을 위한 기초 자료를 제공하고자 하는 것이다. 이에 따른 구체적 목적은 다음과 같다.

1. 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 차이를 비교한다.
2. 학령기 아동의 비만도에 따른 건강증진행위 차이를 비교한다.
3. 학령기 아동의 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계를 분석한다.
4. 학령기 아동의 일반적 특성에 따른 비만도 차이를 파악한다.
5. 학령기 아동의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이를 파악한다.

## C. 용어의 정의

### 1. 비만도

#### 1) 이론적 정의

비만도란 성별, 연령별, 신장별 체중 백분위의 50 백분위수를 표준체중으로 하여 표준체중에 의한 상대체중으로 산출된 값을 말한다(대한 소아과 학회, 1998).

#### 2) 조작적 정의

본 연구에서는 비만도를 몸무게가 키에 대한 표준체중보다 -10% 미만인 경우를 저체중, -10% 이상 10% 미만인 경우를 표준체중, 10% 이상 20% 미만인 경우를 과체중, 20% 이상인 경우를 비만으로 분류하였다.

## 2. 건강통제위

### 1) 이론적 정의

건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우되는지를 나타내는 특성으로서 자신의 건강을 통제하는 능력이 어디에 있는가에 대해 일반적으로 갖게 되는 기대성향을 말한다(Wallston 등, 1978).

### 2) 조작적 정의

본 연구에서는 Wallston 등(1978)이 개발한 다차원적 건강통제위(Multidimensional Health Locus of Control: MHLC) 척도를 조선화(1989)가 번안하여 학령기 아동에게 적합하게 수정한 도구를 이용하여 측정한 점수를 말한다. 점수가 높을수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높은 것을 의미한다.

## 3. 건강증진행위

### 1) 이론적 정의

건강증진행위란 개인이나 집단의 인간적 성취, 자아실현, 안녕수준을 유지·증진하려는 행위를 말한다(Pender, 1987).

### 2) 조작적 정의

본 연구에서는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진행위(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP) 측정도구를 김민희(2000)가 비만 아동에게 적합하게 수정·보완한 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다. 점수가 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 높은 것을 의미한다.

## II. 문헌고찰

### A. 학령기 아동의 비만

아동 비만증은 가장 흔한 영양장애 중 하나로, 에너지 섭취량이 지속적으로 소모량을 초과하여 잉여 에너지가 지방조직의 형태로 신체 내 피하조직에 과량 축적됨으로써 일어나는 체중의 이상 증가 현상이다(Mott & James, 1990). 비만의 원인은 다양하나 부적절한 식습관, 유전적인 소인, 사회·경제적인 요인, 운동부족, 내분비계 장애 등 다양한 것으로 알려져 있다(홍창의, 1995).

아동 비만의 증가요인을 살펴보면, 첫째, 운동부족을 들 수 있다. 운동할 만한 놀이터의 부재, 교통기관의 발달, 시간부족 및 컴퓨터 게임 등 때문에 아동들이 실내에 머무는 시간이 많아지면서 운동량의 절대부족을 가져와 아동 비만이 증가하게 되는 것이다. 둘째 요인은 식생활의 변화이다. GNP성장과 식품산업의 발달로 언제 어디서나 쉽게 먹을 것을 구할 수 있는 상황에 있고, 생활이 바쁜 도시 주부들이 음식을 직접 조리하기보다는 인스턴트식품이나 패스트푸드를 많이 이용하며, 외식횟수도 늘고 있기 때문이다(이동환, 1991). 셋째 요인은 불규칙한 식습관 때문으로, 결식으로 아침을 먹지 않을 경우 열량이 부족한 상태에서 하루의 활동을 시작하게 되면 능률이 오르지 않고 과식이 우려된다. 또한 편식으로 좋아하는 음식만을 섭취할 경우 열량과잉 및 인체에 필요한 다양한 영양소의 섭취부족으로 영양불균형이 되어 건강유지에 문제가 발생한다. 그 밖의 요인으로 기타 정신적인 문제나 유전적인 소인, 지역적 특성, 인구밀도, 계절, 부모의 비만여부, 가족의 식습관 특성, 가족집단의 크기, 사회경제적 수준의

영향으로 비만이 유발되기도 한다는 보고가 있다(최영희, 1989).

이러한 비만으로 인한 문제점은 우선 신체적인 문제로 동맥경화, 당뇨, 지방간, 고혈압 등을 들 수 있는데, 1991년 대한 소아과학회에서 고도 비만아 24명을 대상으로 합병증의 유병률을 조사한 결과 고지혈증 61.7%, 지방간 38.6%, 지방간 38.6% 고혈압 7.4%, 당뇨병 0.3%로 나타났다(이동환, 1996). 또한 비만은 신체적 문제 뿐 아니라 정신, 사회적인 문제를 일으킬 수 있는데 비만 아동의 정신적인 문제로는 본인이 비만임을 인식하고 있는 학생의 경우 표준체중의 학생보다 우울에 있어서 차이가 있었으며, 이러한 우울과 비만을 식사로 해결하려고 함으로써 더 비만해지며 또 비만으로 인하여 열등감을 갖게 되어 우울감을 가질 수 있다고 지적하였다(박혜순 등, 1994).

아동 비만에 대한 기존의 연구는 식습관과 비만관련 요인을 규명하는 연구(김진아, 1993), 비만도가 혈청지수에 미치는 영향에 대한 연구(임경숙 등, 1993; 김효신 2003), 비만아에 대한 영양교육 실시 효과에 대한 연구(박진경 등, 1994) 그리고 비만 아동의 자아 존중감, 신체상 및 우울증 등에 대한 연구(강윤주, 1997; 박미영, 2000; 박향순, 1998; 유일영 등, 1997)가 있으나 학령기 비만 아동을 대상으로 한 건강증진행위 정도에 관한 연구는 김민희(2000), 박경숙(2002), 이정임(2001), 최현희(2003)의 연구 등이 있을 뿐 아직 매우 미흡한 실정이다.

따라서 학령기 아동의 비만을 줄이기 위한 올바른 생활습관의 형성과 생활양식의 변화를 통한 비만예방과 건강증진을 위한 방법을 모색해야 할 것으로 생각된다.



## B. 건강통제위

통제위 개념은 Rotter(1954)의 사회학습이론에서 시작된 것으로 행위의 결과에 영향을 미치는 것이 무엇인지에 대한 일반적인 기대로서 사회학습 경험을 통하여 발달한다. 즉 자신의 행위가 결과에 영향을 미칠 것이라고 기대하는 사람은 내적 통제위 소유자, 우연이나 강력한 타인과 같은 외부의 힘이 더 큰 영향을 줄 것이라고 믿는 사람은 외적통제위 소유자라고 정의하였다. 즉 내적인 사람은 자신에게 일어나는 일이 자신의 행위결과라고 믿고, 외적인 사람은 운이나 다른 사람이 통제한다고 믿는 것이다 (이은희 등, 1993).

Wallston 등(1976)은 일반적인 기대를 측정하는 Rotter의 내적, 외적 통제위 척도는 특정 영역인 건강행위를 예측하기 어렵다고 생각하여 건강 통제에 대한 특정한 신념을 사정하는 척도를 개발하여 건강 분야에 적용함으로써 건강통제위 이론(Health Locus of Control: HLOC)으로 발전시켰다. Wallston 등(1978)은 점차적으로 예측력을 높이기 위하여 내적 통제위는 그대로 인정하고, 외적 통제위를 자신의 건강을 타인 즉 의료인이나 그밖에 강력한 타인에게 의존하려는 타인의존 통제위와 운명이나 운에 의하여 자신의 건강이 결정된다고 생각하는 우연 통제위로 구분하여 다차원적 건강통제위(MHLC) 척도를 개발하였고, 현재는 이 도구를 가장 많이 사용하고 있다(이소우 등, 1997).

다차원적 건강통제위를 사용한 연구들을 살펴보면, Lowery & Ducett(1976)은 당뇨병 환자를 대상으로 한 연구에서 내적 통제위가 높은 사람들이 외적 통제위가 높은 사람들보다 자신의 건강과 관련된 학습을 더 많이 하는 것으로 확인되었고, Wallston 등(1978)도 건강정보를 주었을 때 내적 통제위 사람들이 더욱 그 질병과 건강유지에 대한 정보를 수집하

려고 한다는 것을 보고하였다. 또한 일반적으로 내적 건강통제위가 높은 사람들은 외적 건강통제위가 높은 사람들보다 건강정보에 민감하고, 건강에 대한 지식을 증가시키려는 경향이 있으며, 따라서 내적 통제위를 도모하기 위한 접근방법으로 외적통제위 대상자에게 내적 통제위화 훈련을 시킬 것을 제안하기도 하였다(이영희, 1994).

국내 연구를 살펴보면 여대생을 대상으로 한 신혜숙(1997)의 연구에서는 내적 통제위 점수가 높은 사람이 건강증진행위를 잘하는 것으로 나타났다으며, 건강증진행위에 대한 가장 주요한 예측요인을 내적 통제위라 하였고 이는 건강증진행위의 24.5%를 설명한다고 보고하였다. 청소년을 대상으로 한 김일여(1996)의 연구에서도 내적 통제위가 높은 경우 건강증진행위 이행 정도가 높다고 하였다. 각각 여중생과 여대생을 대상으로 한 김신정 등(2003)과 성미혜(2004)의 연구에서도 건강통제위가 섭식행동과 유의한 상관관계가 있음이 나타났다.

이상의 문헌고찰로 미루어 볼 때 건강통제위는 건강증진행위를 설명하고 예측할 수 있는 변수 중 하나임을 알 수 있다. 내적 통제위가 높을수록 자기가 처한 환경을 더 잘 조절하고 극복할 수 있으며, 능동적 태도로 정보를 얻고 자신의 건강상태에 대해 많은 관심을 갖는다는 것을 알 수 있다. 또한 내적 통제위가 높을수록 질병에 대해 학습하려는 욕구 강하며 교육을 통한 치료행위를 잘함을 알 수 있다. 따라서 건강증진행위로의 행동변화를 위해 대상자의 건강통제위를 파악하고 이에 따른 적절한 중재를 제공해야 할 것으로 생각된다.

## C. 건강증진 행위

WHO(1998)에서는 건강증진이란 사람들이 자신의 건강을 유지, 관리하는 능력을 증진시키는 과정으로 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태에 도달하는 것으로 정의하였다. 이러한 건강증진에 대한 정의는 학자마다 다양하게 정의하고 있는데, Pender(1982)는 건강증진이란 건강한 생활 방식을 증가시키기 위한 개인적 또는 지역사회 활동으로서 안녕의 수준을 높이고 자아실현, 개인적인 만족감을 유지하거나 증진시키기 위한 방향으로 취해지는 활동이라고 하였다. O'Donnell(1986)은 건강증진을 사람들이 적절한 건강상태로 나아갈 수 있도록 그들의 생활양식을 변화하도록 돕는 과학이며 예술이라고 정의하였다.

이처럼 건강증진의 개념이 건강증진 생활양식의 개념으로 확대되면서 올바른 생활양식의 중요성이 강조되고 있다. 생활양식이란 개인이 매일 살아가는 방식으로서, 개인의 총체적인 행위로 구성되며(Belloc & Breslow, 1972), 사람들은 사회·문화·경제적인 차이에 따라 서로 다른 생활양식을 가지게 된다. 이러한 생활양식 중에는 건강에 좋은 영향을 미치는 생활양식이 있는가 하면 이와는 반대로 건강에 나쁜 영향을 미치는 생활양식도 있다. 실제로 인간은 99% 이상 건강하게 태어나지만 개인의 잘못된 생활양식과 환경여건 때문에 병에 걸릴 수 있으므로 개인 자신의 올바른 건강증진행위와 건강에 좋은 환경여건 조성이 절대적으로 요구된다(Taylor, 1989).

Pender 등(1986)은 건강증진행위란 건강한 생활양식을 향상시키기 위해 개인적으로 또는 지역사회 활동으로서 안녕(well being)의 수준을 높이고 자아실현(self-actualization), 개인적 만족감(personal fulfillment)을 유지하거나 높이기 위한 방법으로 취해지는 활동이라 했으며, Kneisl(1986)

은 인간이 건강을 유지하기 위해 스스로 행하는 행동이며 자기 책임, 영양에 대한 인식, 운동, 스트레스 감소와 관리, 최적의 건강 상태를 유지하는 원리에 기초를 두고 있다고 하였다. 국제간호 윤리 강령을 기초로 제정된 한국간호사 윤리강령(대한간호협회, 2006)에서도 건강증진행위를 간호의 기본 책임의 하나로 지적하였다.

건강증진에 대한 여러 가지 정의와 관점을 종합해 보면 건강증진행위는 적정 건강수준 즉, 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태에 도달하기 위한 것으로 이는 건강한 생활양식을 확립하는 과정과 긴밀한 연관성이 있다. 따라서 건강증진행위는 부정적인 건강행위를 회피하는 것 이상을 의미하며 건강과 관련된 지식, 태도, 행동의 복잡한 망을 포함한다. 또한 개인, 집단의 건강과 관련된 생활양식은 그를 둘러싸고 있는 경제적, 문화적, 사회적 상황에 영향을 받는다.

건강증진행위를 설명하기 위해 Pender는 건강증진행위모형을 제시했는데, 건강증진행위 모형은 건강신념 모형으로부터 도출되었다. 건강신념 모형은 공중보건 영역에서 질병 예방적인 행위와 만성 환자의 치료적 행위 이행을 예측하는데 많이 사용되었으며, 여러 연구에서 매우 유용한 모형임이 입증되었지만(김은주, 1988), 건강증진행위를 예측하기 위한 모형으로는 부적합했다. 이에 Pender는 건강한 생활양식의 상호보완적 구성 요소로서 건강보호 행위와 건강증진행위를 제시하였고 이중에서 건강증진행위를 설명하기 위한 행위로 건강증진행위 모형을 제시하였다(Pender, 1987).

이 모형이 제시하는 건강증진행위의 결정요인은 인지·지각요인, 조정요인, 건강증진행위의 가능성에 영향을 주는 행동계기 등으로 구성되어 있다. 건강증진행위 모형에서 건강에 관한 인지·지각요인은 건강증진행위를 습득하고 유지하기 위한 기본적 동기로 건강의 중요성, 건강통제위,

자기효능감, 건강개념, 건강상태, 건강행위의 이점과 장애점에 대한 개인의 인지지각을 포함한다. 그 후 많은 연구들이 Pender의 건강증진행위도구를 사용하여 행해졌으며 이들 연구의 목적은 건강증진행위와 인구사회학적 변수, 사회적 지지, 건강상태, 건강가치의 관련성을 검증하는 것이었다.

Walker 등(1987)은 건강증진행위를 개인의 안녕수준이나 자아실현, 성취감을 유지하고 향상시키는데 도움이 되는 자기 주도적 행동(Self Initiated Behavior)이나 지각의 다차원적인 유형으로 정의하고 자아실현, 건강에 대한 책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리로 구성된 건강증진행위 측정도구(HPLP)를 개발하였다.

건강증진과 관련된 선행연구는 건강증진행위에 영향을 주는 관련요인을 규명하는 연구들이 주로 이루어져 왔으며, 이를 살펴보면, Weitzel(1989)의 연구에서는 인구학적 특성과 건강통제위, 건강가치, 지각된 건강상태 및 자기효능감과 건강증진행위를 분석한 결과 지각된 건강상태(9%), 자기효능(6%), 건강가치(3%) 및 교육(2%)이 건강증진행위를 20% 설명한 것으로 나타났다. Walker 등(1988)은 성인의 건강증진 행위와 관련된 연구에서 성인을 청년층, 중년층, 노년층으로 구분하여 조사한 결과 노인이 청년층과 중년층에 비해 건강증진행위의 수행정도가 더 높았다고 보고하였다.

국내 연구를 살펴보면 차규정(2001)의 여고생을 대상으로 한 연구에서 정상체중군과 과다체중군 모두 건강증진행위와 자기효능감, 건강통제위 사이에 강한 양적 상관관계가 있었다고 보고하였다. 학령기 아동을 대상으로 한 최현희(2003)의 연구에서는 건강증진행위와 건강에 대한 중요성 인식, 지각된 건강상태 및 건강통제위와의 관계를 분석한 결과, 정상체중 아동은 건강증진행위 전체와, 지각된 건강상태( $r=.344$ ,  $p=.000$ ), 건강통제

위( $r=.214$ ,  $p=.004$ )가 유의한 상관관계를 나타내었고, 비만아동은 건강증진행위 전체와 지각된 건강상태( $r=.340$ ,  $p=.000$ )가 유의한 상관관계를 나타내었다. 박경숙(2004)의 비만 아동을 대상으로 한 연구에서 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 가장 중요한 예측변인은 자기효능감으로 건강증진행위를 27.6% 설명하였고, 여기에 식사시간, 체중조절 관심정도를 추가하면 건강증진행위를 33.3% 설명하는 것으로 나타났다. 초등학생을 대상으로 한 이화연(2004)의 연구에서는 출생순위가 첫째인 경우, 어머니의 교육수준이 높은 경우, 가정의 경제상태가 좋은 경우에서 건강증진행위 점수가 높았다.

이상의 선행연구에서 건강증진 행위와 이에 영향을 미치는 주요 예측요인으로 개인적 특성과 행위관련 인지요인이 직·간접적으로 다양하게 영향을 주고 있음을 확인할 수 있다.

그동안 성인의 건강증진 행위와 관련된 변수 발견을 위한 연구는 많이 이루어졌으나 학령기 비만아동의 건강증진 행위와 관련된 변수 발견을 위한 연구는 아직도 매우 부족한 상황이다. 이에 비만아의 건강증진 행위를 설명할 수 있는 요인을 규명하는 것은 의의가 있는 일이라 보여진다.

### Ⅲ. 연구방법

#### A. 연구설계

본 연구는 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 및 건강증진행위의 차이를 알아보고, 건강통제위와 건강증진행위간의 관계성을 규명하기 위한 서술적 비교조사 및 상관관계 연구이다.

#### B. 연구대상 및 표집방법

본 연구의 대상자는 서울시내에 위치한 초등학교 중 서남부 지역 3개 공립초등학교의 5, 6학년 각 2개 학급을 임의 추출하여, 선택된 반에 속해 있는 아동 전원을 조사대상으로 하였다. 그 결과 12개 학급의 총 363명이 연구표본으로 선정되었다.

구체적 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 서울시내 서남부지역 3개 초등학교에 재학 중인 5, 6학년 아동
- 2) 설문지를 읽고 이해 가능한 아동
- 3) 건강기록부상 특수한 질환(당뇨, 선천성 대사이상 등)이 없는 아동
- 4) 연구의 목적을 이해하고 참여하기를 허락한 아동

## C. 연구도구

연구도구는 대상자의 인구사회학적 특성 문항, 건강통제위에 관한 문항, 건강증진행위에 관한 문항으로 작성된 구조화된 설문지이다.

### 1. 비만도 측정

비만도를 측정하기 위해서 키와 몸무게를 통해 구할 수 있는 지표 중 표준체중에 의한 상대체중으로 산출된 비만도를 사용하였다. 조사 대상자들의 키와 몸무게는 각 학교의 2005년도 학생 체격검사 명단에서 확인하였다. 표준체중에 의한 상대체중으로 산출된 비만도는 몸무게가 키에 대한 표준체중보다 -10% 미만인 저체중군, -10% 이상 10% 미만인 표준체중군, 10% 이상인 과체중군, 20% 이상인 아동을 비만군으로 정하였다.

$$\text{비만도}(\%) = \frac{\text{실제체중} - \text{신장별 표준체중}}{\text{표준체중}} \times 100$$

- 저 체 중 군 : -10% 미만
- 표 준 체 중 군 : -10% ~ 10% 미만
- 과 체 중 군 : 10% ~ 20% 미만
- 비 만 군 : 20% 이상



## 2. 건강통제위 측정도구

Wallston 등(1978)이 개발한 다차원적 건강통제위(MHLC) 척도를 조선화(1989)가 번안하여 비만 아동에게 적합하게 수정한 도구를 이용하여 측정하였다. 총 18문항으로 내적 통제위(1, 6, 8, 12, 13, 17) 6문항, 우연 통제위(2, 4, 9, 11, 15, 16) 6문항, 타인의존 통제위(3, 5, 7, 10, 14, 18) 6문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 이루어져 있으며 각각의 도구에 의해 얻어진 점수가 높을수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높은 것을 의미한다. 조선화(1989)의 연구에서 도구의 신뢰도(Cronbach  $\alpha$ )는 내적 통제위 .64, 우연 통제위 .61, 타인의존 통제위 .67이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도(Cronbach  $\alpha$ )는 내적 통제위 .70, 우연 통제위 .57, 타인의존 통제위 .52이었다.

## 3. 건강증진행위 측정도구

Walker 등(1987)이 개발한 건강증진행위(HPLP) 측정도구를 김민희(2000)가 비만 아동에게 적합하게 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 식습관 16문항, 운동 10문항, 자아실현 8문항, 건강생활습관 9문항, 대인관계 6문항으로 총 49문항으로 구성된 6점 척도로 점수가 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 높은 것을 의미한다. 김민희(2000)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$ =.78이었고 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$ =.83이었다.

## D. 자료 수집 방법 및 절차

자료 수집은 2005년 12월 26일에서 12월 30일까지 5일간 실시되었으며, 구조화된 설문지를 이용하였다. 자료 수집을 위해 해당 학교 교장선생님과 보건선생님에게 연구의 목적과 취지를 설명한 후 허락을 얻고, 담임선생님을 통해 설문지를 배부하여 아동들에게 직접 작성하도록 하였다. 설문지 응답에 소요된 시간은 10분-20분 정도이었다. 설문지 수거 후 당해년도 4월 각 학교에서 실시한 학생 체격검사 명단을 통해 해당 아동의 키와 몸무게를 확인하여 비만도를 계산하였다.

## E. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN version 12.0을 이용하여 연구목적과 변수특성에 따라 분석하였다.

1. 대상자의 일반적 특성, 비만율, 건강통제위와 건강증진행위는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
2. 대상자의 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위 정도는 ANOVA로 분석하였다.
3. 대상자의 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.
4. 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이는  $\chi^2$ -test를 통해 분석하였다.

5. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이는 t-test 또는 ANOVA로 분석하였다.

## **F. 연구의 제한점**

1. 연구 대상자가 서울시내 3개 초등학교에 국한되어 있으므로 연구결과를 모든 학령기 아동에게 일반화하기 어렵다.
2. 건강통제위 도구의 신뢰도가 낮아 연구결과 해석시 신중을 기하여야 한다.
3. 체격검사 실시 시기인 4월과 자료수집 시기인 12월 사이에 시기적 차이가 있어 결과의 차이 가능성을 배제할 수 없다.

## IV. 연구결과

### A. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 조사한 결과는 <표 1>과 같다. 본 연구에 참여한 대상자는 총 363명으로 3개 초등학교의 5, 6학년 남·녀 학생이었다. 형제 수는 1명이 242명(66.7%)으로 가장 많았고, 종교를 가지고 있는 아동이 271명(74.7%)으로 종교를 가지고 있지 않은 아동보다 많았다. 아버지의 직업이 사무직인 아동이 167명(46.0%)으로 가장 많았으며, 어머니가 직업을 가지고 있는 아동이 215명(59.2%)으로 많은 수를 차지하였다. 가정의 경제수준은 보통이라고 응답한 아동이 285명(78.5%)으로 가장 많았으며, 하루 수면시간은 9시간 이상이 141명(38.8%), 하루 TV 시청 시간은 2시간 정도가 129명(35.5%), 하루 컴퓨터 사용 시간은 1시간 이하가 166명(45.7%), 하루 실외 활동 시간은 1시간 이하가 185명(51.0%)으로 가장 많았다. 부모의 건강관심은 대체로 관심 있다고 응답한 아동이 148명(40.8%)으로 많았으며, 부모의 비만여부는 부모 중 비만인 분이 없다고 응답한 아동이 261명(71.9%)로 가장 많은 수를 나타내었다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	(N=363)
		n (%)
성별	남	167(46.0)
	여	196(54.0)
학교	Y학교(동작구 소재)	124(34.2)
	W학교(관악구 소재)	117(32.2)
	H학교(강서구 소재)	122(33.6)

학년	5	177(48.8)
	6	186(51.2)

<표 1> 대상자의 일반적 특성-계속

(N=363)

특 성	구 분	n(%)
형제 수	0명	47(12.9)
	1명	242(66.7)
	2명 이상	70(19.3)
종교	유	271(74.7)
	무	92(25.3)
아버지 직업	사무직	167(46.0)
	자영업	105(28.9)
	기타	85(23.4)
어머니 직업	유	215(59.2)
	무(주부)	147(40.5)
경제수준	풍족한편	46(12.7)
	보통	285(78.5)
	어려운편	29( 8.0)
수면시간/일	7시간 이하	91(25.1)
	8시간	128(35.3)
	9시간 이상	141(38.8)
TV시청시간/일	1시간 이하	109(30.0)
	2시간	129(35.5)
	3시간 이상	120(33.1)
컴퓨터사용시간/일	1시간 이하	166(45.7)
	2시간	110(30.3)
	3시간 이상	85(23.4)
실외활동시간/일	1시간 이하	185(51.0)
	2시간	119(32.8)
	3시간 이상	58(16.0)
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통	86(23.7)
	대체로 관심이 있다	148(40.8)
	매우 관심이 많다	128(35.3)
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	100(27.5)
	비만인 분이 없다	261(71.9)

(무응답 제외)

## B. 대상자의 비만율

### 1. 대상자의 학년별, 성별 키와 몸무게

본 연구 대상자의 키와 몸무게를 살펴보면, 남아의 경우 키는 5학년 144.43±6.43cm, 6학년 149.09±6.25cm이었으며, 몸무게는 5학년 41.29±10.32kg, 6학년 44.82±10.20kg이었다. 여아의 경우 키는 5학년 143.75±6.54cm, 6학년 150.90±6.25cm이었으며, 몸무게는 5학년 38.08±8.86kg, 6학년 44.75±8.62kg이었다<표 2>.

<표 2> 대상자의 학년별, 성별 키와 몸무게

(N=363)

특 성	남 자(n=167)		여 자(n=196)	
	5학년(n=83)	6학년(n=84)	5학년(n=94)	6학년(n=102)
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
키(cm)	144.43± 6.43	149.09± 6.25	143.75±6.54	150.90±6.25
몸무게(kg)	41.29±10.32	44.82±10.20	38.08±8.86	44.75±8.62

## 2. 대상자의 학년별, 성별 비만율

본 연구에서는 전체 연구 대상자의 16.8%(남아 18.6%, 여아 15.3%)가 비만 아동으로 파악되었다. 5학년보다 6학년의 비만율이 높았는데, 남아의 경우 비만인 아동이 5학년 16.9%, 6학년 20.2%로 5학년보다 6학년의 비만율이 3.3% 높았고, 여아의 경우 비만인 아동이 5학년 11.7%, 6학년 18.6%로 5학년보다 6학년의 비만율이 6.9% 높았다<표 3>.

<표 3> 대상자의 학년별, 성별 비만율

특 성	(N=363)			
	남 자(n=167)		여 자(n=196)	
	5학년(n=83) n(%)	6학년(n=84) n(%)	5학년(n=94) n(%)	6학년(n=102) n(%)
저체중	18(21.7)	14(16.7)	16(17.0)	16(15.7)
정상체중	36(43.4)	43(51.2)	54(57.4)	55(53.9)
과체중	15(18.1)	10(11.9)	13(13.8)	12(11.8)
비만	14(16.9)	17(20.2)	11(11.7)	19(18.6)

### C. 대상자의 건강통제위

본 연구에서 대상자의 건강통제위는 내적 통제위 23.01±4.22점, 타인의 존 통제위 13.09±3.57점, 우연 통제위 12.18±3.75점 순으로 나타났다<표 4>.

<표 4> 대상자의 건강통제위

(N=363)				
특 성	n	M±SD	Min.	Max.
내적 통제위	358	23.01±4.22	9	30
우연 통제위	361	12.18±3.75	6	22
타인의존 통제위	359	13.09±3.57	6	23

(무응답 제외)

### D. 대상자의 건강증진행위

본 연구에서 대상자의 건강증진행위 전체 평균은 3.87±.52점이었으며, 건강증진행위 하부영역의 평균은 식습관 3.91±.56점, 운동 3.82±.93점, 자아실현 3.92±.70점, 건강생활습관 3.82±.85점, 대인관계 영역 3.82±.85점의 순으로 나타났다<표 5>.

<표 5> 대상자의 건강증진행위

(N=363)				
특 성	n	M±SD	Min.	Max.
식습관	360	3.91±.56	2.25	5.25
운동	360	3.82±.93	1.60	5.90
자아실현	361	3.92±.70	1.63	6.00



건강생활습관	360	3.82±.85	1.78	6.00
대인관계	360	3.82±.85	1.50	6.00
전체	358	3.87±.52	2.29	5.31

(무응답 제외)

### E. 대상자의 비만도에 따른 건강통제위

대상자의 비만도에 따른 건강통제위를 비교하기 위해 ANOVA를 사용하여 분석한 결과는 <표 6>과 같다. 각 통제위는 비만도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 각 그룹 간 통계적 차이를 확인하기 위해 사후검정(Scheffe)을 실시한 결과 내적 통제위는 과체중군이 24.54±3.70점으로 표준체중군 22.58±4.32점보다 통계적으로 유의하게 높았으며(F=3.611, p=.014), 우연 통제위는 저체중군이 13.92±4.00점으로 표준체중군 12.24±3.72점, 과체중군 11.17±3.27점, 비만군 10.93±3.22점보다 높았다(F=8.519, p=.000). 또한 비만도에 따른 타인의존 통제위의 차이를 확인하기 위해 사후검정(LSD)을 실시한 결과 타인의존 통제위는 과체중군 14.04±3.61점, 비만군 13.98±3.22점으로 표준체중군 12.66±3.57점보다 유의하게 높은 것으로 나타났다(F=3.553, p=.015).

<표 6> 대상자의 비만도에 따른 건강통제위

특성	(N=363)				F	p	Scheffe
	저체중군 <sup>a</sup>	표준체중군 <sup>b</sup>	과체중군 <sup>c</sup>	비만군 <sup>d</sup>			
	(n=64) M±SD	(n=188) M±SD	(n=50) M±SD	(n=61) M±SD			
내적	22.48±4.73	22.58±4.32	24.54±3.70	23.64±3.34	3.611	.014	b<c
우연	13.92±4.00	12.24±3.72	11.17±3.27	10.93±3.22	8.519	.000	a>b,c,d
타인의존	12.78±3.64	12.66±3.57	14.04±3.61	13.98±3.22	3.553	.015	b<c,d*

† LSD

## F. 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위 차이

대상자의 비만도에 따른 건강증진행위 차이를 비교하기 위해 ANOVA를 사용하여 분석한 결과는 <표 7>과 같다. 건강증진행위 총점은 저체중군 3.81±.51점, 표준체중군 3.86±.49점, 과체중군 3.93±.66점, 비만군 3.91±.50점으로 나타났고, 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다(F=.692, p=.558). 또한 건강증진행위 하부영역인 식습관, 운동, 자아실현, 건강생활습관, 대인관계 영역에서도 비만도에 따른 차이가 없었다.

<표 7> 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위

특 성	저체중군	표준체중군	과체중군	비만군	F	p
	(n=64)	(n=188)	(n=50)	(n=61)		
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
식습관	3.88±.56	3.90±.53	3.86±.65	4.02±.58	1.040	.375
운동	3.67±.96	3.79±.92	4.03±.98	3.92±.85	1.718	.163
자아실현	3.84±.70	3.92±.68	3.99±.81	3.93±.70	.430	.732
건강생활습관	3.85±.86	3.83±.78	3.91±.99	3.70±.93	.606	.612
대인관계	3.74±.76	3.82±.84	3.92±.98	3.82±.88	.438	.726
전체	3.81±.51	3.86±.49	3.93±.66	3.91±.50	.692	.558

## G. 대상자의 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계

대상자의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계를 파악하기 위해 Pearson's Correlation Coefficient로 분석한 결과는 <표 8>과 같다. 내적, 타인의존 통제위와 건강증진행위간에는 유의한 양적 상관관계를 나타내었으며( $r=.347, p=.000$ ;  $r=.207, p=.000$ ), 우연 통제위와 건강증진행위 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다( $r=-.093, p=.080$ ). 이는 내적 통제위와 타인의존 통제위가 높은 아동이 건강증진행위를 잘 한다는 것을 의미한다. 또 건강증진행위의 하부영역과 건강통제위와의 상관관계를 살펴보면 내적 통제위는 건강증진행위의 하부영역인 식습관( $r=.119, p=.024$ ), 운동( $r=.381, p=.000$ ), 자아실현( $r=.273, p=.000$ ), 건강생활습관( $r=.192, p=.000$ ), 대인관계 영역( $r=.199, p=.000$ ) 모두에서 유의한 양적 상관관계를 나타내었다. 우연 통제위는 운동 영역에서 유의한 음적 상관관계를 나타내었고( $r=-.127, p=.016$ ), 타인의존 통제위는 대인관계 영역을 제외한 식습관( $r=.148, p=.005$ ), 운동( $r=.168, p=.001$ ), 자아실현( $r=.168, p=.001$ ), 건강생활습관 영역( $r=.148, p=.005$ )에서 유의한 양적 상관관계를 나타내었다. 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위의 상관관계를 살펴보면 저체중군에서 건강증진행위는 내적 통제위와 유의한 양적 상관관계를 나타내었고( $r=.327, p=.009$ ), 표준체중군에서 건강증진행위는 내적, 타인의존 통제위와 유의한 양적 상관관계를 나타내었다( $r=.409, p=.000$ ;  $r=.252, p=.001$ ). 과체중군에서는 건강증진행위와 각 건강통제위 간에는 유의한 상관관계를 나타내지 않았고, 비만군에서는 건강증진행위와 내적 통제위만이 유의한

양적 상관관계를 나타내었다( $r=.363$ ,  $p=.004$ )<표 9>.

<표 8> 대상자의 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계

(N=363)

특 성	내적 통제위(p)	우연 통제위(p)	타인의존 통제위(p)
식습관	.119(.024)	-.045(.399)	.148(.005)
운동	.381(.000)	-.127(.016)	.168(.001)
자아실현	.273(.000)	.020(.707)	.168(.001)
건강생활습관	.192(.000)	-.066(.212)	.148(.005)
대인관계	.199(.000)	-.059(.267)	.052(.329)
전체	.347(.000)	-.093(.080)	.207(.000)

<표 9> 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계

(N=363)

구 분	내적 통제위(p)	우연 통제위(p)	타인의존 통제위(p)
저체중군	.327(.009)	.035(.786)	.165(.201)
건강 증진 행위	표준체중군 .409(.000)	-.085(.249)	.252(.001)
과체중군	.148(.316)	-.115(.436)	.242(.097)
비만군	.363(.004)	-.158(.227)	.023(.859)

## H. 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이를 알아보기 위해  $\chi^2$ -test를 사용하여 분석한 결과는 <표 10>과 같다. 대상자의 일반적 특성 중 형제 수에 따른 비만도의 차이를 보면 형제가 없는 아동의 경우 비만군에 속하는 대상자가 34.0%(16명/47명)로 형제 수가 1명인 경우 14.9%(36명/242명), 형제 수가 2명인 경우 12.9%(9명/70명)보다 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=14.260$ ,  $p=.027$ ). 또한 부모의 비만여부에 따른 아동의 비만도의 차이를 살펴보면 부모 중 비만인 분이 있는 경우 비만군에 속하는 아동이 30%(30명/98명)로 부모 중 비만인 분이 없는 경우 11.9%(31명/258명)보다 많았고 이는 통계적으로 유의하였다( $\chi^2=34.007$ ,  $p=.000$ ). 그 밖에 성별, 학교, 학년, 종교, 아버지 직업, 어머니 직업, 경제 수준, 하루 수면시간, 하루 TV시청시간, 하루 컴퓨터 사용시간, 하루 실외 활동 시간, 부모의 건강관심 등에 따른 비만도 차이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다.

<표 10> 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이

						(N=363)		
특 성	구 분	n	저체중군 n(%)	표준체중군 n(%)	과체중군 n(%)	비만군 n(%)	$X^2$	p
성별	남	164	32(19.2)	79(47.3)	25(15.0)	31(18.6)	.503	.475
	여	194	32(16.3)	109(55.6)	25(12.8)	30(15.3)		

학교	Y학교	122	21(16.9)	64(51.6)	22(17.7)	17(13.7)	6.698	.350
	W학교	116	25(21.4)	57(48.7)	11( 9.4)	24(20.5)		
	H학교	120	18(14.8)	67(54.9)	17(13.9)	20(16.4)		
학년	5	173	34(19.2)	90(50.8)	28(15.8)	25(14.1)	3.073	.381
	6	185	30(16.1)	98(52.7)	22(11.8)	36(19.4)		

<표 10> 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이-계속

		(N=363)					X <sup>2</sup>	p
특 성	구 분	n	저 체중군 n(%)	표준체중군 n(%)	과 체중군 n(%)	비만군 n(%)		
형제 수	0명	47	5(10.6)	20(42.6)	6(12.8)	16(34.0)	14.260	.027
	1명	242	43(17.8)	126(52.1)	37(15.3)	36(14.9)		
	2명 이상	70	15(21.4)	40(57.1)	6( 8.6)	9(12.9)		
종교	유	267	46(17.0)	147(54.2)	33(12.2)	45(16.6)	3.509	.320
	무	91	18(19.6)	41(44.6)	17(18.5)	16(17.4)		
아버지 직업	사무직	166	41(24.6)	74(44.3)	22(13.2)	30(18.0)	10.905	.091
	자영업	103	12(11.4)	60(57.1)	15(14.3)	18(17.1)		
	기타	83	11(17.2)	48(56.5)	13(15.3)	13(15.3)		
어머니 직업	유	212	39(18.1)	116(54.0)	25(11.6)	35(16.3)	2.006	.571
	무(주부)	145	25(17.0)	72(49.0)	24(16.3)	26(17.7)		
경제수준	풍족한편	46	8(17.4)	26(56.5)	5(10.9)	7(15.2)	2.053	.915
	보통	280	48(16.8)	149(52.3)	39(13.7)	49(17.2)		
	어려운편	29	7(24.1)	13(44.8)	5(17.2)	4(13.8)		
수면시간/일	7시간 이하	91	11(12.1)	43(47.3)	15(18.8)	22(27.5)	11.757	.068
	8시간	126	20(15.6)	71(55.5)	20(15.6)	17(13.3)		
	9시간 이상	138	33(23.4)	73(51.8)	14( 9.9)	21(14.9)		
TV시청시간/일	1시간 이하	108	20(18.3)	58(53.2)	11(10.1)	20(18.3)	8.363	.213
	2시간	129	27(20.9)	57(44.2)	20(15.5)	25(19.4)		
	3시간 이상	116	15(12.5)	71(59.2)	18(15.0)	16(13.3)		
컴퓨터사용시간/일	1시간 이하	163	31(18.7)	94(56.6)	18(10.8)	23(13.9)	8.760	.188
	2시간	110	21(19.1)	57(51.8)	15(13.6)	17(15.5)		
	3시간 이상	83	12(14.1)	37(43.5)	15(17.6)	21(24.7)		

실외활동시간/일	1시간 이하	183	31(16.8)	96(51.9)	28(15.1)	30(16.2)		
	2시간	117	20(16.8)	59(49.6)	16(13.4)	24(20.2)	4.328	.632
	3시간 이상	57	13(22.4)	33(56.9)	6(10.3)	6(10.3)		
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통	85	16(18.6)	43(50.0)	12(14.0)	15(17.4)		
	대체로 관심이 있다	147	26(17.6)	85(57.4)	17(11.5)	20(13.5)	4.370	.627
	매우 관심이 많다	125	22(17.2)	60(46.9)	21(16.4)	25(19.5)		
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	98	8( 8.0)	39(39.0)	23(23.0)	30(30.0)		
	비만인 분이 없다	258	56(21.5)	147(56.3)	27(10.3)	31(11.9)	34.007	.000

(무응답 제외)

## I. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 t-test 또는 ANOVA를 사용하여 분석한 결과는 <표 11>과 같다. 분석결과 학교에 따라 Y학교의 건강증진행위 점수는  $4.05 \pm .50$ 점으로 W학교  $3.77 \pm .51$ 점, H학교  $3.77 \pm .50$ 점보다 통계적으로 유의하게 높았다( $F=11.916$ ,  $p=.000$ ). 종교가 있는 아동의 경우  $3.91 \pm .53$ 점으로 종교가 없는 아동  $3.75 \pm .48$ 점에 비해 건강증진행위 점수가 높았으며( $t=2.599$ ,  $p=.010$ ), 경제수준이 풍족한 편인 아동은  $4.11 \pm .49$ 점으로 경제수준이 보통인 아동  $3.84 \pm .51$ 점, 어려운 편인 아동  $3.75 \pm .57$ 점보다 건강증진행위 점수가 높았다( $F=6.191$ ,  $p=.002$ ). 또한 하루 TV시청시간이 1시간 이하인 아동의 건강증진행위 점수는  $3.94 \pm .54$ 점, 2시간 이하인 아동의 점수는  $3.95 \pm .50$ 점으로 3시간 이상 TV를 보는 아동의  $3.70 \pm .48$ 점보다 건강증진행위 점수가 높았다( $F=8.894$ ,  $p=.000$ ). 하루 컴퓨터 사용시간이 1시간 이하인 경우 건강증진행위 점수는  $3.94 \pm .47$ 점으로 3시간 이상 컴퓨터를 사용하는 아동들의  $3.72 \pm .57$ 점에 비해 건강증진행위 점수가 통계적으로 유의하게 높았다( $F=5.104$ ,  $p=.007$ ). 하루 실외활동 시간에 따른 차이를 보면 2시간가량 실외활동을 하는 아동의 건강증진행위 점수는  $3.95 \pm .56$ 점, 3시간 이상 실외활동을 하는 아동의 건강증진행위 점수는  $3.99 \pm .53$ 점으로 하루 실외활동 시간이 1시간 이하인 아동

의 건강증진행위 점수인 3.78±.47점보다 건강증진행위 점수가 높았다 (F=6.043, p=.003). 부모의 건강관심에서는 부모의 건강관심이 매우 많은 아동은 4.15±.53점으로 부모가 건강에 대한 관심이 없거나 보통 정도인 아동의 건강증진행위 점수인 3.68±.40점과 부모가 건강에 대해 대체로 관심이 있는 아동의 건강증진행위 점수인 3.74±.48점에 비해 건강증진행위 점수가 높았다(F=33.081, p=.000). 그 밖에 성별, 학년, 형제 수, 아버지와 어머니의 직업, 하루 수면시간, 부모의 비만여부에 따른 건강증진행위의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 11> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이

							(N=363)
특 성	구 분	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	
성별	남	164	3.90±.52	.929	.353		
	여	194	3.84±.52				
학교	Y학교 <sup>a</sup>	122	4.05±.50	11.916	.000	a>b,c	
	W학교 <sup>b</sup>	116	3.77±.51				
	H학교 <sup>c</sup>	120	3.77±.50				
학년	5	173	3.91±.54	1.541	.124		
	6	185	3.83±.50				
형제 수	0명	47	3.83±.52	.445	.641	-	
	1명	242	3.86±.53				
	2명 이상	70	3.92±.49				
종교	유	267	3.91±.53	2.599	.010		
	무	91	3.75±.48				
아버지 직업	사무직	166	3.88±.55	1.646	.194	-	
	자영업	103	3.91±.53				
	기타	83	3.77±.45				
어머니 직업	유	212	3.86±.50	.120	.990		
	무	145	3.86±.54				



경제수준	풍족한편 <sup>a</sup>	46	4.11±.49	6.191	.002	a>b,c
	보통 <sup>b</sup>	280	3.84±.51			
	어려운편 <sup>c</sup>	29	3.75±.57			
수면시간/일	7시간 이하	91	3.77±.52	2.125	.121	-
	8시간	126	3.88±.49			
	9시간 이상	138	3.91±.54			

<표 11> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
TV시청시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	108	3.94±.54	8.894	.000	a,b>c
	2시간 <sup>b</sup>	129	3.95±.50			
	3시간 이상 <sup>c</sup>	116	3.70±.48			
컴퓨터사용시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	163	3.94±.47	5.104	.007	a>c
	2시간 <sup>b</sup>	110	3.88±.52			
	3시간 이상 <sup>c</sup>	83	3.72±.57			
실외활동 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	183	3.78±.47	6.043	.003	a<b,c
	2시간 <sup>b</sup>	117	3.95±.56			
	3시간 이상 <sup>c</sup>	57	3.99±.53			
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통 <sup>a</sup>	85	3.68±.40	33.081	.000	a,b<c
	대체로 관심이 있다 <sup>b</sup>	147	3.74±.48			
	매우 관심이 많다 <sup>c</sup>	125	4.15±.53			
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	98	3.82±.46	-.971	.332	
	비만인 분이 없다	258	3.88±.54			

(무응답 제외)

## V. 논 의

### A. 학령기 아동의 비만

학령기는 영아기나 청소년기처럼 급속한 성장률을 보이지는 않지만 1년에 약 5.5cm 정도의 키가 자라고 약 2.7kg의 몸무게가 증가하며 꾸준히 성장하는 시기이다(조복희 등, 1997). 본 연구 대상자의 키와 몸무게를 살펴보면, 남아의 경우 키는 5학년  $144.43 \pm 6.43$ cm, 6학년  $149.09 \pm 6.25$ cm이었으며, 몸무게는 5학년  $41.29 \pm 10.32$ kg, 6학년  $44.82 \pm 10.20$ kg이었다. 여아의 경우 키는 5학년  $143.75 \pm 6.54$ cm, 6학년  $150.90 \pm 6.25$ cm이었으며, 몸무게는 5학년  $38.08 \pm 8.86$ kg, 6학년  $44.75 \pm 8.62$ kg이었다. 남아의 경우 5학년과 6학년의 키의 차이는 평균보다 차이가 작았지만 몸무게는 평균보다 차이가 컸다. 반면에 여아의 경우 5학년과 6학년의 키와 몸무게 차이는 모두 평균보다 큰 차이를 보였다. 학령기 동안 평균 키와 몸무게는 남아가 여아보다 크나 10-12세 사이에는 여아가 남아보다 큰데, 이것은 여아가 사춘기의 성숙이 먼저 일어나기 때문이다(조복희 등, 1997).

비만은 지방 세포의 크기 또는 수적 증가로 인해 체지방이 과다하게 있는 상태이며 이는 체중이 단순히 많이 나가는 것과는 구분된다. 비만의 정의는 정해져 있지 않지만 보통 체지방량을 개산(概算)하는 것에 기초하고 있다. 체지방을 측정할 수 있는 방법은 수중 체중 측정으로 체 비중을 구하는 법, 중수소 분포를 이용하거나 칼륨 40 수치를 재서 지방을 제외한 체질량을 구하는 법 등이 있다. 이들 검사가 정확하기는 하지만 소아에서 밝혀진 방법은 아니다. 또한 기술적으로 소아에게 적용시키기 어려우며 대부분의 임상 환경에서 비실용적이다. 그리하여 피부 두께 측정이

나 키에 대한 체중을 나타내는 지표들 같이 체지방량을 간접적으로 재는 방법들로 체지방을 재고 비만을 정의하는데 사용한다. 하지만 피부 두께 측정은 불편하고 부정확하며 피하지방의 다양한 분포 양상으로 인해 임상에서 쓰이는데 한계가 있다. 따라서 BMI를 비만을 정의하는데 가장 흔히 이용하고 있는데 소아에서는 연령별 BMI에서 95 백분위수 이상일 때 비만이라 할 수 있다. 하지만 소아 연령에서 의미있게 쓰이기 위해서는 나이, 성, 인종에 대해 정해진 기준이 있어야 하는데 신장에 따라 판정 기준이 달라지는 한계가 있다(박영신, 2004). 이에 본 연구에서는 키와 몸무게를 이용한 여러 가지 간접적인 비만도 측정 지표 중 가장 널리 사용하고 가장 정확한 지수로 알려져 있는 동일 연령, 신장별 표준체중에 대한 실측 체중의 비율로 표시하는 신장별 표준체중에 의한 비만도를 이용하였다.

본 연구에서는 전체 연구 대상자의 16.8%(남아 18.6%, 여아 15.3%)가 비만 아동으로 파악되었다. 이는 1994년 보건복지부 통계자료에 제시된 남아의 비만을 17.2%, 여아의 비만을 14.0%와 유사하게 나타났지만, 박영신 등(2004)이 서울 지역 초·중·고등학생의 비만추이를 조사한 연구에서 남아의 비만을 17.9%, 여아의 비만을 10.9%라고 제시한 것과는 여아의 비만율에 있어 본 연구 대상자의 비만율이 높았다.

또한 본 연구에서 남아의 경우 5학년은 비만인 아동이 16.9%, 6학년은 20.2%이었고, 여아의 경우 5학년은 비만인 아동이 11.7%에서 6학년은 18.6%로 약 7%가량 차이를 보였다. 이것은 유일영 등(1997)의 연구에서 남아의 경우 5학년의 BMI가 17.29에서 6학년에는 18.00으로 증가하였고, 여아의 경우 5학년 17.57에서, 6학년에 17.96으로 증가하였다고 한 것과 유사한 결과이다. 또한 서울시 학교 보건원의 연구(강윤주, 1997)에 의하면 1980년대 5% 미만이었던 서울시 초등학생의 비만률이 90년대에 20%

로 증가되었다. 비만률은 지난 18년간 초등학교 남자의 경우 6.4배(79년 3.6%에서 96년 23.0%로), 초등학교 여자의 경우 4.7배(79년 3.3%에서 96년 15.5%로) 증가하였다. 이는 같은 기간 남자 중고생의 3.0배, 여자 중고생의 2.4배에 비해 상당히 높은 증가율이다. 또 다른 연구에서는 7세 때 비만 아동의 67.5%가 10년 후까지 비만 상태를 유지하며(문경래, 2004), 고등학교 3학년 때(17세) 비만한 청소년의 약 50% 정도가 초등학교 2학년 때(7세)에 표준체중이었음이 보고되었다. 이러한 연구 결과는 비만 문제를 해결하기 위해서는 비만 이환 후의 관리보다 예방이 더욱 중요하며, 예방은 사춘기 이전 시기인 초등학교 연령층을 대상으로 집중적으로 이루어져야 한다는 것을 시사한다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 비만도 차이를 분석한 결과 대상자의 일반적 특성 중 형제 수와 부모의 비만여부가 아동의 비만도에 차이를 나타내었다. 형제 수에 따라 비만도의 차이를 나타내었는데 형제가 있는 경우보다 외동아이에서 비만아의 비율이 높았다( $\chi^2=14.260$ ,  $p=.027$ ). 또한 부모 중 비만인 분이 있는 경우 부모 중 비만이 없는 아동들보다 비만한 아동의 비율이 높았다( $\chi^2=34.007$ ,  $p=.000$ ). 이와 같은 결과는 가족 환경 내 변수가 소아 비만을 결정짓는 가장 중요한 인자의 하나라는 Dietz & Gorttmaker(1984)의 연구 결과를 지지하였다. Dietz & Gorttmaker(1984)는 가족 환경 내 요인 중 부모의 비만, 사회경제적 수준, 부모의 교육 수준, 부모의 나이, 출생 순서, 가족의 크기가 아동의 비만과 연관이 있다고 하였다. 비만의 유병률은 가족의 크기와 반비례하는데 Jacoby 등(1975)의 연구결과에서 외동아이의 19.4%가 비만인 것에 비해 두 자녀 가족 아이의 13.4%가 비만이며, 서너 자녀 가족 아이의 8.2%가 비만으로 나타났다. 다른 가족 구성원의 체중도 아동의 비만에 영향을 주는데 Garn & Clark(1976)의 연구결과 가족의 구성원이 모두 비만일 경우 남아의

27.5%, 여아의 24.1%가 비만이였다. 이는 유전 뿐 아니라 음식과 식사 및 운동에 대한 태도가 가정 내에서 학습되고 강화되기 때문인 것으로 생각된다.

본 연구에서는 TV 시청 시간에 따라 비만도에 차이를 나타내지는 않았지만 TV 시청시간이 짧은 아동이 그렇지 않은 아동보다 건강증진행위 점수가 통계적으로 유의하게 높았다. 이는 많은 연구에서(Sperling, 2002; Wales, Wit & Rogol, 2003) TV 시청에 소요하는 시간과 비만의 위험도는 직접 연관이 있다고 한 결과와 일치하는 결과이다. TV 시청을 많이 하는 아이들은 에너지가 소모되는 활동을 적게 하고 TV 시청동안 간식을 많이 먹는데 그 간식들은 TV에서 광고하는 것들로 고 칼로리 음식들이 대부분이다(Wales, Wit & Rogol, 2003). 또한 극중 인물들이 이런 영양가 없는 음식들을 먹는 모습도 자주 나오는데 그럼에도 불구하고 극중 비만한 인물들이 없다는 것이 아이들에게 고 칼로리 음식을 먹고 마시는 것과 체중이 큰 상관이 없으며 그렇게 쉬지 않고 먹어도 비만해지지 않을 수 있다는 잘못된 메시지를 전달할 수 있다(Dietz, 1986). 따라서 아동들의 TV 시청 시간을 제한하는 가정에서의 노력과 더불어 패스트푸드의 TV 광고를 제한하는 등의 사회적 노력이 필요할 것으로 생각된다.

## B. 건강통제위

대상자의 건강통제위 점수는 저체중군, 표준체중군, 과체중군, 비만군 모두 내적 건강통제위, 타인의존 건강통제위, 우연 통제위 순으로 나타났다. 이는 다차원 건강통제위 척도로 측정된 Wallston 등(1978)의 연구결과와 성인을 대상으로 한 이영휘(1994), 여대생을 대상으로 한 신혜숙(1997)의 연구결과와 같은 순위의 결과를 보였다. 즉, 학령기 아동들도 다른 대

상 집단과 같이 건강을 유지 증진하는 것은 자신에게 달려 있다고 믿는 내적 건강통제위가 강하므로 보건교육을 통하여 스스로 건강한 생활을 할 수 있도록 동기 부여 해주는 것이 가장 필요하다고 생각된다.

흔히 비만인 경우 타인의존 통제위나 우연 통제위가 높고 내적 통제위가 낮을 것으로 생각되나, 본 연구 결과에서는 내적 통제위가 다른 통제위에 비해 훨씬 높게 나타났다. 선행연구와 비교해볼 때 김신정 등(2003)의 비만 여중생을 대상으로 한 연구에서도 건강통제위는 내적 통제위가 가장 높은 점수를 나타내었다. 현재 사회적으로 비만이 건강에 매우 해롭다고 하는데 있어서 널리 공감대가 형성되고 있고, 특히 사춘기에 접어든 초등학교 5, 6학년 아동들의 경우 자신의 신체상에 매우 예민하게 반응하는 시기이므로 대상자들의 내적 통제위가 강화되는 것으로 여겨진다.

또한 본 연구결과에서 비만도에 따라 타인의존 통제위에 유의한 차이를 보였는데, 과체중과 비만군 아동은 표준체중아동보다 타인의존 통제위가 높은 것으로 나타났다. 이를 통해 과체중 및 비만 아동이 자신의 건강에 대해 영향력 있는 주위사람들과 밀접하게 연관되어 있음을 알 수 있다. 따라서 의료인이나 학교 선생님, 가족들이 학령기 아동들에게 건강상담을 통해 계속적으로 관심을 나타내면 효율적인 건강교육과 성과를 이룰 수 있을 것이라고 생각된다.

### C. 건강증진 행위

대상자의 건강증진행위 평균은 저체중군 3.81점, 표준체중군 3.86점, 과체중군 3.94점, 비만군 3.91점으로 나타났다. 이는 청소년을 대상으로 한 김은애(1999)의 연구 3.39점, 대학생을 대상으로 한 허은희(1998)의 연구 3.26점 보다 높았으며, 비만 아동을 대상으로 한 김민희(2000)의 연구 4.00

점, 박경숙(2004)의 연구 3.94점과 비슷한 결과를 나타내었다. 이는 학령기 아동들이 성인에 비하여 건강습관이 확고히 형성되지 않아 빠른 행동수정과 습관의 변화가 용이한 점에서 비롯된 결과라고 생각된다.

건강증진행위 하부영역별 점수를 살펴보면 비만군은 식습관 4.03점, 자아실현 3.94점, 운동 3.93점, 대인관계 3.83점, 건강생활습관 영역 3.70점 순으로 높았는데, 이는 비만 아동을 대상으로 한 박경숙(2004)의 연구에서 자아실현 4.24점, 운동, 4.19점, 대인관계 3.86점, 건강생활습관 3.78점 순으로 나타나 식습관을 제외한 다른 영역의 순위와 비슷하였다. 선행연구와 달리 식습관 영역의 행위 점수가 가장 높은 것으로 나타난 것은 아동의 비만이 불규칙한 식사, 무절제한 간식, 인스턴트식품의 과다섭취 등이 비만의 주원인(김종욱, 1994)이라는 인식이 널리 퍼지므로 인해 비만 아동이 자신의 건강을 생각하여 이를 개선하기 위해 더 노력하기 때문으로 생각된다. 식습관 영역 다음으로 자아실현 영역이 높게 나타난 것은 비만 아동의 대부분이 자신의 신체상에 대한 부정적인 이미지와 자신감의 결여를 가지고 있으나 비만 아동이 가족이나 친구, 그리고 또래 집단에서의 부정적인 이미지를 극복하고 자신감을 회복하기 위해 노력하기 때문으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 살펴보면 저소득층, 활동수준이 낮은 군, 부모의 건강관심이 낮은 군에서 건강증진행위가 낮은 것으로 나타났다. 이에 따라 저소득 가정의 아동에 대한 비만예방 및 관리프로그램을 개발하고 학령기 아동의 적절한 신체적 활동에 대한 바른 지도를 강화할 필요가 있다. 더불어 자녀의 체중관리에 대한 부모의 관심을 향상시킬 수 있는 부모 교육 프로그램 개발과 그 효과에 대한 평가 연구가 필요하다.

## D. 건강통제위와 건강증진행위와의 관계

본 연구 결과를 통해 내적 건강통제위가 건강증진행위와 유의한 양적 상관관계가 있음을 확인할 수 있었다. 이는 김일여(1996), 박인숙(1995), 박정숙 등(1996), 신혜숙(1997), 이숙자 등(1996), Duffy(1988), Weizel(1989)들의 연구 결과와 일치하였다.

내적 통제위는 건강증진행위의 하부영역인 식습관( $r=.119, p=.024$ ), 운동( $r=.381, p=.000$ ), 자아실현( $r=.273, p=.000$ ), 건강생활습관( $r=.192, p=.000$ ), 대인관계 영역( $r=.199, p=.000$ ) 모두에서 유의한 양적 상관관계를 나타내었는데 이는 청소년을 대상으로 한 김일여(1996)의 연구 결과 내적 통제위가 식습관( $r=.150, p<0.05$ ), 운동( $r=.130, p<0.05$ ), 자아실현( $r=.180, p<0.05$ ), 스트레스 관리( $r=.13, p<0.05$ ), 대인관계 영역( $r=.150, p<0.05$ ) 모두에서 유의한 양적 상관관계를 나타낸 것과 일치한다. 본 연구에서는 김일여(1996)의 연구 결과와는 달리 건강증진행위가 내적 통제위 뿐 아니라 타인의존 통제위와도 유의한 양적 상관관계를 나타내었는데 이는 노인을 대상으로 한 표지숙(1991)의 연구결과 타인의존 건강통제위가 건강증진행위의 모든 영역과 유의한 상관관계를 나타낸 것과 일치한다. 이는 학령기 아동과 노인의 경우 독립심이 강한 청소년과 비교해 자신의 건강에 대한 책임은 자신 뿐 아니라 자신의 건강에 대해 영향력 있는 주위사람들과 밀접하게 연관되어 있다고 생각하고 있음을 의미하는 것이다.

비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위의 상관관계를 살펴보면 저체중군에서 건강증진행위는 내적 통제위와 유의한 양적 상관관계를 나타내었고, 표준체중군에서 건강증진행위는 내적, 타인의존 통제위와 유의한 양적 상관관계를 나타내었다. 과체중군에서는 건강증진행위와 각 건강통제위 간에는 유의한 상관관계를 나타내지 않았지만, 비만군에서는 건강증진



행위와 내적 통제위가 유의한 양적 상관관계를 나타내었다. 따라서 비만 아동의 건강증진행위를 촉진하기 위해서 대상자들을 내적 통제위화 할 수 있도록 훈련시키는 것이 필요하다.

이상의 결과에서 볼 수 있듯이 건강증진행위에 내적 건강통제위와 타인의존 통제위가 영향을 미침을 알 수 있었다. 이는 내적 건강통제위를 지닌 사람들은 건강정보에 민감하고 건강지식을 증가시키려는 의도와 바람직한 행동을 하려는 노력들이 보이기에(Walston 등, 1978; 박재순, 1995) 대상자들이 내적 통제위화 되는 것이 바람직하다고 보는 견해들과 일치한다. 즉, 건강통제위는 훈련을 통해 변화 가능한 것으로 설명되고 있어(박재순, 1995), 학령기 비만 아동들도 내적 통제위화 할 수 있도록 훈련시킨다면 간호의 궁극적 목적인 건강증진행위로의 행동변화를 유도할 수 있다고 생각된다. 또한 학령기 아동의 건강증진행위는 자신의 건강에 대해 영향력 있는 주위사람들과도 밀접하게 연관되어 있으므로 의료인이나 학교 선생님, 가족들이 학령기 아동들에게 건강상담을 통해 계속적으로 관심을 가진다면 건강한 생활로의 행동 변화를 이룰 수 있을 것이다.

## VI. 결론 및 제언

### A. 결론

본 연구는 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위 및 건강증진행위의 차이를 비교하고 두 변수간의 상관관계를 분석한 서술적 비교조사 및 상관관계 연구이다. 서울 시내 서남부 지역 3개 초등학교 5, 6학년 학생 363명을 대상으로 자기기입식 설문조사를 실시한 후 키와 몸무게를 이용하여 저체중군, 표준체중군, 과체중군, 비만군으로 분류하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

1. 비만 아동은 전체 연구 대상자의 16.8%(남아 18.6%, 여아 15.3%)이었다. 남아의 경우 5학년은 비만인 아동이 16.9%, 6학년은 20.2%이었고, 여아의 경우 5학년은 비만인 아동이 11.7%, 6학년은 18.6%이었다.
2. 대상자의 비만도에 따른 건강통제위를 비교한 결과 내적 통제위는 과체중군이 표준체중군보다 통계적으로 유의하게 높았다( $F=3.611$ ,  $p=.014$ ). 우연 통제위는 저체중군이 표준체중군, 과체중군, 비만군보다 높았고( $F=8.519$ ,  $p=.000$ ), 타인의존 통제위는 과체중군과 비만군이 표준체중군보다 높았다( $F=3.553$ ,  $p=.015$ ).
3. 대상자의 비만도에 따른 건강증진행위는 저체중군, 표준체중군, 과체중군, 비만군에서 유의한 차이를 나타내지 않았다( $F=.692$ ,  $p=.558$ ).
4. 대상자의 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계에서는 내적, 타인의존 통제위와 건강증진행위간에 유의한 양적 상관관계를 나타내었으며( $r=.347$ ,  $p=.000$ ;  $r=.207$ ,  $p=.000$ ), 우연 통제위와 건강증진행위 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않았다( $r=-.093$ ,  $p=.080$ ).

5. 대상자의 일반적 특성에 따른 비만도 차이는 형제가 있는 경우보다 외동아이에서 비만한 아동의 비율이 높았다( $\chi^2=14.260$ ,  $p=.027$ ). 또한 부모 중 비만인 분이 있는 경우 부모 중 비만이 없는 경우보다 비만한 아동의 비율이 높았다( $\chi^2=34.007$ ,  $p=.000$ ).
6. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이는 종교가 있는 아동들이 종교가 없는 아동들에 비해 건강증진행위 점수가 높았으며 ( $t=2.599$ ,  $p=.010$ ), 경제수준이 풍족한 아동들이 보통인 아동들보다 건강증진행위 점수가 높았다( $F=6.191$ ,  $p=.002$ ). 또한 하루 TV시청시간이 짧은 경우, 하루 컴퓨터 사용시간이 짧은 경우, 실외활동 시간이 긴 경우에서 건강증진행위 점수가 각각 통계적으로 유의하게 높았다 ( $F=8.894$ ,  $p=.000$ ;  $F=5.104$ ,  $p=.007$ ;  $F=6.043$ ,  $p=.003$ ). 부모의 건강관심이 매우 많은 아동들의 경우 그렇지 않은 경우에 비해 건강증진행위 점수가 높았다( $F=33.081$ ,  $p=.000$ ).

결론적으로, 학령기 비만 아동은 표준체중 아동보다 타인의존 통제위가 높은 것으로 나타나는 한편 비만 아동 중 내적 통제위가 높은 아동들이 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 따라서 비만 아동들을 내적 통제위화 할 수 있도록 훈련시킨다면 간호의 궁극적 목적인 건강증진행위로의 행동변화를 유도할 수 있을 것이라 생각된다.

## B. 제언

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 학령기 아동의 건강통제위를 측정하기 위한 신뢰도 높은 도구의 개발을 제안한다.
2. 비만 아동들을 대상으로 비만의 원인이나 조절가능성에 대한 인식을 높여줄 수 있는 프로그램을 개발, 실시할 것을 제안한다.
3. 비만 아동의 내적 통제위화 훈련을 통한 건강증진행위의 변화여부를 확인하는 후속연구를 제안한다.

## 참고문헌

- 강귀애, 초등학교 6학년 학생들의 건강증진 행위에 관련된 요인, 이화여자 대학교 대학원 석사학위논문, 1992.
- 강윤주, 홍창호, 홍영진, “서울시내 초·중·고 학생들의 최근 18년간 (1979-1996) 비만도 변화추이 및 비만아 증가 양상”, *한국영양학회지*, 30(7), pp. 832-839, 1997.
- 김경희, 학령기 아동의 건강지식과 건강증진행위, 경북대학교 대학원 석사학위논문, 2003.
- 김민희, 비만 아동들의 자기 건강증진행위와 자기 효능과의 관계 연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위 논문, 2000.
- 김수지, “인간이해”, *대한간호*, 21(2), 1982.
- 김신정, 김숙영, 문선영, 구현경, 최용희, “비만 여중생의 건강통제위 성격과 섭식행동”, *아동간호학회지*, 9(2), pp. 123-130, 2003.
- 김애경, “건강행위에 대한 한국청년의 주관성 연구”, *대한간호*, 34(1), pp. 50-54, 1995.
- 김은애, 청소년 건강증진행위와 자기효능과의 관계연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위 논문, 1999.
- 김은주, 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강행위 이행에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 1988.
- 김일여, 청소년들의 건강통제위와 건강증진 생활양식에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 1996.
- 김종욱, 초등학교 아동의 비만실태와 요인 분석, 한국교원대학교 대학원 석사학위 논문, 1994.
- 김진아, 국민학교 아동의 식습관 요인이 비만에 미치는 영향에 관한 연구,

- 명지대학교 대학원 석사학위 논문, 1993.
- 김혜영, “초등학교 6학년 학생들의 건강증진행위에 관한 연구”, *중앙의학*, 61(12), pp. 995-1003, 1996.
- 대한간호협회, 한국 간호사 윤리강령, 서울, 2006.
- 대한 소아과 학회, 한국소아의 발육 표준치, 서울, 1998.
- 문경래, 청소년 비만의 치료, 대한 소아소화기영양학회 춘계 심포지움 자료집, 서울, 2004.
- 문선영, 김신정, 김숙영, “비만 여고생의 건강통제위 성격과 섭식행동”, *대한간호학회지*, 31(1), pp. 43-54, 2001.
- 박경숙, 학령기 비만아동의 자기효능감과 건강증진 생활양식과의 관계 연구, 조선대학교 대학원 석사학위 논문, 2002.
- 박미숙, 학령후기 아동의 스트레스와 건강지각 및 건강증진 행위에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 2003.
- 박영신, 이동환, 최중명, 강윤주, 김종희, “23년간 서울 지역 초·중·고등 학생의 비만 추이”, *소아과*, 47(3), pp. 247-257, 2004.
- 박인숙, 건강증진 생활양식에 관한 연구, 부산대학교 대학원 박사학위논문, 1995.
- 박정숙, 박청자, 권영숙, “건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향”, *대한간호학회지*, 26(2), pp. 359-371, 1996.
- 박재순, 중년후기 여성이 건강증진행위 모형 구축, 서울대학교 대학원 박사학위논문, 1995.
- 박혜순, 신은수, 강윤주, “서울지역 일부 비만아에서의 혈중 지질 및 식이 섭취 양상”, *대한비만학회지*, 3(1), 1994.
- 성미혜, “여대생의 건강통제위와 섭식장애”, *정신간호학회지*, 13(2), pp. 117-124, 2004.

- 성미혜, "초등학교 여학생의 섭식장애, 신체증상, 우울 및 건강통제위에 관한 연구", *대한간호학회지*, 34(3), pp. 576-585, 2004.
- 신혜숙, "여대생의 건강통제위와 건강증진행위", *여성건강간호학회지* 3(2), pp. 194-204, 1997.
- 신혜숙, 이경희, "여대생의 자아존중감 및 건강통제위와 건강증진행위와의 관계", *간호과학*, 9(2), pp. 77-91, 1997.
- 신희선, 정연, "아동건강통제위 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 조사", *아동간호학회지*, 4(1), pp. 105-219, 1998.
- 유일영, 이정렬, 임지영, 김순애, 김영옥, 장성옥, 장효순, 장효순, 조갑출, 한금선, 한명수, 현명선, "학령기 비만아동의 신체상 관련요인 분석", *간호학탐구*, 6(2), pp. 91-121, 1997.
- 이동환, 이종국, 이철, 황용승, 차성호, 최용, "고도비만아의 합병증에 관한 연구", *소아과*, 33(4), pp. 445-453, 1991.
- 이동환, "비만아의 진단과 관리", *소아과*, 39(8), pp. 1055-1065, 1996.
- 이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙, *간호이론의 이해*, 수문사, 서울, 1997.
- 이숙자, 박은숙, 박영주, "한국 중년 여성의 건강증진 행위 예측 모형 구축", *대한간호학회지*, 26(2), 1996.
- 이영휘, *효능기대증진 프로그램이 자기효능과 자가간호행위에 미치는 영향-본태성 고혈압 환자를 중심으로-*, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 1994.
- 이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥, "건강통제위 개념의 국내 간호연구 분석", *대한간호학회지*, 23(4), pp. 694-712, 1993.
- 이정은, *학령후기 아동의 건강지각과 건강증진행위*, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 1994.

- 이정임, 비만아동의 자기효능감과 건강증진행위에 관한 연구, 경산대학교 대학원 석사학위논문, 2001.
- 이태화, 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석, 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1990.
- 이화자, 정향미, 안혜경, “아동을 위한 건강증진 행위에 관한 연구”, 대한간호학회지, 26(2), pp. 443-466, 1997.
- 조복희, 정옥분, 유가효, 인간발달: 발달 심리적 접근, 교문사, 서울, 1997.
- 조선화, 비만아동과 표준체중아동의 건강통제위 성격과 자아존중감의 관계, 숙명여자대학교 석사학위 논문, 1988.
- 정승교, 박종성, “여중생의 체중조절 실태, 비만도 및 신체상에 관한 연구”, 한국보건교육학회지, 14(2), pp. 171-184, 1997.
- 차규정, 정상체중과 과다체중 여고생의 건강증진행위에 관한 연구, 충남대학교 대학원 석사학위 논문, 2001.
- 최영희, 서울시내 일부 국민학교 학생의 성장발달 및 비만요인 분석, 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1989.
- 표지숙, 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구, 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 1992.
- 허은희, 대학생의 건강증진행위와 자기효능과의 관계 연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, 1998.
- 홍창의, 소아과학, 대한교과서주식회사, 서울, 1995.
- Belloc, N. B., & Breslow, L., "Relationship of physical health status and health practice", *Preventive Medicine*, 1, pp. 409-427, 1972.
- Dietz, W. H. Jr., Gortmaker S. L., "Factors within the physical environment associated with childhood obesity", *Am J Clin*



- Nutr*, 39, pp. 617-624, 1984.
- Dietz, W. H. Jr., "Prevention of childhood obesity", *Pediatr Clin North Am*, 33, pp. 823-833, 1986.
- Duffy, M. E., "Determinants of health promotion in midlife women", *Nursing Research*, 37(6), pp. 358-362, 1988.
- Garn, S. M., Clark D. C., "Trends in fatness and the origins of obesity Ad Hoc Committee to Review the Ten-state Nutrition Survey", *Pediatrics*, 57, pp. 443-456, 1976.
- Gormanous, G. K., & Lowe, W. C., "Locus of control and obesity", *Psychol. Resp.*, 37(1), pp. 30, 1975.
- Jacoby, A., Altman, D. G., Cook, J., Holland W. W., Elliott, A., "Influence of some social and environmental factors on the nutrient intake and nutritional status of school children", *Br J Prev Soc Med*, 29, pp. 116-120, 1975.
- Kincey, J., "Compliance with a behavioral weight-loss program : target setting and locus of control", *Behav. Res. Ther.*, 21(2), pp. 109-114, 1983.
- Kneisl, C. R., *Adult health nursing*, Wesley publishing Co., 1986.
- Knittle, J. L., Meritt, R. J., Dixon-Shanies, D., Ginsberg-Felloner, F., Timmers, K. I., & Kats, D. P., "Childhood obesity", *Textbook of Pediatric Nutrition*, pp. 415-434, 1981.
- Lowery, B. J. & Ducett, J. P., "Disease Related learning and Disease Control in Diabetics as a Function of Locus of Control", *Nursing Research*, 25(5), pp. 358-362, 1976.
- Mott, S. R., & James, S. R., *Nursing care of children and families*,

- Sperhac Addison-Wesley, 1990.
- O'Donnell, M., "Definition of health promotion". *American Journal Health Promotion*, 1, pp. 4-5, 1986.
- Pender, N. J., & Pender, A. R., Health promotion in Nursing Practice, Norwalk, CT; Appleton & Lange, 1982.
- Pender, N. J., & Pender, A. R., "Attitudes, subjective norms and intentions to engage in health behavior", *Nursing Research*, 35, pp. 15-18, 1986.
- Pender, N. J. & Pender, A. R., Health promotion in Nursing Practice (2nd eds.), Norwalk, CT; Appleton & Lange, 1987.
- Sperling, M. A., Pediatric Endocrinology (2nd ed), Philadelphia, PA; Saunders, 2002.
- Suchman, E. A., "Health Attitudes and Behavior", *Archives of Environment Health*, 20(1), 1970.
- Taylor, R. B, Denham, J. W. & Ureda, J. R., Health Promotion: Principle & Clinical Application, Norwalk; Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Taylor, W. C., "A first year problem-based curriculum in health promotion and disease prevention", *Academic Medicine*, 11, pp. 673-677, 1989.
- Tobias, L. L., & Macdonald, M. L., "Internal locus of control and weight loss : an insufficient condition", *Journal of consult Clin. Psychol.*, 45(4), pp. 627-653, 1977.
- Wales, J. K., Wit, J. M., Rogol, A. D., Pediatric Endocrinology and Growth(2nd ed), Philadelphia, PA; Saunders, 2003.

- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J., "Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics", *Nursing Research*, 36(2), pp. 76-81, 1987.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. & Pender, N. J., "Health-Promoting lifestyles of older adults: comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns", *ANS*, 11(1), pp. 76-90, 1988.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Madies, S. A., "Development and validation of the health locus of control scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, pp. 580-585, 1976.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., "Locus of Control and Health: A Review of the Literature", *Health Education Monograph*, pp. 107-117, 1978.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R., "Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales", *Health Education Monograph*, 6, pp. 160-170, 1978.
- Weitzel, M. & Walkerm P., "Predictive factors for health promotive behaviors in white, hispanic, and black blue-collar workers", *Nursing Research*, 13(1), pp. 23-34, 1990.

## 부 록

**부록 1.**

<부록표 1> 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위 하부영역과의 상관관계  
(N=363)

구 분	하부영역	내적 통제위(p)	우연 통제위(p)	타인의존 통제위(p)
저체중	식습관	.049(.703)	.202(.112)	.055(.673)
	운동	.480(.000)	-.089(.484)	.308(.014)
	자아실현	.325(.009)	-.027(.834)	.003(.981)
	건강생활	.057(.657)	-.026(.839)	.095(.461)
	대인관계	.133(.298)	.059(.644)	-.055(.671)
	전체	.327(.009)	.035(.786)	.165(.201)
표준체중	식습관	.131(.076)	-.077(.295)	.180(.014)
	운동	.411(.000)	-.110(.134)	.176(.016)
	자아실현	.302(.000)	.063(.388)	.182(.013)
	건강생활	.249(.001)	-.070(.343)	.226(.002)
	대인관계	.266(.000)	-.031(.679)	.068(.361)
	전체	.409(.000)	-.085(.249)	.252(.001)
과체중	식습관	.102(.491)	-.064(.664)	.130(.379)
	운동	.026(.861)	-.114(.440)	.021(.889)
	자아실현	.173(.239)	.101(.496)	.302(.037)
	건강생활	.185(.207)	-.172(.242)	.267(.066)
	대인관계	.114(.440)	-.179(.224)	.326(.024)
	전체	.148(.316)	-.115(.436)	.242(.097)
비만	식습관	.201(.121)	-.154(.235)	.140(.283)
	운동	.376(.003)	-.086(.516)	.015(.912)
	자아실현	.194(.134)	-.037(.775)	.141(.279)
	건강생활	.219(.090)	-.069(.598)	-.094(.471)
	대인관계	.086(.508)	-.109(.405)	-.193(.137)
	전체	.363(.004)	-.158(.227)	.023(.859)

<부록표 2> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강통제위 차이

(N=363)

특 성	구 분	내적 통제위					우연 통제위					타인의존 통제위				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
성별	남	164	23.16±4.27	.655	.513		164	12.25±3.91	.358	.720		164	13.26±3.51	.841	.401	
	여	194	22.87±4.18				194	12.11±3.62				194	12.94±3.62			
학교	Y학교 <sup>a</sup>	122	24.10±3.78	6.406	.002	a>b,c	122	11.25±3.64	5.900	.003	a<b,c	122	13.48±3.72	1.103	.333	-
	W학교 <sup>b</sup>	116	22.56±4.46				116	12.75±3.73				116	12.94±3.58			
	H학교 <sup>c</sup>	120	22.33±4.20				120	12.56±3.73				120	12.84±3.40			
학년	5	173	22.81±4.30	-.825	.410		173	12.06±3.66	-.589	.556		173	13.37±3.54	1.465	.144	
	6	185	23.18±4.15				185	12.29±3.84				185	12.82±3.59			
형제 수	0명 <sup>a</sup>	47	22.83±4.16	.081	.922	-	47	11.89±3.70	.261	.770	-	47	13.57±3.59	3.307	.038	a>c
	1명 <sup>b</sup>	242	23.10±4.28				242	12.17±3.67				242	13.29±3.69			
	2명 이상 <sup>c</sup>	70	23.04±4.04				70	12.40±3.94				70	12.13±3.04			

<부록표 2> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강통제위 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	내적 통제위					우연 통제위					타인의존 통제위				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
종교	유	267	23.28±4.18	2.094	.037		267	12.10±3.81	-.641	.522		267	13.13±3.52	.343	.732	
	무	91	22.21±4.26				91	12.40±3.58				91	12.98±3.74			
아버지	사무직	166	23.53±3.71				166	12.19±3.56				166	13.30±3.36			
직업	자영업	103	22.81±4.68	2.937	.054	-	103	11.99±3.99	.316	.729	-	103	13.29±3.86	1.279	.280	
	기타	83	22.20±4.42				83	12.43±3.84				83	12.58±3.59			
어머니	유	212	22.69±4.26	-1.771	.077		212	12.23±3.73	.357	.722		212	12.88±3.66	-1.254	.211	
	직업	무	145				23.50±4.11	145				12.08±3.78	145			13.36±3.40
경제수준	풍족한편	46	24.22±3.80				46	11.54±4.22				46	13.13±3.82			
	보통	280	22.83±4.28	2.354	.096	-	280	12.12±3.59	2.652	.072	-	280	13.18±3.50	1.663	.191	
	어려운편	29	22.50±4.14				29	13.55±4.26				29	11.89±3.69			
수면시간 /일	7시간 이하	91	23.63±4.18				91	12.24±4.03				91	13.01±3.54			
	8시간	126	23.16±4.01	2.088	.125	-	126	11.85±3.68	1.052	.350	-	126	13.03±3.48	.171	.843	
	9시간 이상	138	22.49±4.39				138	12.51±3.61				138	13.25±3.70			

<부록표 2> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강통제위 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	내적 통제위					우연 통제위					타인의존 통제위				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
TV시청 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	108	23.09±4.53				108	12.24±3.69				108	13.06±3.73			
	2시간 <sup>b</sup>	129	23.36±4.16	.956	.385	-	129	12.28±3.89	.212	.809	-	129	13.69±3.73	3.583	.029	b>c
	3시간 이상 <sup>c</sup>	116	22.62±4.02				116	11.99±3.56				116	12.48±3.15			
컴퓨터사용 시간/일	1시간 이하	163	23.27±4.16				163	11.93±3.58				163	12.96±3.48			
	2시간	110	22.83±4.33	.515	.598	-	110	12.21±3.56	1.121	.327	-	110	13.24±3.55	.204	.816	-
	3시간 이상	83	22.80±4.22				83	12.68±4.25				83	13.14±3.81			
실외활동 시간/일	1시간 이하	183	22.86±4.15				183	12.49±3.80				183	12.91±3.42			
	2시간	117	23.21±4.39	.253	.777	-	117	12.08±3.80	1.779	.170	-	117	13.38±3.77	.629	.534	-
	3시간 이상	57	23.04±4.16				57	11.44±3.42				57	13.09±3.66			
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통 <sup>a</sup>	85	22.03±4.34				85	12.99±3.74				85	13.15±3.39			
	대체로 관심이 있다 <sup>b</sup>	147	22.57±4.16	8.082	.000	a,b<c	147	12.19±3.61	3.292	.038	a>b	147	12.36±3.55	6.381	.002	b<c
	매우 관심이 많다 <sup>c</sup>	125	24.17±3.97				125	11.65±3.83				125	13.88±3.57			
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	98	23.53±4.36				98	11.95±3.81				98	13.78±3.47			
	비만인 분이 없다	258	22.82±4.17	1.422	.156		258	12.26±3.71	-.695	.488		258	12.83±3.59	2.238	.026	

(무응답 제외)



<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이

(N=363)

특 성	구 분	전 체					식습관					운 동				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
성별	남	164	3.90±.52	.929	.353		164	3.84±.55	-2.206	.028		164	3.98±.93	3.033	.003	
	여	194	3.84±.52				194	3.97±.57				194	3.69±.91			
학교	Y학교 <sup>a</sup>	122	4.05±.50	11.916	.000	a>b,c	122	4.04±.58	4.920	.008	a>b,c	122	4.12±.88	9.963	.000	a>b,c
	W학교 <sup>b</sup>	116	3.77±.51				116	3.85±.56				116	3.63±.98			
	H학교 <sup>c</sup>	120	3.77±.50				120	3.83±.53				120	3.71±.85			
학년	5	173	3.91±.54	1.541	.124		173	174±3.97	1.807	.072		173	174±3.83	.211	.833	
	6	185	3.83±.50				185	186±3.86				185	186±3.81			
형제 수	0명	47	3.83±.52	.445	.641	-	47	3.90±.54	.031	.970	-	47	3.81±1.02	.167	.846	-
	1명	242	3.86±.53				242	3.92±.57				242	3.81±.93			
	2명 이상	70	3.92±.49				70	3.91±.56				70	3.88±.87			

<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	전 체					식습관					운 동				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
종교	유	267	3.91±.53	2.599	.010		267	3.94±.58	1.677	.095		267	3.86±.92	1.284	.200	
	무	91	3.75±.48				91	3.83±.49				91	3.71±.95			
아버지	사무직	166	3.88±.55	1.646	.194	-	166	3.95±.57	1.578	.208	-	166	3.77±.94	1.435	.240	-
직업	자영업	103	3.91±.53				103	3.91±.53				103	3.95±.95			
	기타	83	3.77±.45				83	3.81±.58				83	3.76±.89			
어머니	유	212	3.86±.50	.120	.990		212	3.91±.52	.098	.922		212	3.81±.92	-.197	.844	
직업	무	145	3.86±.54				145	3.91±.61				145	3.83±.94			
경제수준	풍족한편 <sup>a</sup>	46	4.11±.49	6.191	.002	a>b,c	46	3.95±.57	2.354	.097	-	46	4.17±.87	4.537	.011	a>b
	보통 <sup>b</sup>	280	3.84±.51				280	3.93±.55				280	3.75±.92			
	어려운편 <sup>c</sup>	29	3.75±.57				29	3.70±.61				29	3.97±1.03			
수면시간 /일	7시간 이하 <sup>a</sup>	91	3.77±.52	2.125	.121	-	91	3.76±.57	5.497	.004	a<c	91	3.87±.96	.203	.817	-
	8시간 <sup>b</sup>	126	3.88±.49				126	3.92±.54				126	3.79±.87			
	9시간 이상 <sup>c</sup>	138	3.91±.54				138	4.01±.55				138	3.80±.95			

<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	전 체					식습관					운 동				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
TV시청 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	108	3.94±.54				108	4.06±.59				108	3.89±.97			
	2시간 <sup>b</sup>	129	3.95±.50	8.894	.000	a,b>c	129	3.97±.50	12.276	.000	a,b>c	129	3.94±.93	3.640	.027	b>c
	3시간 이상 <sup>c</sup>	116	3.70±.48				116	3.72±.55				116	3.64±.86			
컴퓨터사용 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	163	3.94±.47				163	4.01±.52				163	3.88±.87			
	2시간 <sup>b</sup>	110	3.88±.52	5.104	.007	a>c	110	3.94±.56	9.687	.000	a,b>c	110	3.85±.95	1.678	.188	-
	3시간 이상 <sup>c</sup>	83	3.72±.57				83	3.69±.57				83	3.66±1.00			
실외활동 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	183	3.78±.47				183	3.92±.52				183	3.54±.83			
	2시간 <sup>b</sup>	117	3.95±.56	6.043	.003	a<b,c	117	3.96±.59	1.889	.153	-	117	4.06±.92	19.661	.000	a<b,c
	3시간 이상 <sup>c</sup>	57	3.99±.53				57	3.79±.61				57	4.25±.97			
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통 <sup>a</sup>	85	3.68±.40				85	3.81±.51				85	3.55±.85			
	대체로 관심이 있다 <sup>b</sup>	147	3.74±.48	33.081	.000	a,b<c	147	3.82±.58	8.940	.000	a,b<c	147	3.65±.91	18.748	.000	a,b<c
	매우 관심이 많다 <sup>c</sup>	125	4.15±.53				125	4.08±.54				125	4.21±.88			
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	98	3.82±.46				98	3.88±.58				98	3.87±.79			
	비만인 분이 없다	258	3.88±.54	- .971	.332		258	3.92±.56	- .577	.565		258	3.80±.98	.690	.491	

(무응답 제외)

<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	자아실현					건강생활습관					대인관계				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
성별	남	164	4.02±.74	2.696	.007		164	3.79±.85	-.599	.549		164	3.87±.87	.971	.332	
	여	194	3.82±.65				194	3.84±.85				194	3.78±.83			
학교	Y학교 <sup>a</sup>	122	4.07±.65	4.391	.013	a>b	122	4.03±.86	5.969	.003	a>b,c	122	3.94±.92	3.045	.049	a>c
	W학교 <sup>b</sup>	116	3.81±.74				116	3.70±.88				116	3.84±.78			
	H학교 <sup>c</sup>	120	3.86±.70				120	3.71±.78				120	3.67±.82			
학년	5	173	175±3.91	-.920	.927		173	175±3.89	1.483	.139		173	175±3.91	1.955	.051	
	6	185	186±3.92				185	185±3.75				185	185±3.73			
형제 수	0명	47	3.92±.80	.562	.571	-	47	3.80±.76	.704	.495	-	47	3.64±.91	1.170	.312	-
	1명	242	3.90±.70				242	3.80±.88				242	3.83±.84			
	2명 이상	70	4.00±.64				70	3.93±.80				70	3.88±.86			

<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	자아실현					건강생활습관					대인관계				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
종교	유	267	3.95±.72	1.757	.080		267	3.89±.84	2.834	.005		267	3.87±.87	1.805	.072	
	무	91	3.80±.63				91	3.60±.86				91	3.68±.76			
아버지	사무직	166	3.88±.68				166	3.88±.86				166	3.89±.86			
직업	자영업	103	3.99±.74	.921	.399	-	103	3.80±.93	1.277	.280	-	103	3.85±.91	2.452	.088	-
	기타	83	3.88±.70				83	3.70±.75				83	3.64±.73			
어머니	유	212	3.95±.69	1.120	.264		212	3.79±.87	-.620	.536		212	3.81±.85	-.004	.997	
	무	145	3.86±.71				145	3.85±.82				145	3.81±.85			
경제수준	풍족한편 <sup>a</sup>	46	4.15±.73				46	4.16±.91				46	4.30±.84			
	보통 <sup>b</sup>	280	3.88±.68	3.014	.050	-	280	3.79±.85	4.527	.011	a>b,c	280	3.77±.84	9.473	.000	a>b,c
	어려운편 <sup>c</sup>	29	3.84±.77				29	3.63±.73				29	3.56±.78			
수면시간	7시간 이하 <sup>a</sup>	91	3.98±.72										91			
/일	8시간 <sup>b</sup>	126	3.96±.68	1.455	.235	-	126	3.85±.80	5.427	.005	a<c	126	3.83±.88	2.367	.095	-
	9시간 이상 <sup>c</sup>	138	3.84±.72				138	3.94±.83				138	3.91±.85			

<부록표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이-계속

(N=363)

특 성	구 분	자아실현					건강생활습관					대인관계				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
TV시청 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	108	3.96±.70				108	3.85±.89				108	3.84±.88			
	2시간 <sup>b</sup>	129	4.03±.70	4.931	.008	b>c	129	3.92±.86	2.642	.073	-	129	3.86±.82	.678	.508	-
	3시간 이상 <sup>c</sup>	116	3.76±.69				116	3.67±.79				116	3.74±.85			
컴퓨터사용 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	163	3.96±.66				163	3.91±.84				163	3.84±.82			
	2시간 <sup>b</sup>	110	3.88±.77	.512	.600	-	110	3.82±.79	2.308	.101	-	110	3.82±.84	.160	.852	-
	3시간 이상 <sup>c</sup>	83	3.88±.70				83	3.66±.91				83	3.78±.92			
실외활동 시간/일	1시간 이하 <sup>a</sup>	183	3.86±.69				183	3.74±.80				183	3.74±.85			
	2시간 <sup>b</sup>	117	3.93±.71	2.086	.126	-	117	3.89±.90	1.868	.156	-	117	3.84±.87	2.804	.062	-
	3시간 이상 <sup>c</sup>	57	4.07±.70				57	3.94±.89				57	4.04±.76			
부모의 건강관심	관심이 없거나 보통 <sup>a</sup>	85	3.75±.69				85	3.60±.70				85	3.57±.68			
	대체로 관심이 있다 <sup>b</sup>	147	3.76±.64	18.803	.000	a,b<c	147	3.67±.73	15.735	.000	a,b<c	147	3.72±.82	12.359	.000	a,b<c
	매우 관심이 많다 <sup>c</sup>	125	4.21±.69				125	4.15±.98				125	4.10±.92			
부모의 비만여부	비만인 분이 있다	98	3.95±.64				98	3.69±.80				98	3.58±.84			
	비만인 분이 없다	258	3.90±.73	.630	.529		258	3.87±.87	-1.756	.080		258	3.90±.84	-3.207	.001	

(무응답 제외)

부록 2.

설 문 지

안녕하세요?

이 설문지는 평소 자신의 생활습관이나 자기 자신에 대한 생각 등을 알아보기 위한 것입니다.

여러분이 대답한 결과는 다른 사람들이 볼 수 없고 오직 연구에만 이용됩니다.

이 설문지는 여러분이 경험하고 생각하는 것을 알아보고자 하는 것이므로 맞고 틀리는 것이 없습니다.

각 문항을 차례로 읽어가면서 여러분이 생각하거나 경험한 것에 대해 솔직하게 대답해 주시면 됩니다.

한 문항이라도 답변이 빠진 설문지는 연구에 이용할 수 없으니 처음부터 끝까지 솔직하고 빠짐없이 응답해 주시면 고맙겠습니다.

2005. 12

아주대학교 대학원 간호학과

장 지 연





## 건강통제위 성격 설문지

설문내용	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	항상 그렇다
1. 나의 체중이 느는 경우, 체중을 줄이는 것은 나의 행동에 달려 있다	1	2	3	4	5
2. 내가 어떤 노력을 하던지간에 원래부터 나는 이 체중을 갖고 있었으므로 변화가 없을 것이다	1	2	3	4	5
3. 나의 체중이 변화한 것을 알아내는 가장 좋은 방법은 부모님, 선생님, 친구 등 주위 사람들의 의견을 듣는 것이다	1	2	3	4	5
4. 내가 이런 체중을 갖게 된 것은 참 우연하다고 생각된다	1	2	3	4	5
5. 체중이 변화했을 때는 언제나 병원으로 의사를 찾아가야 한다고 생각한다	1	2	3	4	5
6. 나의 체중을 관리하는 사람은 나 자신이다	1	2	3	4	5
7. 나의 가족들은 나의 체중이 변화하는데 많은 영향을 미친다	1	2	3	4	5
8. 나의 체중이 늘거나 줄어들게 되는 이유는 내가 잘못했기 때문이다	1	2	3	4	5
9. 나의 체중에 빠른 변화가 있으려면 행운이 크게 작용해야 한다	1	2	3	4	5
10. 나는 부모의 말씀에 따라 체중을 관리한다	1	2	3	4	5
11. 내가 지금 이 정도의 체중을 갖고 있는 것은 운이 좋기 때문이다	1	2	3	4	5
12. 나의 체중은 내가 어떻게 노력을 하느냐에 따라 달라진다	1	2	3	4	5
13. 음식을 골고루 먹거나 운동을 열심히 한다면 내가 원하는 체중을 갖게 될 수 있다	1	2	3	4	5
14. 나의 체중이 갑자기 변한뒤 원래대로 돌아왔을 때 그것은 부모, 선생님, 친구등 주위 사람들이 나를 도와주었기 때문이다	1	2	3	4	5
15. 내가 어떤 음식을 먹거나 운동을 하던지간에 나의 체중에는 변화가 없는 것 같다	1	2	3	4	5
16. 나는 원래부터 이 체중을 갖고 있었으므로 나중에도 계속 이 체중을 유지할 것이다	1	2	3	4	5
17. 여러 가지 방법을 사용한다면 나는 알맞은 체중을 유지할 수 있다	1	2	3	4	5
18. 나의 체중에 관해서 나는 단지 병원에서 의사가 가르쳐준 것만 할 수 있다	1	2	3	4	5

## 건강증진행위 설문지

설문내용	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1. 아침 식사는 매일 하는 편이다	1	2	3	4	5	6
2. 식사는 하루 세끼 먹는다	1	2	3	4	5	6
3. 평상시 밥보다 간식을 더 많이 먹는다(*)	1	2	3	4	5	6
4. 학교 수업이 끝나고 군것질을 한다(*)	1	2	3	4	5	6
5. 피자, 햄버거 등 인스턴트 음식을 자주 먹는다(*)	1	2	3	4	5	6
6. 채소, 나물, 김치 등 야채류등을 잘 먹는 편이다	1	2	3	4	5	6
7. 스트레스를 받을때 먹는 것으로 해결한다(*)	1	2	3	4	5	6
8. 식사시 다른 사람보다 빨리 먹는 편이다(*)	1	2	3	4	5	6
9. 음식은 배부를 때까지 먹는다(*)	1	2	3	4	5	6
10. 밤에 잠자기 직전에는 음식을 먹지 않는다	1	2	3	4	5	6
11. 자극적인 음식인 맵고, 짠 음식을 좋아한다(*)	1	2	3	4	5	6
12. 평소 물을 많이 마신다	1	2	3	4	5	6
13. 음식은 가리는 것 없이 골고루 먹는다	1	2	3	4	5	6
14. 음료수를 좋아한다(*)	1	2	3	4	5	6
15. 체중조절을 위하여 먹는 양을 줄인 적이 있다	1	2	3	4	5	6
16. 비타민 종합영양제를 먹는다	1	2	3	4	5	6
17. 운동은 매일 규칙적으로 30분 이상 한다	1	2	3	4	5	6
18. 운동은 일주일에 3-4회 이상 한다	1	2	3	4	5	6
19. 규칙적인 운동은 살빼는데 도움이 된다고 생각한다	1	2	3	4	5	6
20. 체중조절을 위하여 노력하는 편이다	1	2	3	4	5	6
21. 운동을 하기 전에 준비 운동을 충분히 한다	1	2	3	4	5	6
22. 운동을 할때는 숨가쁘게 한다	1	2	3	4	5	6
23. 운동 후 마무리 운동을 한다	1	2	3	4	5	6
24. 운동을 시작했으면 힘들어도 포기하지 않고 계속한다	1	2	3	4	5	6

설 문 내 용	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
25. 운동은 즐거운 마음으로 한다	1	2	3	4	5	6
26. 웬만한 거리는 건강을 위하여 걷는다	1	2	3	4	5	6
27. 나의 의지로 먹는 것을 조절하고 있다	1	2	3	4	5	6
28. 친구들에게 내 몸무게를 솔직하게 말한다	1	2	3	4	5	6
29. 나의 외모에 대하여 걱정하지 않는다	1	2	3	4	5	6
30. 비만 때문에 앞으로 병에 걸릴까 걱정이다	1	2	3	4	5	6
31. 나는 바람직한 방향으로 성장하려고 노력하는 편이다	1	2	3	4	5	6
32. 현재 나에게 스트레스 되는 요인을 알고 있다	1	2	3	4	5	6
33. 모든 일에 긍정적이다	1	2	3	4	5	6
34. 어떤 일을 할 때 경쟁적 승부에 집착하는 편이다	1	2	3	4	5	6
35. 정해진 시간에 일정하게 배변한다	1	2	3	4	5	6
36. 신체의 변화를 주의깊게 관찰하는 편이다	1	2	3	4	5	6
37. TV 건강프로를 관심있게 본다	1	2	3	4	5	6
38. 식품에 부착된 성분표를 읽는 편이다	1	2	3	4	5	6
39. 식품의 유효기간을 주의깊게 보고 먹는 편이다	1	2	3	4	5	6
40. 현재의 생활에 만족과 행복을 느낀다	1	2	3	4	5	6
41. 매일 충분한 수면을 취한다	1	2	3	4	5	6
42. 피곤할 때는 충분한 휴식을 취한다	1	2	3	4	5	6
43. 잠자기 전에는 걱정거리를 잊고 잔다	1	2	3	4	5	6
44. 다른 사람의 문제 때문에 고민하지 않는다	1	2	3	4	5	6
45. 나 자신을 다른 사람과 비교하지 않는다	1	2	3	4	5	6
46. 화가 나거나 기타 감정이 있으면 이를 표현한다	1	2	3	4	5	6
47. 개인적인 문제를 가족과 상의하는 편이다	1	2	3	4	5	6
48. 친구들에게 감정표시를 잘한다	1	2	3	4	5	6
49. 새로운 친구를 사귀고 만나는 것이 즐겁다	1	2	3	4	5	6

(\*)는 도치문항임

**부록 3. <부록표 4> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (남아)**

신장(cm)	6세	7세	8세	9세	10세	11세	12세	13세	14세	15세
105	17.70									
106	18.00									
107	17.60	21.63								
108	18.12	20.76								
109	19.24	21.94								
110	18.64	21.17								
111	19.96	21.17	19.24							
112	19.76	21.28	20.42							
113	19.91	20.77	22.42							
114	20.69	20.77	20.76							
115	20.90	20.84	21.91							
116	20.95	21.90	21.82	20.90						
117	21.82	22.06	22.40	24.69						
118	22.35	22.44	22.09	25.80						
119	23.00	22.70	22.75	26.31						
120	23.33	23.11	23.08	22.84						
121	23.56	23.64	23.80	24.04						
122	24.31	24.25	24.34	24.93						
123	25.07	24.60	24.67	25.53	23.09					
124	26.13	25.00	25.38	25.28	25.80					
125	26.28	25.67	25.82	25.38	25.11					
126	26.96	26.35	26.32	25.90	26.79	25.29				
127	27.38	27.46	26.96	26.58	26.62	27.78				
128	25.54	28.03	28.05	27.39	27.81	27.77				
129	31.54	28.10	29.07	28.23	28.24	26.54				
130	30.36	30.35	29.08	29.10	29.30	27.99				
131	30.72	30.44	29.90	29.23	29.66	29.42	27.86			
132	33.57	31.55	30.55	30.10	30.25	28.91	28.41			
133		32.40	31.60	30.65	31.18	29.17	28.67			
134		32.07	32.05	31.07	30.75	31.02	31.16			
135		33.73	33.66	32.50	32.65	32.28	28.37			
136		33.18	33.22	33.35	33.39	33.05	33.19	31.63		
137		34.76	34.58	34.27	33.55	33.74	32.37	31.92		
138			35.14	34.88	34.28	33.63	34.45	33.04		
139			33.43	35.90	34.87	35.18	33.34	34.72	35.57	
140			38.40	38.15	35.27	36.05	34.81	33.32	38.20	
141			37.99	38.68	37.90	36.89	35.27	34.80	33.66	
142				39.19	37.96	37.56	37.43	34.65	36.24	
143				39.75	39.06	38.40	37.04	36.75	35.38	
144				38.28	39.88	39.74	40.38	36.73	34.55	

<부록표 4> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (남아)-계속

신장(cm)	6세	7세	8세	9세	10세	11세	12세	13세	14세	15세
145				39.14	42.85	39.41	39.09	39.87	40.26	
146					41.58	40.57	41.30	41.35	41.80	
147					42.24	41.60	40.43	39.91	41.03	35.49
148					43.64	41.53	42.56	42.01	43.69	38.79
149					46.88	45.23	42.30	41.66	41.37	46.76
150						45.84	43.81	43.11	41.45	39.18
151						47.48	45.17	44.47	44.21	40.86
152						46.23	44.59	45.50	43.56	47.30
153						48.36	46.54	46.82	47.48	45.73
154						50.40	48.26	47.36	46.88	44.97
155						51.74	49.11	47.58	45.88	45.26
156						52.48	49.76	48.91	47.29	48.88
157						55.27	49.18	48.94	48.43	49.66
158							51.24	48.47	50.02	49.23
159							51.48	50.88	49.88	52.26
160							52.45	49.30	50.74	51.18
161							51.94	52.12	51.72	53.08
162							53.86	52.88	52.03	53.40
163							54.28	53.14	54.96	54.73
164							53.70	53.53	55.15	55.32
165							56.18	55.84	55.62	55.85
166							59.52	55.41	57.21	58.65
167							56.54	57.35	57.96	57.23
168							57.48	53.77	58.43	58.29
169								56.98	58.40	59.02
170								59.60	57.01	61.68
171								57.67	61.30	60.78
172								62.10	59.94	63.03
173									60.89	63.03
174									64.10	63.03
175										63.90
176										64.34
177										66.70
178										66.02
179										67.60

<부록표 5> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (여아)

신장(cm)	6세	7세	8세	9세	10세	11세	12세	13세	14세	15세
105										
106										
107										
108	18.06									
109	18.21	19.16								
110	18.82	20.04								
111	19.47	20.75	19.78							
112	19.88	20.39	20.51							
113	20.10	20.59	20.36							
114	20.52	20.61	20.57							
115	20.65	20.84	21.71	20.90						
116	21.02	21.47	21.32	21.57						
117	21.31	21.43	21.31	21.83						
118	22.33	21.86	21.79	21.97						
119	22.54	22.31	22.87	22.03						
120	23.05	22.87	23.09	24.60						
121	23.30	23.24	23.23	24.81						
122	24.32	23.60	23.92	23.66	23.83					
123	25.20	24.42	24.20	24.43	27.48					
124	26.11	24.90	24.44	24.69	26.50	26.80				
125	26.46	25.22	25.65	25.14	24.83	26.58				
126	27.84	26.23	26.12	25.09	24.91	25.10				
127	25.26	27.17	27.05	26.52	25.75	25.42				
128	28.15	27.79	26.67	27.36	26.50	25.31				
129	27.93	27.07	28.02	27.98	27.79	25.98				
130	27.50	27.90	28.33	28.00	27.39	28.69	25.50			
131	27.48	29.18	29.16	29.35	28.53	29.34	27.25			
132		29.37	29.87	29.77	30.47	28.53	31.94			
133		30.17	30.80	30.71	31.28	29.93	27.74			
134		31.96	31.65	30.81	30.92	29.01	34.25			
135		31.37	32.41	32.06	31.70	30.82	29.64			
136		31.50	31.71	32.84	32.84	30.92	32.15			
137			33.65	32.06	32.41	32.30	32.11			
138			34.07	33.50	34.24	32.46	33.22			
139			36.20	33.97	34.90	33.48	33.85			
140			34.50	37.00	35.15	33.35	33.35	35.31		
141			33.57	37.16	36.38	35.25	35.11	32.73		
142			34.60	39.14	35.63	35.97	36.40	36.94	34.98	
143				36.16	36.57	36.77	36.50	34.17	36.79	45.10
144				39.39	37.67	37.58	37.76	37.78	39.64	47.35

<부록표 5> 한국 소아의 성, 연령, 신장별 표준 체중 (여아)-계속

신장(cm)	6세	7세	8세	9세	10세	11세	12세	13세	14세	15세
145				40.37	38.40	38.60	37.96	38.26	40.93	50.83
146				38.54	40.65	39.43	38.64	38.92	42.86	49.45
147				43.76	41.08	40.97	40.02	40.27	41.48	44.63
148				40.82	41.37	42.20	41.69	41.67	42.51	47.48
149					42.76	41.27	39.87	41.80	44.88	46.48
150					43.40	43.18	43.17	43.37	45.24	46.81
151					44.82	42.87	43.11	44.25	47.36	47.07
152					44.26	44.23	43.67	45.28	46.20	49.62
153					44.99	46.14	45.77	46.05	47.60	49.01
154					45.33	47.23	46.79	46.30	49.84	49.83
155					43.83	47.84	47.33	47.78	49.12	50.24
156					46.33	47.23	48.13	48.15	49.43	51.92
157					47.61	47.79	49.70	49.74	50.94	51.41
158						51.17	49.86	49.54	51.36	51.87
159						52.53	50.60	51.23	52.49	52.27
160						54.69	49.75	51.49	51.78	53.12
161						52.42	50.38	51.51	53.08	52.88
162						50.73	50.84	53.08	53.02	55.58
163						51.40	52.21	54.93	53.56	55.20
164							53.95	53.76	55.63	57.40
165							54.76	54.98	53.82	57.07
166								52.61	57.88	57.27
167								55.86	57.32	56.06
168								58.25	58.41	55.52
169								60.79	59.14	59.63
170									59.69	61.38
171										59.72
172										59.71
173										60.90
174										62.77
175										63.56
176										65.23

## **ABSTRACT**

### **Health locus of control and health-promoting behaviors among Korean elementary school children**

Jang, Ji yeon

Dept. of Nursing

The Graduate School

Ajou University

The purpose of this study was to compare health locus of control with health-promoting behaviors according to elementary school children's degree of obesity, to analyze correlations between two variables and to descriptive comparison survey.

363 elementary school children were collected from three elementary schools in south-western Seoul, Korea from December 26 to 30, 2005.

Research tool used in this study was the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) scale by Wallston et al.(1978) and Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP) by Walker et al.(1987).

Using degree of obesity which calculated relative weight by normal weight, categorized group of under weight, group of normal weight, group of over weight, group of obesity.

Data analysis was done using SPSS/WIN version 12.0.



The results were as follows;

1. Obese children was 16.8% of all research subjects(boy 18.6%, girl 15.3%). 5th grade 16.9% and 6th grade 20.2% were obese boys, 5th grade 11.7% and 6th grade 18.6% were obese girls.
2. The result of comparing degree of obesity with health locus of control was that internal health locus of control in over weight group was higher than normal weight group( $F=3.611$ ,  $p=.014$ ). chance health locus of control in under weight group was higher than normal weight, over weight and obesity group( $F=3.553$ ,  $p=.015$ ). powerful others health locus of control in over weight group and obesity group was higher than normal weight group( $F=3.553$ ,  $p=.015$ ).
3. According to degree of obesity, health-promoting behaviors in under weight group, normal weight group, over weight group and obesity group didn't have any significant differences( $F=.692$ ,  $p=.558$ ).
4. Correlations between health locus of control and health-promoting behaviors showed between internal health locus of control, powerful others health locus of control and health-promoting behaviors significantly plus( $r=.347$ ,  $p=.000$ ;  $r=.207$ ,  $p=.000$ ). Between chance health locus of control and health-promoting behaviors don't have any correlations( $r=-.093$ ,  $p=.080$ ).

5. When it comes to differences of obese degree according to subject's general traits, only child is more likely to be obese than children who have siblings( $\chi^2=14.260$ ,  $p=.027$ ). Also, children who have obese parents tend to be obeser than ones who don't( $\chi^2=34.007$ ,  $p=.000$ ).
  
6. When it comes to differences of health-promoting behaviors according to subject's general traits, children who have a religion are likely to get high score than ones who don't( $t=2.599$ ,  $p=.010$ ). Rich children are more high-scored than common children( $F=6.191$ ,  $p=.002$ ). According to statistics, children who don't spend much time on TV and computers and spend quite a long time on outdoor activities rank high in health promoting behaviors scores( $F=8.894$ ,  $p=.000$ ;  $F=5.104$ ,  $p=.007$ ;  $F=6.043$ ,  $p=.003$ ). The score of health promoting behaviors in children whose parents were concerned about health was higher than in ones whose parents weren't( $F=33.081$ ,  $p=.000$ ).

In conclusion, powerful others health locus of control of obesity children is higher than that of normal weight children. Meanwhile obese children who have high internal health locus of control are good at doing health-promoting behaviors. Therefore if obese children are trained for internal health control, it can lead to their health-promoting behaviors which is our ultimate goal.

---

Key word: elementary school children, degree of obesity, health locus of control, health promoting behaviors