

# 가족의 건강생활양식과 건강상태 분석연구

연세대학교 보건대학원

지역사회 간호학과

홍 연 경

가족의 건강생활양식과 건강상태  
분석연구

지도 이정렬 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2000년 6월 일  
연세대학교 보건대학원  
지역사회 간호학과  
홍 연 경

## 감사의 말씀

그 동안의 시간이 제 삶에서 그렇게 긴 시간은 아니었는데 왜 그렇게 긴 세월을 보낸 것처럼 느껴지는지 모르겠습니다. 주위의 걱정 어린 만류에도 불구하고 누군가에게 도움을 줄 수 있는 사람이 되겠다는 마음 하나로 선택했던 간호사의 길, 사람에 대한 이해와 사랑을 배우며 뿌듯해 했던 대학 시절의 꿈을 졸업 후 현실에서 부딪쳐야 했던 많은 어려움으로 인해 자꾸만 보잘 것 없는 것이라 여기곤 했습니다. 그러나, 생각해보면 제가 그 어려움을 이겨나가기 위해 얼마나 노력했는지에 대한 부끄러움과 제가 살아오는 동안 누군가에게 도움을 주기보다는 누군가에게서 항상 도움을 받아왔음을 깨닫게 됩니다.

먼저 언제나 부족한 저의 연약함을 아시고 늘 사랑과 은혜로 함께 하시는 하느님께 감사 드립니다.

간호에 대한 많은 가르침을 주시고 어려운 순간마다 따뜻한 말씀으로 격려를 아끼지 않으셨던 이정렬 교수님, 어설픈 논문을 하나하나 세심하게 읽고 지도해주셨던 김희순 교수님, 복잡한 자료들을 함께 분석해주시고 자상하게 설명해주셨던 김주형 교수님, 지방에 계시면서도 기꺼이 영문초록을 꼼꼼히 지도해주시고 이메일로 보내주셨던 서미혜 교수님께 참으로 감사의 말씀을 드리고 싶습니다.

가족에 대한 사랑을 깨닫게 해주시고 다시금 공부할 수 있도록 독려해 주시고 지원을 아끼지 않으셨던 부모님과 바쁜 가운데도 관심 어린 격려와 인터넷 검색까지 해 준 형부, 짧은 기간 동안 자료수집을 하느라 고생했던 나의 가장 든든한 큰 언니, 대학원 일정들을 점검해 주며 나의 건강과 생활의 세세한 부분까지 신경 써주었던 작은 언니, 그리고 힘든 순간마다 사

량으로 감싸주며 나와 어려움을 함께 한 남편에게도 고마움을 전합니다.

일에 대한 열정을 가르쳐 주시고 항상 인생에 대한 고마운 충고로 용기를 북돋아 주셨던 우리 김종일 수간호사 선생님께도 감사를 드리며, 공항의 어려운 여건 속에서도 언제나 따뜻한 배려를 해주었던 공항의무실 식구들과, 힘들 때마다 기댈 수 있도록 서로에게 항상 마음을 열어 주고, 함께 공부하며 잊지 못할 기억들을 만들었던 보건대학원생들에게도 고마움을 전합니다.

마지막으로 자료수집을 허락해주시고 도와주신 배화여고 교장선생님과 직접 자료수집을 위해 애써주신 일선 선생님, 배화여고 학생 여러분께도 감사의 마음을 전합니다.

2000년 7월

홍연경 올림

# 차 례

국문요약 .....	iv
<b>I. 서 론</b> .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	3
<b>II. 이론적 배경</b> .....	4
1. 건강증진과 건강생활양식 .....	4
2. 가족과 건강생활양식 .....	7
1) 가족의 인구·사회학적 특성과 건강생활양식 .....	7
2) 가족 기능과 가족의 건강생활양식 .....	10
3. 가족의 건강생활양식과 건강상태 .....	13
<b>III. 연구방법</b> .....	17
1. 연구설계 .....	17
2. 연구의 개념틀 .....	17
3. 연구대상 .....	17
4. 연구도구 .....	18
1) 가족의 인구사회학적 조사표 .....	18
2) 가족의 기능적 특성 .....	18
3) 가족의 건강생활양식 .....	19
4) 가족의 건강상태 .....	20
5. 자료수집기간 및 방법 .....	21
6. 분석 방법 .....	21

<b>IV. 연구결과</b> .....	23
1. 대상가족의 특성 .....	23
1) 대상가족의 인구사회학적 특성 .....	23
2) 대상가족의 기능적 특성 .....	28
3) 대상가족의 건강생활양식 실천정도 .....	31
4) 대상가족의 건강상태 .....	36
2. 가족의 건강생활양식에 대한 분석 .....	39
1) 가족의 인구·사회학적 특성과 건강생활양식의 관계 .....	39
2) 가족의 기능적 특성과 건강생활양식의 관계 .....	43
3) 가족의 건강생활양식의 영역간 상관관계 .....	46
3. 가족의 건강생활양식과 건강상태와의 관계 .....	48
4. 가족의 건강상태에 대한 회귀분석 .....	49
<b>V. 논의</b> .....	50
1. 연구대상에 대한 토의 .....	50
2. 연구자료 및 방법에 대한 토의 .....	52
3. 연구결과에 대한 토의 .....	55
1) 가족의 특성과 건강생활양식 .....	55
2) 가족의 건강생활양식의 영역간 관계 .....	59
3) 가족의 건강생활양식과 건강상태 .....	60
<b>VI. 결론 및 제언</b> .....	62
1. 가족의 인구·사회학적 특성 및 기능적 특성 .....	63
2. 가족의 건강생활양식 .....	63
3. 가족의 건강상태 .....	65
참고문헌 .....	67
부    록 .....	77
영문초록 .....	83

## 표 차례

표 1. 대상가족의 부모 및 자녀 연령의 평균, 표준편차 및 범위 .....	23
표 2. 대상가족의 인구사회학적 특성에 따른 빈도 및 비율 .....	25
표 3. 대상가족의 기능 특성의 범위, 평균 및 표준편차 .....	28
표 4. 대상가족의 기능 특성 항목별 평균 및 표준편차 .....	30
표 5. 대상가족의 건강생활양식의 평균, 표준편차 및 범위 .....	31
표 6. 대상가족의 건강생활양식 각 항목별 평균 및 표준편차 .....	32
표 7. 대상가족의 흡연 및 음주실태 .....	36
표 8. 대상가족의 건강상태의 평균, 표준편차 및 범위 .....	37
표 9. 대상가족들의 건강상태의 항목별 응답분포 .....	38
표 10. 가족의 인구사회학적 특성과 가족의 건강생활양식과의 관계 .....	40
표 11. 가족의 결속력과 가족의 생활양식간의 상관관계 .....	44
표 12. 가족의 적응력과 가족의 생활양식간의 상관관계 .....	45
표 13. 가족의 건강생활양식 항목간의 상관관계 .....	47
표 14. 가족의 건강생활양식과 건강상태와의 상관관계 .....	48
표 15. 가족의 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석 .....	49

## 그림 차례

그림 1. 연구의 틀 .....	17
-------------------	----

## 국문 요약

사회의 기본 단위인 가족은 개인의 건강행위의 결정 요인이면서 동시에 건강행위 분석의 한 단위가 된다. 이에 본 연구는 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태간의 관계를 규명함으로써 가족을 대상으로 한 효과적인 건강증진사업의 기초자료를 제시하고자 시도된 탐색적 기술 연구이다.

연구대상은 서울의 일 여자 고등학교의 2,3학년 학생 중에서 임의 추출한 286학생을 대상으로 하였으며, 질문지로 자료수집 하였다.

연구도구로는 가족기능에 대해서는 가족적응력·결속력 평가척도(FACES III)를, 가족의 건강상태에 대해서는 코넬의학지수(C.M.I.)를, 가족의 건강증진 생활 양식에 대해서는 Pender(1996)가 제시한 가족의 건강 관련 생활양식에 관한 영역을 이용하였다. 자료분석은 t-test, ANOVA, Pearson 상관계수, 회귀분석 등을 실시하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 가족의 인구·사회학적 특성에 따른 가족의 건강생활양식을 분석한 결과, 아버지의 학력이 높을수록 가족의 운동 영역의 실천을 잘 하였고( $F=6.474$ ,  $p=0.002$ ), 어머니의 학력이 높을수록 가족의 영양( $F=5.390$ ,  $p=0.005$ ), 운동( $F=6.205$ ,  $p=0.002$ ), 스트레스 관리( $F=4.729$ ,  $p=0.010$ ) 및 건강생활양식( $F=5.038$ ,  $p=0.007$ )의 실천을 잘하는 것으로 나타났다. 어머니의 직업에 따라서는 가족의 영양( $F=4.100$ ,  $p=0.003$ ), 건강책임( $F=3.214$ ,  $p=0.013$ ) 및 건강생활양식( $F=3.147$ ,  $p=0.015$ )에서 유의한 차이가 있었다. 가족의 종교에 따라서는 가족내 종교가 일치하는 경우에 가족의 종교가 없거나 다양한 경우보다 가족의 영양( $F=3.683$ ,



p=0.026), 건강책임(F=3.372, p=0.036), 건강생활양식(F=3.211, p=0.042)의 실천 정도가 높았다. 가족의 월평균 총소득이 높아질수록 영양(F=7.525, p=0.001), 운동(F=7.252, p=0.001), 스트레스 관리(F=5.747, p=0.004), 건강책임(F=7.512, p=0.001) 및 건강생활양식(F=9.835, p=0.000)의 실천 정도가 높았다. 가족의 수가 작아질수록 가족의 흡연율이 높았으며(F=3.520, p=0.016), 확대가족이 핵가족에 비하여 가족내 흡연율(t=-3.565, p=0.000)과 음주율(t=-3.654, p=0.000)이 낮았다.

2. 대상가족의 기능적 특성인 결속력은 평균 27.62점(범위:12-40점), 적응력은 평균 22.68점(범위:10~37점)을 나타냈다.
3. 대상가족의 건강생활양식은 영양에서 평균 15.80, 운동에서 14.66, 스트레스 관리에서 17.42, 건강책임에서 15.77점을 얻었으며, 각 영역의 합인 건강생활양식의 평균 점수는 64.08(범위:34~101점)이었다. 대상가족의 음주율을 조사한 결과, 가족 구성원들 모두 주 3회 미만 음주를 하는 가족이 168가족으로 60.6%를 차지하였고, 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원이 가족 중 1~25%인 경우가 88가족으로 31.8%이었다. 가족의 흡연율을 조사한 결과, 가족 구성원 중 1~25%가 현재 흡연을 하는 경우가 138가족으로 48.6%이었다.
4. 대상가족들의 건강상태의 평균 점수는 14.92점(범위:3~22점)이었다.
5. 가족의 결속력이 높을수록 영양(r=.429, p=0.000), 운동(r=.407, p=0.000), 스트레스관리(r=.648, p=0.000), 건강책임(r=.548, p=0.000) 및 건강생활양식(r=.637, p=0.000)의 실천정도가 높게 나타났다. 그리고, 가족내 결속력이 높을수록 가족내 흡연율(r=-.199, p=0.001)과 가족내 음주율(r=-.159, p=0.010)이 낮은 것으로 나타났다. 가족의 적응력에서도 영양(r=.210, p=0.001), 운동(r=.222, p=0.000), 스트레스관리(r=.480, p=0.000), 건강책임(r=.344, p=0.000) 및 건강생활양식(r=.397, p=0.000)의 실천정

도가 높게 나타났다. 그리고 가족의 적응력이 높을수록 가족내 음주율( $r=-.184$ ,  $p=0.003$ )이 낮은 것으로 나타났다.

6. 가족의 건강생활양식 영역별 관계에 대한 분석에서는 영양과 운동( $r=.565$ ,  $p=0.000$ ), 영양과 스트레스관리( $r=.533$ ,  $p=0.000$ ), 영양과 건강책임( $r=.657$ ,  $p=0.000$ ), 운동과 스트레스관리( $r=.377$ ,  $p=0.000$ ) 운동과 건강책임( $r=.493$ ,  $p=0.000$ ), 스트레스관리와 건강책임( $r=.598$ ,  $p=0.000$ )이 양의 상관관계가 있었고, 가족내 음주율은 운동( $r=-.161$ ,  $p=0.007$ ) 및 스트레스관리( $r=-.152$ ,  $p=0.011$ )와 음의 상관관계가 있었다. 그리고, 가족내 음주율과 흡연율에는 양의 상관관계( $r=.373$ ,  $p=0.000$ )가 있는 것으로 나타났다.
7. 가족내 흡연율( $r=-.168$ ,  $p=0.006$ )과 가족내 음주율( $r=-.247$ ,  $p=0.000$ )이 높을수록 가족의 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다.
8. 대상 가족의 건강상태에 영향을 미치는 각 요인으로는 가족내 음주율이 가족의 건강상태를 설명할 수 있는 유의한 변수( $t=-3.054$ ,  $p=0.003$ )였다.

본 연구 결과를 통해 가족의 건강상태를 높이기 위해서는 가족의 기능을 잘 발휘할 수 있도록 하고, 건강생활양식을 잘 실천하도록 함으로써 가능한 것임을 알 수 있었다.

# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

오늘날 과학문명의 급속한 발전과 생활수준의 향상 및 의학기술의 발달로 평균수명이 증가하고 만성퇴행성 질환의 유병율이 높아짐에 따라 건강의 목표를 단순한 생존기간의 연장이 아닌 질적인 삶을 강조하는 건강 유지 및 증진에 두게 되는 시점에 와 있으며, 과거 어느 때보다도 국민의 건강을 향상시키고자 하는 건강증진서비스에 대한 가치가 전세계적으로 재인식되고 있다. 건강증진은 개인이나 지역사회로 하여금 건강결정 인자들에 대한 통제를 증가시키게 하고 그럼으로써 스스로의 건강을 향상시키게 하는 과정이다(World Health Organization, 1985). 또한 모든 세대의 사람들에게 양질의 건강증진관리의 혜택을 주기 위해, 사람들이 거주하는 곳이나, 그들이 시간을 주로 보내는 장소에서 성적(Gender)특성이나 문화적 특성에 적합한 서비스를 제공해야 한다(Pender, 1996).

특히 사회의 기본 단위인 가족은 개인과 사회 사이의 완충지대로서 가족 구성원의 정신적인 방어를 해주고 개인의 건강신념, 가치 등을 형성하는데 기초적인 영향을 주며(김모임 등,1996), 건강관련행위를 형성하고 조직화하는 데에도 중요하다(Baranowski & Nader 1985). 가족의 가치 구조 내에서 건강의 중요도와 건강증진을 피하는 지식과 기술이 자손들에게 전해지며, 이는 후손들의 건강잠재력에 영향을 준다. 가족은 개인의 건강행위의 결정 요인이면서 동시에 건강행위 분석의 한 단위가 된다(Gillis, 1989; Gochman,1988). 즉 가족은 건강증진을 위한 일차 사회 조직이다. 그리고 가족은 그 구성원이 다양한 건강 문제에 어떻게 대처해 나갈지를 결정하는

강력한 매개요인이다(Wilkinson, 1993). 따라서 가족은 건강증진사업을 위한 중요한 단위로서, 건강행위 변화를 위한 성공적 계획을 세우기 위해서는 가족의 건강생활양식에 대한 이해가 필수적이라고 하겠다.

그러나 건강행위를 배우고 수행해나가는 기본적인 사회 단위가 가족임에도 불구하고 건강증진이론이나 연구들은 가족에 대한 것이기보다는 개인에 초점을 맞추어 왔으며 개인의 생활양식의 선택과 결과들을 측정해왔다(Bomar, 1996). 즉 가족을 건강행위의 결정요인으로 보고 수행한 연구와 가족의 건강 및 질병과 관련된 신념 또는 건강행위에 대한 연구가 매우 적다(Litman, 1974; Baranowski & Nader, 1985; Gochman, 1988). 특히 가족 전체의 건강증진생활양식에 대한 연구는 매우 드물다. 더구나 우리나라의 경우, 가족과 관련된 건강행위연구들을 살펴보면 이들 연구 모두가 부모와 자녀 중 한 두 명만을 대상으로 선정하여 연구하였을 뿐이며, 가족을 단위로 한 연구는 이루어진 바가 없었다.

따라서 본 연구는 가족을 대상으로 하여 가족의 건강생활양식의 실천 정도를 조사하고 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태간의 관계를 규명함으로써 가족을 대상으로 한 효과적 건강증진사업의 기초자료를 제시하여 건강증진사업방안을 모색하는데 기여하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태간의 관계를 규명함으로써 가족을 대상으로 한 효과적 건강증진사업의 기초자료를 제공하는데 있다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 가족의 기능적 특성, 가족의 건강생활양식 및 가족의 건강상태를 파악한다.
2. 가족의 인구·사회학적 특성에 따른 가족의 건강생활양식을 파악한다.
3. 가족의 기능적 특성과 가족의 건강생활양식간의 관계를 파악한다.
4. 가족의 건강생활양식와 건강상태간의 관계를 파악한다.
5. 가족의 건강상태에 유의하게 영향을 미치는 요인들을 분석한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 건강증진과 건강생활양식

건강증진이란 각 개인의 일상생활을 정상적으로 수행할 수 있도록 신체 및 정신적인 안녕 상태를 증진시키는 것(이정렬, 1996)으로 최근 들어 이에 대한 관심과 지지가 사회 전반에 걸쳐 증가되고 있다. 이는 많은 사람들에게서 일어난 의식의 변화 때문에 나타난 결과라고 할 수 있다. 이러한 의식의 변화는 첫째, 수명을 연장하고 삶을 즐기는 생활은 평상시에 건강한 생활방식을 가짐으로써만이 최선으로 얻을 수가 있고, 둘째, 가능할 때 건강을 증진시키고 질병을 예방하는 것이 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 훨씬 더 바람직한 접근이며, 셋째, 건강할 때 사람들을 교육시키는 것이 그들이 병에 걸린 후 질병을 치료하는 것보다 비용면에 있어서 훨씬 더 경제적이라는 것(Pender, 1986)을 말한다. 이에 우리 나라에서도 건강증진의 용어와 개념이 퍼지기 시작 1990년대부터 건강증진과 관련된 연구가 활발히 시행되고 있으며, 1995년 건강증진법 제정하고, 1998년에는 보건복지부에 건강증진과 설치하는 등 정부에서도 건강증진의 중요성을 인식하고 있음을 알 수 있다.

건강증진에 대한 여러 학자들의 정의를 살펴보면 다음과 같다. 1986년 건강증진에 관한 OTTAWA대회에서, 건강증진은 건강을 향상시키고 통제할 수 있는 인간의 능력을 증가할 수 있게 하는 과정이라고 정의하였고, Brubaker(1983)는 건강증진은 일반대중의 생활방식 혹은 생활환경의 변화를 촉진하는 방법을 통해 건강의 수준을 향상시키는 건강관리라고 하였고, Minkler(1989)는 건강증진의 관점에 대하여 개인적 행동 변화로서의 건강

증진과 환경의 변화로서의 건강증진을 논하였는데 개인적 차원에서는 건강증진을 최적의 건강상태가 되도록 그들의 생활방식을 변화시키도록 돕는 과학이라고 정의하였고, Stachtchenko 등(1990)은 건강증진은 생활방식의 수정에 강조를 두며, 건강증진을 건강의 결정인자에 대한 통제를 증가시키고 따라서 건강을 개선시키기 위해 개인과 지역사회가 힘을 갖는 과정이라고 정의하였다.

이상의 내용을 살펴보면 건강증진은 최적의 건강수준을 달성함을 궁극적 목표로 하고 있으며. 이러한 건강증진의 목적은 개개인의 생활양식의 변화를 통해서 얻어질 수 있다(Parse, 1990; 김일순, 1993)는 것이다.

사람의 일상생활은 자연환경 및 사회적, 문화적 환경이 영향, 집단의 구성원으로 그리고 사회화 과정을 통한 영향, 학습 경험을 통한 영향 등으로 태도와 행위에 끊임없는 변화를 가지면서 사회적 전통을 형성하게 된다. 이렇게 형성된 전통은 그 영향 정도에 따라 다양한 태도 및 행위, 그리고 이에 관련된 생활의 특성을 결정하는데 이것을 생활양식이라 칭한다. 따라서 생활양식은 일시적인 태도와 행위가 아니라 인습적이고 습관적으로 고정된 개인생활행태의 복합물이라고 할 수 있다(이시백, 1994). 즉 인간의 행위 중 사람들이 살아가는 매일의 습관 및 행위양식을 통틀어 일반적으로 생활양식이라 하며(Henderson et al., 1980), 생활양식(Life Style)은 사람이 처한 사회환경에 개인이 적응하는 방식이다(Duncan, 1989). 이러한 생활양식과 건강행위는 상호 밀접하게 연관되어 있으며, 건강증진을 위해서는 생활상태나 방법의 변화가 필요하다는 것이 공통된 견해이다.

일상생활을 대표하는 행동중심의 건강증진 생활양식과 관련된 구체적인 내용들을 살펴보면 Travis(1977)는 안녕 또는 건강증진 생활양식의 측면을 자기-책임감, 식이, 신체적 인식, 그리고 스트레스 조절로 기술하였고, Boyle(1982)은 건강관련 문헌을 종합하여 건강증진의 구조를 1)영양과 체

중조절 2)운동과 신체적 건강 3)스트레스 관리 4)사회적 지지와 도움이라고 하였고, 미국 보건성에서는 건강행위를 변화시키기 위한 건강행위 사정을 위하여 흡연, 음주, 식습관, 운동, 스트레스, 안전을 대표적인 건강행위로 선택하여 사정도구를 개발하였다.

또한 Berkman과 Breslow(1983)는 1960년 중반에 미국 캘리포니아주 Alamada 지역에서 개인의 건강행위를 조사하기 위해 사용된 7가지 건강습관 즉 금연, 절주, 수면, 운동, 걱정체중유지, 간식제한, 규칙적인 아침식사 등이 개인의 건강에 끼치는 잠재적 효과가 지대하다고 하였으며, Walker 등(1987)은 건강증진생활양식을 개인의 안녕 수준, 자아실현, 그리고 성취감을 유지하거나 증진시키기 위해 자기-창시적인 행동과 지각의 다차원적인 유형으로 보고 건강증진생활양식 측정도구를 개발하였는데 이 건강증진생활양식 측정도구는 운동, 영양, 자아실현, 건강책임, 스트레스 관리 그리고 대인관계의 6가지 영역으로 구성되어 있다.

건강증진방법으로 바람직한 생활양식을 지적한 국내 문헌을 살펴보면 가장 공통적으로 나타나는 것이 식습관, 운동, 금연, 스트레스 관리(김일순, 1993; 이시백, 1994; 이정렬, 1996)등이며, 그밖에 수면, 약물 남용, 체중조절, 안전사고 예방, 성생활, 정기적인 신체검사, 환경관리, 건강 책임 등을 꼽고 있고, 박인숙(1995)의 경우는 건강증진 생활양식의 구성영역에 조화로운 관계, 규칙적인 식사, 전문적인 건강관리, 위생적 생활, 자아조절, 정서적지지, 건강식이, 휴식 및 수면, 운동 및 활동, 자아실현, 식이 조절로 대인관계 영역이나, 정서적 지지, 자아실현 등 정신, 사회적인 영역까지 모두 포함시키고 있다.



## 2. 가족과 건강생활양식

가족은 비건강행위와 같은 생활습관과 가족구성원의 건강상태에 영향을 미친다. 건강관리의 가장 기본적인 단위로서 가족은 그 가족구성원들이 받는 모든 건강관리-건강증진, 질병예방, 조기치료, 재활 등을 적어도 75% 정도 제공하는 책임을 지고 있다(Duffy, 1988). 많은 학자들은 가족역동과 질병의 예방 및 치료간의 상호작용을 밝혀내는 연구들을 해왔지만 가족의 건강증진활동에 대한 연구는 그 동안 무시되어 왔다(Bomar, 1996; Pender, 1996). 비록 간호 대상자 중 하나가 가족임(American Nurses Association, 1980; World Health Organization, 1985)에도 불구하고 건강증진과 관련된 연구의 대다수가 개인에 대한 것들이다.

실무에서나 학문에서나 건강증진에 대한 연구는 생활양식과는 분리해서 생각할 수 없다. 건강증진과 관련되어 있는 행위는 가족 생활양식의 요소이다. 운동, 좋은 영양, 스트레스 관리, 위생, 휴식은 가족의 일상적인 활동이자 건강에 대한 철학에 의해 형성되는 생활양식의 일부이다. 건강에 대한 철학 및 가족의 생활양식의 완성은 가족을 통해서만이 개발된다(Duffy, 1988). 가족 안에서 건강행위를 배우고 수행해나가며(Bomar, 1996), 건강한 생활양식을 갖기 위해서는 가족을 중심으로 한 지지가 매우 중요하다(박인숙 등, 1997).

### 1) 가족의 인구·사회학적 특성과 건강생활양식

그 동안 건강생활양식은 많은 연구자들의 연구 주제가 되어 왔으며, 거의 대부분의 연구에서 개인의 인구·사회학적 변수와 개인의 건강생활양식

실천정도간의 관련성에 대해 논의되어 왔다. Walker 등(1988)은 개인의 건강증진 생활양식 실천정도와 사회인구학적 변수간의 다중상관분석에서 연령은 전반적인 건강증진 생활양식 특히 자아실현, 건강책임, 영양 및 스트레스 관리의 변량을 설명해 주는 데는 유의하게 관련이 있는 반면 운동과 대인관계 지지영역의 변량 설명에는 기여하지 않았다고 하였다. 노년층과 청장년층의 건강증진 행위 비교 연구에서 Prohaska 등(1985)은 노년층(60~89세)이 청년층(20~39세)과 장년층(40~59세)보다 에어로빅 등 격렬한 운동영역을 제외하고 건강책임, 영양, 자아실현, 대인관계, 스트레스 관리 등 다른 건강증진 생활양식 하위영역의 실천 정도가 보다 높았음을 보고하고 있다. Bausell(1986) 또한 65세 이하인 사람과 65세 이상인 사람간의 전문가가 추천한 건강증진행동 실천정도 비교에서 65세 이상인 사람이 65세 이하인 사람보다 건강증진 행동을 더 많이 실천하고 있다고 보고함으로써 역시 고령자의 높은 건강증진 생활양식 실천정도를 입증해 주고 있다. 즉 노인들은 젊은 사람보다 전문가가 추천하는 건강증진 행동(예: 식이요법, 혈압측정, 가정내 안전사고 방지, 흡연 등)에 더 자발적으로 순응하고 있음을 보여주고 있고, 많은 연구에서 고령자가 자신의 생활양식에 건강지향 행동을 통합함으로써 바람직한 건강행위의 발현율이 나이를 많아짐에 따라 증가함을 보여주고 있다(Walker et al., 1988).

일반 성인 인구에 대한 여러 연구에서는 연령뿐만 아니라 성별, 사회·경제적 상태, 결혼 상태 등의 변수가 개인의 건강행동에 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있다.

성별은 건강증진 생활양식 실천정도와 연관성이 높은 인구·사회학적 변수로 Walker 등(1988)의 연구에서는 전반적인 건강증진 생활양식 실천정도와 건강책임, 운동, 영양 및 대인관계 지지영역에서 여성이 남성보다 더 높은 점수를 보여주었으며 건강증진 생활 양식 하위영역 중 자아실현

영역에서만 남성이 여성보다 높은 평균값을 보여주었으나 그 차이는 유의한 수준이 아니었다. 건강 행동에서의 성별 차이에 대한 다른 연구에서도 여성이 남성보다 질병 예방적 건강행동과 건강증진행동(Brown & McCreedy, 1986; Harris & Guten, 1979)에 더 많이 참여하고 있는 것으로 보고되고 있다.

사회·경제적 상태를 구성하는 2가지 요인인 개인의 교육수준과 수입 정도는 전반적으로 건강증진 생활양식 실천 정도와 특히 이중 자아실현 영역과 높은 연관성을 보여 주었다(Walker et al.,1988). 교육 및 수입과 건강증진 생활양식 하위영역과의 관계를 살펴보면 수입이 높을수록 건강책임과 운동영역에서 관련이 있는 반면에 교육수준이 높을수록 영양, 대인관계지 지 및 스트레스 관리 영역과 관련이 있었다. 또한 일반성인 집단(Harris & Guten,1979)과 노인 집단(Brown & McCreedy,1986)대상 연구에서도 이 둘 두 집단이 모두 사회·경제적 상태가 높을수록 건강증진행동을 더 잘하고 있음을 보고하고 있다. 일반적으로 결혼 상태와 취업 상태 또한 건강증진 생활양식 실천 정도와 유의한 관련이 있는 변수로 보고 있으나 Walker 등(1988)은 결혼과 취업상태가 영양영역 하나의 변량 설명에만 기여하였다고 하며, Brown과 McCreedy(1986)는 고령자 중에서 기혼남성이 독신남성보다 건강증진 행동을 더 많이 한다고 보고하고 있다. 국내의 연구에서도 전정자 등(1996)도 기혼자가 미혼자보다 건강증진 생활양식을 더 잘 실천한다고 하였으며, 김현실(1998)의 연구에서도 기혼자는 건강책임과 영양측면의 건강증진행위 실행정도가 높게 나타났다.

이상의 연구 결과를 요약하여 볼 때 건강생활양식에 영향을 미치는 인구·사회학적 요인으로는 연령, 교육수준, 결혼상태, 경제상태 및 성별 등으로 보고되고 있으며, 일반적으로 청년층보다 고령자가 교육수준이 높을수록, 월수입이 많을수록, 남성보다 여성이, 미혼·독신자보다 기혼자가 건

강생활양식을 더 잘 실천하는 것으로 보고되고 있다.

한편 가족과 관련된 인구·사회학적 특성과 건강생활양식에 관한 연구는 개인을 대상으로 한 건강생활양식 연구에서 가족과 관련된 인구·사회학적 변수를 일부 살펴 본 경우가 대부분이었다. 부모의 사회·경제적 지위에 따른 자녀의 건강행위 이행수준에 관한 연구들은 부모의 경제수준이 높을수록 자녀의 건강행위 이행수준이 높다고 하였으며(조원정 등,1982; 손영희,1983; 김학순,1992; 노지영,1990; 김은희,1996), 권수진(1996)의 연구에서도 가족의 경제상태에 따라 자녀의 이당기, 건강보조식품복용에서는 양의 상관관계를 나타냈고, 불규칙적 식사, 흡연에서 음의 상관 관계를 보였다. 부모의 교육수준에 따른 자녀의 건강행위의 차이에 대한 연구를 살펴 보면, 부모의 교육수준이 높을수록 건강행위 점수가 높았으며(김은희, 1996; 김은숙, 1986; 조원정 등, 1982; 곽오계, 1988), 권수진(1996)의 연구에서도 부모의 교육수준과 자녀의 이당기, 영양제 복용과는 양의 상관관계를 보이고, 음주, 식사를 거르고, 흡연하는 등의 건강저해행위는 유의한 음의 상관관계를 보였다. 또한 부모의 연령이 낮을수록, 아버지만 직업이 있거나 맞벌이를 하는 경우가 어머니만 직업이 있는 경우보다 건강행위 점수가 높았다(김은희, 1996).

## 2) 가족 기능과 가족의 건강생활양식

대부분의 건강행위는 가족 안에서 습득되고, 유지되며(Tinsley, 1992; Venters et al.,1984), 가족들은 직접적으로나 간접적으로 건강증진에 기여하는 많은 기능을 한다. 가족의 고유한 기능 안에는 가족의 건강관리와 건강증진의 기능까지 포함된다. 각각의 가족은 가족 스스로 건강과 관련되어 어떻게 적절하게 기능할 것인지에 대해 인지한다. 개인의 건강과 가족의

건강은 서로간에 큰 영향을 미치며 체제이론에 근거한 가족 전체 수준의 건강에도 영향을 미친다. 체제로서의 가족은 건강문제를 만들고, 예방하며, 고치기도 한다. 따라서 건강행위를 향상시키기 위한 방법들 중에서 가족을 단위로 한 접근 방법은 가족 구성원들에게 동시에 영향을 미치고, 건강하지 못한 행동을 초래하는 가족 역동을 변화시킴으로써, 더욱 효과적으로 중재할 수 있다(Franks et al.1992). 이에 Friedmann(1992)는 하나의 단위로써 가족을 대상으로 간호해야 할 것을 주장하였으며, 가족의 건강증진은 가족구성원이 환경 및 가족의 요구에 적응하고 변화하면서 조화를 이루면서 함께 일할 수 있는 능력을 함양하는 것이라고 하였다.

가족의 신체적인 건강의 유지 기능은 주거지, 음식, 의복, 건강관리를 제공하는 것까지 포함된다. 가족은 가족구성원의 영양 습관과 영양 상태에 대해서도 많은 책임을 지고 있다. 적절한 주거환경은 가족구성원의 휴식과 상호작용, 사생활 보장 및 안정에 영향을 미친다. 이러한 요구를 충족시켜주는 것은 결과적으로 자아 실현의 목표를 충족시켜주는 에너지 수준을 갖도록 한다.

가족은 건강증진 및 건강보호를 위해 필요한 경제적 자원을 조절하고 제공한다. 가족의 자원할당에 대한 의사결정은 필요성과 가치에 의해 결정된다. 가족들은 내적인 상호작용뿐만 아니라 사회, 문화, 정치, 교육 등 외부체계와의 상호작용을 감시하는 기능을 한다. 특히 어린이들의 경우 가족 체계 외부의 조직과 활동에 참여하는 정도는 건강증진행동과 많은 관련성이 있다(Loveland-Cherry, 1986; Pratt, 1976).

가족구성원들간에 애정은 개인능력의 성장 발달과 건강한 성숙을 도모하는 교육적이고도 정서적인 분위기를 제공한다. 강한 가족내 정서적 관계(emotional involvement)는 심혈관계 질환을 예방하는 건강행위와 양의 상관관계가 있으며(Franks et al.1992), 가족내의 친밀감이 가족내에서 건강

에 기여하는 행위에 대한 사회적 통제의 역할을 하는 것으로 보인다 (Umberson, 1987).

도덕성과 동기(Motivation)를 유지하는 것도 건강증진을 실행하는데 필요한 기능이라는 점에서 건강증진행위와 건강상태와 연관성이 있다(Duffy, 1988). 가족 사회화 형태, 특히 자녀의 양육 방식은 자녀의 건강증진행위뿐만 아니라 부모의 건강증진행위에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Loveland-Cherry, 1986; Pratt, 1976; Baranowski & Nader, 1985). Pratt(1976)의 연구에 의하면, 지지적인 자녀훈육방법은 건강증진건강실천과 양의 상관관계가 있다고 하며, 뿐만 아니라 Loveland-Cherry(1986)는 어머니가 심하게 통제할 경우 자녀와 가족 전체의 건강실천에 음의 상관관계가 있다고 하였다. 더 나아가 Pratt(1976)는 부모에 의한 건강을 위한 훈육 노력이 가족구성원의 건강증진을 위한 실천율과 양의 상관관계가 있다고 하였고 노지영(1990)의 연구에서도 보호자가 평소에 건강교육을 많이 할수록 학생의 건강행동 이행수준이 높았다. 그리고 가족들은 또한 건강증진지식과 관련된 여러 가지의 대중매체를 통한 정보를 제공하기도 하고 감시하기도 한다(Loveland-Cherry, 1996).

가족내의 결속력과 훈육은 건강증진행위 및 건강상태와 연관성이 있다고 밝혀져 왔다(Loveland-Cherry, 1983; Beavers, 1977). Felitti 등(1998)은 어린 시절 역기능적인 가정에서 자란 성인의 경우 그런 경험이 없는 성인보다 알콜 중독, 약물 남용, 흡연을 하거나, 신체적인 활동을 하지 않고, 심하게 비만해질 위험성이 더욱 높다고 하였다. 그리고, 국내에서는 주로 가족의 기능적 특성과 자녀의 건강생활양식과의 관계를 밝히는 연구들이 주로 이루어져왔는데, 김은희(1996)는 중학생들을 대상으로 한 연구에서 부모간 화목도, 가족의 응집력, 그리고 가족의 적응력이 높을수록 자녀의 바람직한 건강행위의 점수가 높다고 하였으며, 고행금(1997)의 연구에서는 고

등학교 학생의 이담기 수행정도, 흡연율, 음주 경험율, 커피음용율, 아침식사를 거르는 정도 등이 가족 기능도 지수(Family APGAR)에 따라 차이가 있어서 가족의 기능도 지수가 높을수록 학생이 바람직한 건강행위를 더 잘 수행한다고 하였다. 권수진(1996)은 남녀 중고생을 대상으로 조사한 결과, 어려운 일이 있을 때 부모와 의논하는 정도가 높을수록 이담기는 높게, 불규칙적인 식사, 흡연, 음주의 건강저해행위는 뚜렷하게 낮게 나타난다고 하였다. 그밖에 박재순(1995)의 중년 후기 여성 대상의 건강증진행위 모형 구축에 관한 연구에서 가족기능이 높을수록 중년 후기 여성들이 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 한편, 가족기능과 가족을 단위로 한 건강생활양식에 대한 관계를 분석한 연구는 아직까지 이루어진 바가 없었다.

### 3. 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태

가족건강(Family Health)은 가족 간호사업의 결과로 성취하여야 하는 목표가 되며, 목표를 어떻게 정의하느냐에 따라 가족의 건강 사정 내용도 달라지게 된다(김의숙, 1994). 가족 건강은 가족을 구성하고 있는 개개인들이 각자 얼마나 건강하느냐 하는 가족구성원들의 건강상태의 합인 뜻과, 가족이라는 하나의 단체로서 제대로 기능을 발휘하느냐 하는 두 의미가 있다(김의숙, 1980). 이에 본 연구에서는 가족 전체를 하나의 통합체로서 나타내는 가족의 기능적 특성을 이미 앞에서 제시한 가족의 결속력과 적응력을 통해 분석하기로 하고 여기에서는 전자의 의미 즉 가족을 구성하고 있는 개개인들이 각자 얼마나 건강하느냐 하는 개개인 건강상태의 합으로서의 가족 건강상태만을 살펴보기로 하겠다. 먼저 가족을 단위로 한 건강상태와 가족의 건강생활양식에 대한 연구를 살펴보기 전에 가족구성원인 한

개인의 건강상태와 건강생활양식의 관계에 대해 먼저 살펴보면 다음과 같다.

개인의 생활양식(life style)이 개인의 건강상태와 질병 이환에 영향을 준다는 것은 널리 알려진 사실이다. 생활 수준의 향상과 질병양상이 변화하면서 개인의 생활양식이 자신의 건강에 미치는 영향은 더욱 강조되고 있다. 생활양식의 개선으로 인한 질병예방효과는 43%나 되며, 10대 사인의 50%는 불건전한 생활양식과 관련된다(Gochman, 1988). 생활 습관 중에서도 흡연은 질병과 사망을 예방할 수 있는 가장 중요한 결정요인으로 국가적 차원의 보건 목적 중에서도 우선 순위가 가장 높은 것으로 강조되고 있다(US DHHS,1990). 많은 양의 음주를 하는 사람은 동맥경화증에 의한 사망률을 증가시키며(Robinette et al., 1979), 흡연과 음주는 암발생에 상승효과(synergistic effect)가 있었다(Rothman, 1975). 운동은 1950년대 영국의 심장병에 의한 사망률 연구에서 운동량이 많은 사람이 훨씬 낮은 심장병 사망률을 갖는다는 결과(Morris et al., 1953) 이후에 심장병에 의한 사망률 외에도 일상생활에 필요한 체력, 힘, 탄력성 그리고 순발력을 높인다는 연구가 발표되었다(Haskell & Blair, 1980). 식습관에 대한 연구에서는 동물성 지방 식이와 유방암, 대장암 (Hirohata et al., 1987; Willett, 1987) 및 관상동맥질환 발생에 관한 연구가 보고되고 있으며(Morris et al, 1977; Snowdon et al., 1984), 과일, 채소 섭취의 증가와 카페인과 소금 섭취의 감소 등의 식습관이 건강 수준에 영향을 미친다는 보고가 있다(Dawber, 1980; Kane et al., 1985; Pritikin & Cisney, 1986). 그 외에 지속적인 스트레스는 고혈압, 관상동맥성 심장질환 등 순환기계 질환과 각종 만성질환 발생에 직·간접적인 위험 요인이 되고 있다(Matthews et al., 1987; Ameringen et al., 1988). 또한 스트레스에 따라 야기될 수 있는 오늘날의 각종 만성질환은 개인의 생활습관과 밀접한 관계가 있으며(Breslow & Enstrom, 1980), 스트레스에 처한 사람은 흡연 및 알콜 남용 등 부적절



한 생활습관을 유발시켜 만성퇴행성 질환을 일으킬 수 있다(대한심신스트레스학회, 1997).

한편 건강행위 관련 조사 연구들에서 이용된 건강상태의 측정은 건강을 장애, 만성질환 및 증상 등의 신체적 건강 스펙트럼(Physical Health Spectrum)에 따라 측정하는 것과 본인 스스로 인식하는 건강 상태로써 측정하는 방법이 있으며, Cwikel 등(1988)도 건강 수준의 지표를 만성질환여부와 스스로 인식하는 전체적인 건강 수준으로 정의하였다. 많은 건강생활양식과 관련 연구에서 주관적으로 인식하는 건강상태가 건강생활양식에 어떠한 영향을 미치는가에 대한 연구들이 이루어지고 있으며, 이러한 연구들에서 지각된 건강상태가 건강생활양식을 실천하는 정도에 차이가 있다는 결론을 내리고 있다(김순옥, 1986; 강귀애, 1992; Riffle, 1989; Pender, 1996). 한편, 짧은 시간내에 신체적·정신적인 자각 증상을 질문하여 그 사람의 건강상태를 파악하도록 한 코넬의학지수(C.M.I)는 Brodman 등(1951)에 의해 개발된 자기보고식 건강질문지로 Brodman이 뉴욕병원에서 실시한 연구에 의하면 49명의 의사에 의해 나타난 병력보다 코넬의학지수(C.M.I)에 의해 측정된 검사가 진단에 87%나 더 많은 도움을 주었으며, 의학적인 검사에서 발견된 환자의 94%가 코넬의학지수(C.M.I)에 의해 진단될 수 있음을 밝혔다. 그 후 코넬의학지수(C.M.I)는 적용범위가 넓어져 산업장 및 일반병원이나 진료소의 외래환자에 사용되어 그 이용가치를 널리 인정받았다(Brodman et al., 1952). 이러한 코넬의학지수(C.M.I)는 우리나라에서 개인 및 집단에 적용하여 교사, 지역주민, 결핵환자, 갱년기여성, 가정부인, 대학생, 노인, 고교생, 종교인, 직장인, 간호사 등 다양한 대상자와 집단에 사용되어 왔다.

위에서 살펴본 바와 같이 개인의 건강생활양식과 관련된 연구에서 건강상태를 측정하는 방법은 다양하게 이루어져 왔으며, 가족 구성원의 건강상

태를 가족 개개인의 건강상태의 합으로 볼 때, 그러한 건강상태를 측정하는 방법은 이미 위에서 기술했던 개개인에게 적용되는 건강측정도구들을 사용하게 된다. 따라서 가족건강을 가족구성원의 건강상태의 합으로써 측정하고자 했던 연구를 살펴보면, Kim(1978)은 남편과 아내의 건강 상태를 측정하고 이를 합하여 부부건강상태를 측정하여 부부의 조화도와의 관계를 연구하였으며, 정현용(1974)는 가족건강상태와 가족구성원의 가족환경에 대한 지각 불일치와의 관계를, 김남영(1988)은 가족건강상태와 가족기능과의 관계를 연구하였는데, 이들 연구들에서는 코넬의학지수를(C.M.I)를 이용하여 가족의 건강상태를 측정하였다.

가족을 대상으로 한 가족구성원 전체의 건강상태와 건강생활양식에 대한 연구는 이루어진 바가 없지만, 질환을 가진 개인의 건강생활양식에 대한 연구들(홍은영, 1989; 오복자, 1995; 나애정, 1998)과 가족구성원의 건강상태 또는 만성질환 이환 여부에 따른 개인의 건강생활양식에 대한 연구들이 몇몇 이루어져 왔다. 김희주(1998)의 경우 입원환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위와 관련요인에 대한 연구를 하였고, 이순영 등(1995)이 1992년 한국보건사회연구원에서 실시한 국민건강조사의 자료를 이용하여 연구한 바에 따르면 가족의 건강수준이 높을수록 개인의 건강수준이 높으며, 개인의 건강수준이 높을수록 건강실천행위를 많이 한다고 하여 가족의 건강수준이 개인의 건강실천행위에 간접적인 영향을 미친다고 하였다. 그리고 Farrand와 Cox(1993)는 초등학교 학생을 대상으로 한 연구에서 여학생의 경우 어머니의 건강이 자녀의 건강행위의 결정요인으로 나타났으며, 소회영 등(1997)의 연구에서도 부모의 건강상태가 자녀의 건강지각 및 자존감과 연관되어 자녀의 건강행위에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 김은희(1996)의 중학교 학생을 대상으로 한 연구에 따르면 가족의 만성 질병 경험이 없을수록 자녀의 건강행위 점수가 높게 나타났다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 가족들의 건강증진생활양식정도를 파악하고, 이와 관련된 가족의 인구사회학적 특성, 가족의 기능적 특성 및 가족의 건강상태 등과의 관계를 규명하기 위한 탐색적 기술연구이다.

#### 2. 연구의 개념틀

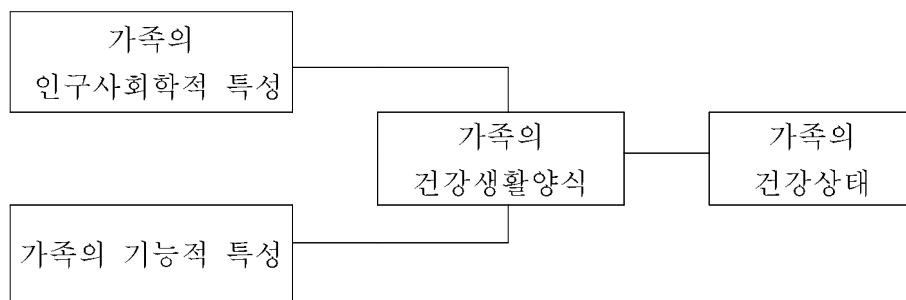


그림 1. 연구의 틀

#### 3. 연구대상

본 연구의 대상 가족은 청소년기의 자녀를 둔 가족을 대상으로 하였으며, 서울의 일 여자 고등학교의 2,3학년 학생 중에서 370명을 임의 추출하여 이들의 가족을 대상으로 하였다. 배포된 370부의 설문지 중 회수된 설문지는 303부로 회수율은 86.6%이었으며, 연구 목적을 위한 자료분석은 자료가 미비하다고 판단된 17부를 제외한 286가족을 대상으로 하였다.

## 4. 연구도구

연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였고, 질문지를 통해 자료를 수집했다.

질문지의 내용은 조사 대상자의 인구사회학적인 특성 10문항, 가족의 기능적 특성으로서 가족적응력과 가족결속력을 측정하는 20문항, 건강상태 22문항, 건강증진 생활 양식 30문항으로 구성된다.

### 1) 가족의 인구사회학적 조사표

문헌고찰에 의하여 가족 특성과 관련이 있는 가족구성원의 연령, 성별, 교육정도, 직업, 종교 및 부모의 결혼상태, 가족의 월평균 총수입 및 가족 형태, 가족수 등의 변수들을 선택하였다. 이상의 변수들은 연구 대상가족의 인구사회학적 특성을 고려하기 위함이었다 아울러 가족의 기능적 특성, 가족의 건강상태 및 가족의 건강증진생활양식과의 관계를 보기 위함이다.

### 2) 가족의 기능적 특성

가족의 기능적 특성은 가족적응력 · 결속력평가척도(FACES III)에 의해 측정되었으며, 이 척도는 가족의 적응성과 응집성의 정도를 알아보기 위해 Olson 등(1985)이 제작한 총20문항으로 되어 있다. 이것은 두 개의 하위척도로 이루어져 있는데 적응성을 측정하는 10개 문항과 결속력을 측정하는 10개 문항으로 되어 있다. 적응력의 점수는 모두 짝수 문항 점수의 합이고, 결속력의 점수는 모든 홀수 문항 점수의 합이다. 적응력과 결속력의 각 점수의 범위는 최저 10점에서 최고 40점으로 점수가 높을수록 적응

력과 결속력이 높음을 의미한다.

가족 적응력·결속력 평가척도(FACES III)의 신뢰도 및 타당도는 대체로 높은 것으로 보고되었다(Olson et al., 1985). Olson 등(1985)에 의해 조사된 Cronbach  $\alpha$ 값은 적응력 .62, 결속력 .77, 전체 .68이었고, 4~5주 간격의 검증-재검증법에 의한 상관계수치는 적응력 .80, 결속력 .83이었다.

가족 적응력·결속력 평가척도(FACES III)는 모든 발달기에 있는 개인 및 가족에게 적용될 수 있으며, 가족용과 부부용의 두 종류로 구분되어 있고, 모든 문항들이 만 12세 정도의 청소년이면 누구나 이해할 수 있고 읽을 수 있도록 되어 있다. 본 연구에서는 가족용 FACES III이 사용되었다.

### 3) 가족의 건강생활양식

Pender(1996)가 제시한 가족의 건강 관련 생활양식에 대한 사정 영역을 기초로 하였으며, 그 내용은 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강 책임과 관련된 28개의 문항으로 구성되어 있고, 여기에서 가족의 건강생활양식의 하부 영역인 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임은 각각 7점에서 28점의 점수를 얻을 수 있으며, 각 영역별로 점수가 높을수록 각 영역에 해당되는 건강생활양식의 실천 정도가 높은 것을 의미한다. 단 운동 영역에서 '우리 가족은 TV를 보거나 비디오 게임을 하는데 많은 시간을 보낸다'의 항목은 낮은 점수를 얻을수록 건강생활양식의 실천정도가 높은 것을 의미하며, 따라서 분석을 할 때 역으로 환산하여 처리하도록 하였다. 그리고 가족의 건강생활양식 실천정도는 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임의 각 영역별 점수를 합한 값으로 최저 28점에서 112점의 범위에 있다. 그 외에 가족의 음주 및 흡연에 관한 문항을 2 문항씩 포함하여, 가족 중 음주 및 흡연하는 가족을 표시하도록 하였다.

#### 4) 가족의 건강상태

가족의 건강상태는 코넬의학지수(Cornell Medical Index - Health Questionnaire)에 의해 측정되었으며, 코넬의학지수는 Cornell 대학의 Brodman과 그의 동료들(1951)에 의해 고안된 자기보고식 검사의 형태를 지닌 도구이다.

우리 나라에서는 남호창(1965 I,II)이 응답자들의 편의를 위하여 원 도구의 코넬의학지수 195문항을 57문항으로 간이화하였으며, 간이형 코넬의학지수에 대한 정확도를 신체적, 정신적 증상 호소수의 상관관계를 제시하여 그 실용성을 보여주었다. 간이형 코넬의학지수 도구의 내용은 신체적 증상 호소에 관하여 35문항, 정신적 증상호소에 관하여 22문항으로 총 57문항으로 구성되어 있다.

정현용(1984)의 연구에서는 남호창(1965)의 간이형 코넬의학지수 도구를 사용하여 신뢰도 검증한 결과는 Cronbach  $\alpha$  값이 .78로 나왔으며, 안양희(1988)의 연구에서는 .72, 김남영(1988)의 연구에서는 어머니에게서 .87, 아버지에게서 .88로 높은 내적 일관성을 가진 것으로 측정되었다.

본 연구에서는 남호창의 간이형 코넬의학지수(C.M.I)의 신체적 증상에 관한 문항을 본 연구자가 수정·보완한 22문항을 이용하였으며, 고등학교 학생인 자녀가 가족 개개인의 의견을 모두 조사하여 가족의 건강상태를 측정하도록 하였다. 여기서 '아니오'의 응답수의 값이 높을수록 가족의 건강상태가 양호한 것으로 해석된다.

## 5. 자료수집기간 및 방법

본 조사를 위한 자료수집기간은 2000년 5월 10일부터 5월 20일까지 이루어졌으며, 다음과 같은 절차에 의했다.

첫째, 서울의 일 여자 고등학교의 학교장에게 본 연구의 취지 및 목적을 설명하여 협조, 동의를 얻었다.

둘째, 학생의 전체 2,3학년 학생들 중에서 표집수 370명을 선택하였다.

셋째, 표집대상 학생의 담당 교사들에게 본 설문지의 취지 및 목적을 설명하였다.

넷째, 표집 대상 학생들에게 설문지의 취지 및 목적과 응답 방법을 설명하고 설문지를 배부하여 인구학적 조사표 및 건강조사표에 대해 각 가정에서 가족들의 의견을 수집하여 작성하도록 하였다.

다섯째, 가족의 기능 및 건강생활양식에 대한 조사는 표집대상 학생들이 직접 읽고 응답하도록 하였다.

## 6. 분석방법

수집된 자료는 컴퓨터(SPSS)처리 되었으며 자료의 통계적 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 가족의 인구·사회학적 특성, 기능적 특성, 건강 상태, 건강생활양식 등은 빈도수, 백분율, 평균, 표준편차와 범위 등을 구했다.
- 2) 가족의 인구·사회학적 특성에 따른 가족 건강생활양식은 t-test 및 분산분석으로 분석했다.

- 3) 가족의 기능적 특성과 가족 건강생활양식간의 상관관계는 Pearson 상관계수로 분석했다.
- 4) 가족의 기능적 특성과 가족 건강생활양식간의 상관관계는 Pearson 상관계수로 분석했다.
- 5) 가족 건강상태에 영향을 미치는 요인분석은 회귀분석을 하였다.



## IV. 연구결과

### 1. 대상가족의 특성

#### 1) 대상가족의 인구사회학적 특성

대상가족의 인구사회학적 특성을 서술하기 위하여 가족의 연령, 종교, 부모의 학력, 직업, 부모님의 결혼상태, 월평균 총소득, 가족형태, 가족수 등을 조사하여 빈도 및 비율을 분석한 결과는 <표 1>과 <표 2>에서 제시되었다.

<표 1> 대상가족의 부모 및 자녀 연령의 평균, 표준편차 및 범위

	평균	표준편차	범위
아버지	47.33	3.79	38~58
어머니	43.92	3.61	36~58
자녀	16.54	2.21	1~31

(무응답자 제외)

대상 가족의 아버지 연령은 41~50세가 207명으로 가장 많은 수를 차지하고 있었으며, 79.3%를 차지하고 있었고, 아버지의 평균 연령은 47.33세였으며, 아버지 연령의 범위는 38세에서 58세까지의 분포를 보였다. 어머니 연령 역시 41~50세가 가장 많았는데 216명으로 81.2%를 차지하고 있었으며 어머니의 평균연령은 43.92세이고, 어머니 연령의 범위는 36세에서 58세

의 분포를 보였다. 자녀들은 대체로 10세에서 19세 사이의 사춘기의 자녀가 가장 많았으며, 모든 가족들의 자녀들 627명중 522명이 이에 속했고, 83.3%를 차지하였다. 자녀들의 평균 연령은 16.54세였다. 한편 설문에 응답한 학생들의 평균 연령은 16.66세였으며, 15세에서 18세 사이의 범위에 속했다. 아버지와 어머니의 학력은 각각 고졸 이상인 경우가 가장 많았으며, 아버지가 고졸 이상의 학력을 가진 경우가 253가족으로 92.6%이었으며, 어머니가 고졸이상의 학력을 가진 경우는 241가족으로 86.4%이었다. 그리고 부모 모두 고졸 이상인 가족이 234가족으로 85.7%을 차지하였다. 아버지와 어머니의 직업 분포는 아버지의 경우 서비스 근로자 및 판매 근로자가 가장 많은 수를 차지하여 36.6%인 94명의 아버지가 서비스 근로자 및 판매직에 종사하였으며, 어머니의 경우 주부인 경우가 179명으로 가장 많은 비율인 66.3%를 차지하였다. 그리고, 부부가 모두 직장을 갖고 있는 가족은 80가족으로 31.5%를 차지하고 있었다.

부모의 결혼 상태는 부모가 결혼한 경우가 270가족으로 가장 많았으며, 사별, 이혼, 별거한 가족이 11가족으로 전체의 3.9%를 차지하였다. 가족의 종교는 가족의 종교가 일치하는 가족이 109가족으로 39.4%를 차지하였으며, 기독교는 52가족(18.8%), 천주교는 20가족(7.2%), 불교는 37가족(13.4%)이었다. 그밖에 종교가 없거나 다양한 가족은 168가족으로 60.6%를 차지하였다. 가족의 월평균 총소득은 250만원이상인 경우가 60가족으로 가장 많은 비율인 23.7%를 차지하였고, 다음으로는 59가족이 151~200만원의 월평균 총소득이 있는 것으로 나타나 23.3%의 비율을 보였다. 가족의 크기는 가족수가 4명인 경우가 164가족으로 가장 많은 비율인 61.4%를 차지하였고, 가족수가 5명 이하인 가족이 243가족으로 91.1%를 차지하였으며, 평균 가족수는 4.31명이었다. 가족의 유형에 따라서는 핵가족 형태가 241가족으로 84.6%를 차지하였으며, 확대가족이 44가족으로 15.4%를 차지하였다.

<표 2> 대상가족의 인구·사회학적 특성에 따른 빈도 및 비율

항목	구분	빈도 <sup>1)</sup>	비율		
연령	아버지	31 ~ 40세	8	3.1	
		41 ~ 50세	207	79.3	
		51 ~ 60세	46	17.6	
	어머니	31 ~ 40세	38	14.3	
		41 ~ 50세	216	81.2	
		51 ~ 60세	12	4.5	
	자녀	9세 이하	17	2.7	
		10 ~ 19세	522	83.3	
		20 ~ 29세	88	14.0	
		30 ~ 39세	2	0.3	
	학력	아버지	대 학 원 졸	20	7.3
			대 졸	71	26.0
고 졸			162	59.3	
중 졸			16	5.9	
국 졸			4	1.5	
어머니		대 졸	39	14.0	
		고 졸	202	72.4	
		중 졸	29	10.4	
		국 졸	9	3.2	
부모		부모 모두 고졸이상인 부모	234	85.7	
		한쪽이라도 중졸이하인 부모	39	14.3	

항목	구분	빈도 <sup>1)</sup>	비율	
직업	아버지	입법공무원,고위임직원,관리자	24	9.3
		전문가	20	7.8
		기술공 및 준전문가	35	13.6
		사무직원	57	22.2
		서비스근로자 및 판매근로자	94	36.6
		농업 및 어업 숙련 근로자	1	0.4
		기능원,관련기능근로자	13	5.1
		장치,기계조작원 및 조립원	3	1.2
		단순노무직 근로자	4	1.6
		군인	2	0.8
		무직	4	1.6
		직업	어머니	입법공무원,고위임직원,관리자
전문가	10			3.7
기술공 및 준전문가	2			0.7
사무직원	13			4.8
서비스근로자 및 판매근로자	53			19.6
기능원 및 관련기능근로자	4			1.5
단순노무직 근로자	5			1.9
주부	179			66.3
무직	3			1.1
직업 형태	가족	맞벌이 부모	80	31.5
		아버지만 직업이 있음	174	68.5

항목	구	분	빈도 <sup>1)</sup>	비율	
결혼	부	모	270	96.1	
상태	사	별	4	1.4	
	이	혼	4	1.4	
	별	거	3	1.1	
종교	가족	가족내 종교가 일치함	천주교	52	18.8
			기독교	20	7.2
			불교	37	13.4
		가족내 종교가 없음	46	16.6	
		가족내 종교가 다양함	122	44.0	
월	가족	50만원 이하	7	2.8	
		51 ~ 100만원	20	7.9	
		101 ~ 150만원	56	22.1	
		151 ~ 200만원	59	23.3	
		201 ~ 250만원	51	20.2	
		250만원 이상	60	23.7	
가족	가족수	2명	1	0.4	
		3명	25	9.4	
		4명	164	61.4	
		5명	53	19.9	
		6명	16	6.0	
		7명	6	2.2	
		8명	2	0.7	
		가속	가족	핵가족	241
유형		확대가족	44	15.4	

<sup>1)</sup> 무응답자 제외

## 2) 대상가족의 기능적 특성

대상가족의 기능적 특성은 가족적응력·결속력 평가 척도(FACES III)에 의하여 측정되었으며, 각 항목은 4점 척도에 의해 측정되었다. 결속력 및 적응력은 각 영역별로 10점에서 40점을 얻을 수 있으며, 결속력과 적응력을 합한 값인 가족의 기능 점수는 최저 20점에서 최고 80점의 점수를 얻을 수 있다. 대상가족의 기능적 특성에 대한 각 영역별 평균, 표준편차 및 범위는 <표 3>에서 각 항목별 평균 점수 및 표준편차는 <표 4>에서 제시되었다.

<표 3> 대상 가족의 기능 특성의 범위, 평균 및 표준편차

항 목	평 균	표준편차	범 위	
			분포가능점수	대상가족점수
결속력	27.62	5.80	10~40	12~40
적응력	22.68	4.99	10~40	10~37
가족기능	50.31	9.70	20~80	28~74

대상가족의 결속력의 경우 평균 27.62점으로 최저 12점에서 최고 40점의 범위를 보였다. 가족의 결속력을 5점 척도로 측정하여 제시한 미국의 청소년 가족(가족생활주기 4~5기)의 규준점수 37.1점을 4점 척도로 환산한 점수 29.68점과 비교해 볼 때, 이보다 2.06점이 낮은 점수이다. 각 항목별로는 ‘우리 가족은 가족이 함께 할 활동(예 : 명절, 제사, 생일)에 있어서는 가

족 구성원이 모두 모인다’가 평균 3.28점을 얻어 가장 높은 점수를 얻었으며, 다음으로는 ‘우리 집에서는 가족이 함께 지낸다는 것은 매우 중요하다’, ‘우리 가족은 서로 매우 친근감을 느낀다’ 순으로 각각 평균 3.10점과 3.09점의 높은 평균 점수를 얻었다. 그리고, 결속력 영역에서 ‘우리 가족은 가족으로서 함께 할 수 있는 일(예: 취미, 오락활동)을 쉽게 생각해 낸다’는 2.15점으로 가장 낮은 평균 점수를 얻었고 다음으로는 ‘우리 가족은 자신이 결정을 요하는 경우가 있을 때는 다른 가족과 상의한다’가 2.31점의 낮은 평균 점수를 얻었다.

대상가족의 적응력의 경우 평균 22.68점으로 10~37점의 범위를 보였다. 가족의 적응력을 5점 척도로 측정하여 제시한 미국의 청소년 가족(가족생활주기 4~5기)의 기준점수 24.3점을 4점 척도로 환산한 점수인 19.44점과 비교해 볼 때, 이보다 3.24점이 높은 점수이다. 각 항목별로는 ‘우리 가족의 자녀들은 집안에서 자녀들이 지켜야 할 규율에 관해 의견을 말할 수 있다’가 평균 2.82점을 얻어 가장 높은 점수를 얻었으며, ‘우리 가족은 여러 가지 일 처리 방법을 때에 따라서 변경한다’, ‘우리 가족은 문제를 해결할 때 자녀의 의견을 따른다’의 순으로 각각 2.70점과 2.69점의 높은 평균 점수를 얻었다. 그리고 적응력 부분에서 낮은 평균 점수를 얻은 항목은 ‘우리 집에서는 가족 중에서 누가 집안의 어떤 일들을 하는지 알기 어렵다’로 평균 1.57점을 얻었고, 다음으로는 ‘우리 가족 중에서는 누가 지도자인지를 분간하기가 어렵다’로 평균 1.82점을 얻었다. 대상가족의 결속력과 적응력을 합한 값으로 얻은 가족 기능 점수는 평균 50.31점으로 최저 28점에서 최고 74점의 범위를 보였다.

<표 4> 대상 가족의 기능 특성 항목별 평균 점수 및 표준편차

항 목	평균	표준 편차
1.우리 가족은 서로 도움을 청한다.	2.90	0.91
2.우리 가족은 문제를 해결할 때 자녀의 의견을 따른다.	2.69	0.88
3.우리 가족은 각자의 친구를 그의 친구로서 받아들인다.	2.69	1.07
4. 우리 가족의 자녀들은 집안에서 자녀들이 지켜야 할 규율에 관해 의견을 말할 수 있다.	2.82	1.08
5.우리 가족은 오로지 우리 가족끼리만 일(예 :집안문제에 대한 결정, 여행, 외식 등)을 한다.	2.34	1.01
6.우리 가족은 상황에 따라서 지도자가 다르다.	2.30	1.01
7.우리가족은 가족 외의 다른 사람보다 우리 가족 구성원에 더 친근감을 느낀다.	3.09	1.02
8.우리 가족은 여러 가지 일 처리방법을 때에 따라서 변경한다.	2.70	0.82
9.우리 가족은 서로 같이 자유시간 갖기를 좋아한다.	2.65	0.99
10.우리 집에서 잘못된 일이 생겼을 경우 부모와 자녀가 함께 모여서 잘못된 일에 대한 벌칙에 대하여 토론한다.	1.85	0.94
11,우리 가족은 서로 매우 친근감을 느낀다.	3.09	0.95
12. 우리 집에서는 자녀들이 여러 가지 결정을 한다.	2.52	0.93
13. 우리 가족은 가족이 함께 할 활동(예: 명절, 제사, 생일)에 있어서는 가정구성원이 모두 모인다.	3.28	0.98
14. 우리 집에서는 정해놓은 규칙이 때에 따라서 변하기도 한다.	2.25	0.89
15.우리 가족은 가족으로서 함께 할 수 있는 일(예 : 취미, 오락활동)을 쉽게 생각해 낸다.	2.15	1.04
16.우리 가족은 집안 일에 대해 가족 구성원이 교대로 책임을 맡는다.	2.21	1.06
17. 우리 가족은 자신이 결정을 요하는 경우가 있을 때는 다른 가족과 상의한다.	2.31	1.06
18.우리 가족 중에서는 누가 지도자인지를 분간하기가 어렵다.	1.82	1.00
19.우리 집에서는 가족이 함께 지낸다는 것은 매우 중요하다.	3.10	1.03
20.우리 집에서는 가족 중에서 누가 집안의 어떤 일들을 하는지 알기 어렵다.	1.57	0.91



### 3) 대상가족의 건강생활양식 실천정도

대상가족의 건강생활양식 실천정도 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역에서 각각 최저 7점에서 최고 28점의 점수를 얻을 수 있으며, 각 영역별 실천정도의 점수를 합하여 가족건강생활양식의 점수를 구하였다. 따라서 가족건강생활양식 점수의 경우 최저 28점에서 최고 112점의 점수를 얻을 수 있다. 대상가족이 각 영역 및 항목별로 얻은 평균, 표준편차 및 범위는 <표 5> 과 <표 6>에 제시되어 있다.

<표 5> 대상가족의 건강생활양식의 평균, 표준편차, 범위

항 목	평 균	표준편차	범 위	
			분포가능점수	대상가족점수
영 양	15.80	4.10	7~28	7~28
운 동	14.66	3.85	7~28	7~27
스트레스관리	17.42	4.12	7~28	7~28
건강책임	15.77	4.56	7~28	7~28
건강생활양식	64.08	13.44	28~112	34~101

대상가족들은 영양 영역에서 평균 15.80점을 얻었으며, 각 항목별로는 ‘우리 집에서 만드는 음식은 모든 영양소를 골고루 갖추고 있다’와 ‘우리 가족은 건강에 좋은 간식을 먹는다’가 평균 2.65점을 얻어 가장 잘 실천하는 항목들로 나타났다. 그리고 ‘우리 가족은 음식을 구입할 때, 겉에 표시된 영양 구성표를 확인하고 구입 여부를 결정한다’는 평균 1.72점으

<표 6> 대상가족의 건강생활양식 각 항목별 표준편차

항 목	평균	표준 편차
◎ 영양		
1. 우리집에서 만드는 음식은 모든 영양소를 골고루 갖추고 있다.	2.65	0.79
2. 우리 가족은 건강에 좋은 간식을 먹는다.	2.65	0.82
3. 우리 가족은 건강한 식습관에 대한 지식을 갖고 있다.	2.52	0.86
4. 우리 가족은 적정체중을 유지하고, 과다체중이나 저체중을 피하기 위해 서로 돕고 있다.	2.47	1.01
5. 우리 가족은 건강에 좋은 식사를 했을 때 서로 칭찬한다.	2.05	0.96
6. 우리 가족은 매일 6-8잔 정도의 물을 마시도록 서로 격려한다.	1.76	0.90
7. 우리 가족은 음식을 구입할 때, 겉에 표시된 영양 구성표를 확인하고 구입 여부를 결정한다.	1.72	0.89
◎ 운동		
8. 우리 가족은 격렬하거나 중간정도의 운동을 한다.	1.90	0.77
9. 우리 가족은 운동 기구를 집안에서 사용할 수 있다.	1.89	1.15
10. 가족 시간에 가정용 운동 기구를 사용한다.	1.58	0.95
11. 우리 가족은 가족 서로가 운동하길 바란다.	2.92	0.98
12. 우리 가족은 취미 및 오락 기구 또는 프로그램에 참여한다.	1.92	0.94
13. 우리 가족은 TV를 보거나 비디오 게임을 하는데 많은 시간을 보낸다.	2.28	1.00
14. 우리 가족은 가능하면 밖으로 외출을 나가 시간 보내는 것을 더 좋아한다.	2.27	0.93

항 목	평균	표준 편차
◎ 스트레스 관리		
15. 우리 가족은 서로에게 스트레스가 쌓이는 것을 최소화하도록 시간을 잘 관리한다.	2.21	0.89
16. 우리 가족은 종종 긴장을 풀고 서로 이야기하며 함께 웃으며 지낸다.	2.74	0.94
17. 가족 내에서 감정을 표현하도록 서로 격려한다.	2.43	0.95
18. 우리 가족은 스트레스 받았던 경험을 서로 이야기한다.	2.31	0.92
19. 우리 가족은 어려운 일을 서로 도와준다.	2.87	0.85
20. 우리 가족은 가족의 잘못을 서로에게 나무라는 일이 거의 드물다.	1.99	0.82
21. 우리 가족은 긴장을 풀고 잠자는 시간을 중요하게 생각한다.	2.96	0.92
◎ 건강 책임		
22. 우리 가족은 예방적 건강관리를 위해 규칙적으로 병원을 방문한다.	1.68	0.83
23. 우리 가족은 건강에 관한 뉴스와 기사를 보고 서로 토의한다.	1.92	0.84
24. 우리 가족은 건강에 문제가 생겼을 때 초기에 건강관리를 받도록 서로 격려한다.	2.81	0.99
25. 우리 가족은 건강에 대해 각자 책임을 갖도록 서로 격려한다.	2.60	0.97
26. 우리 가족은 가족의 건강에 대해 서로 책임감을 느낀다.	2.63	0.93
27. 우리 가족은 질병뿐만 아니라 건강증진을 위해서도 전문가에게 조언을 구한다.	1.95	0.94
28. 우리 가족은 적절한 예방적 건강행위에 대해 개방적으로 토론하고 격려한다.(금주, 금연, 피임, 청력보호, 시력보호, 피부보호)	2.23	1.02

로 가장 낮은 평균 점수를 얻어 영양 영역에서 가장 잘 실천하지 못하는 항목으로 나타났다. 그 다음으로 낮은 평균 점수를 얻은 항목은 ‘우리 가족은 매일 6~8잔 정도의 물을 마시도록 서로 격려한다’ 로 평균 1.76점을 얻었다.

운동 영역에서는 평균 14.66점을 얻었으며, 각 항목별로는 ‘우리 가족은 가족 서로가 운동하길 바란다’ 항목에서 가장 높은 점수인 평균 2.92점을 얻었다. 다음으로는 ‘우리 가족은 TV를 보거나 비디오 게임을 하는데 많은 시간을 보낸다’의 항목에서 역으로 환산한 점수인 2.92점을 얻어, 두 번째로 잘 실천하는 운동 영역으로 나타났다. 즉 많은 가족들이 우리 가족은 TV를 보거나 비디오 게임을 하는데 거의 시간을 보내지 않는다고 응답하였다. 한편, ‘가족 시간에 가정용 운동 기구를 사용한다’와 ‘우리 가족은 운동 기구를 집안에서 사용할 수 있다’의 항목에서 각각 평균 1.58점 및 1.89점을 얻어 운동 영역 항목들 중 낮은 평균 점수를 보였다.

스트레스 관리에서는 평균 17.42점을 얻었으며, 각 항목별로는 ‘우리 가족은 긴장을 풀고 잠자는 시간을 중요하게 생각한다’가 평균 2.96점으로 가장 높은 평균 점수를 얻었으며, 다음으로는 ‘우리 가족은 어려운 일을 서로 도와준다’가 2.87점의 평균 점수를 얻었다. 그리고, 스트레스 관리에서 낮은 점수를 얻은 항목은 ‘우리 가족은 가족의 잘못을 서로에게 나무라는 일이 거의 드물다’와 ‘우리 가족은 서로에게 스트레스가 쌓이는 것을 최소화하도록 시간을 잘 관리한다.’ 라는 항목으로 각각 평균 1.99점과 2.21점의 평균 점수를 얻었다.

건강책임에서는 15.77점의 평균 점수를 얻었으며, 각 항목별로는 ‘우리 가족은 건강에 문제가 생겼을 때 초기에 건강관리를 받도록 서로 격려한다’ 라는 항목에서 2.81점의 평균 점수를 얻어 건강책임 영역에서 가장 잘 실천하는 항목으로 나타났으며, 다음으로 높은 점수는 ‘우리 가족은 가족

의 건강에 대해 서로 책임감을 느낀다’ 라는 항목으로 평균 2.63점을 얻었다. 건강책임 영역에서 낮은 점수를 보인 항목은 ‘우리 가족은 예방적 건강관리를 위해 규칙적으로 병원을 방문한다’ 라는 항목으로 1.68점의 평균 점수를 얻었으며, 다음으로 낮은 점수를 얻은 항목은 ‘우리 가족은 건강에 관한 뉴스와 기사를 보고 서로 토의한다’ 이었으며, 평균 1.92점을 얻었다.

이상의 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역의 점수들의 합인 가족의 건강생활양식의 평균 점수는 64.08점이었으며, 최저 34점에서 최고 101점의 범위를 보였다.

대상가족의 가족내 흡연율에 대한 조사에는 가족 구성원 중 아무도 현재 흡연을 하지 않는 가족이 103가족으로 응답한 가족 중 36.3%이었으며, 가족 구성원 중 1~25%가 현재 흡연을 하는 경우가 138가족으로 응답한 가족 중 48.6%로 가장 많은 비율을 차지하였다. 그리고 가족 중에서 아버지가 흡연을 하는 가족이 169가족으로 흡연을 하는 가족구성원이 있는 182가족 중 92.86%를 차지하였다. 즉 흡연하는 가족 중 대부분에서 아버지가 흡연을 하는 것으로 나타났다.

한편 주 3회 이상 음주하는 가족구성원의 백분율을 구하는 가족내 음주율을 조사한 결과, 가족 구성원들 모두 주 3회 미만 음주를 하는 가족이 168가족으로 전체 응답한 가족 중 60.6%로 가장 많은 비율을 차지하였다. 그리고 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원이 가족 중 1~25%를 차지하는 경우가 88가족으로 응답한 전체 가족 중 31.8%를 차지했다. 가족내 음주율의 경우에서도 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원이 있는 109가족 중 아버지가 주 3회 이상 음주를 하는 가족이 101가족으로 92.66%을 차지하여, 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원이 있는 가족의 대부분에서 아버지들이 음주를 하는 것으로 나타났다<표 7>.

<표 7> 대상가족내 흡연 및 음주 실태

항 목	구 분	빈 도 <sup>1)</sup>	비 율
흡 연	흡연하지 않는 가족	103	36.3
	가족중 1~25%가 흡연	138	48.6
	가족중 26~50%가 흡연	40	14.0
	가족중 51~75%가 흡연	2	0.7
	가족중 76~100%가 흡연	1	0.4
음 주	음주하지 않는 가족	168	60.6
	가족중 1~25%가 음주	88	31.8
	가족중 26~50%가 음주	19	6.9
	가족중 51~75%가 음주	2	0.7
	가족중 76~100%가 흡연	0	0.0

<sup>1)</sup> 무응답자 제외

#### 4) 대상가족의 건강상태

대상가족들의 건강상태는 코넬의학지수(C.M.I)에 의해 최저 0점에서 최고 22점의 범위를 가질 수 있으며, 점수가 높을수록 신체적 증상 호소수가 적어 가족의 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 가족의 건강상태는 <표 8>에 나타나 있다.

<표 8> 대상가족의 건강 상태의 평균, 표준편차 및 범위

	평균	표준편차	범 위	
			분포가능점수	대상가족점수
가족의 건강상태	14.92	3.86	0~22	3~22

<표 8>에 나타난 대로 대상가족들의 건강상태의 평균 점수는 14.92점이었으며, 최저 3점에서 최고 22점의 분포를 보였다.

각 항목별로 가족들의 건강상태에 대한 응답 분포는 <표 9>와 같다. 조사대상가족들이 가장 많이 호소하는 건강문제는 ‘자주 눈에 피로가 오거나 또는 충혈 되는 가족이 있다’ 와 ‘갑작스럽게 현기증(어지럼증)이 나는 가족이 있다’로 179가족(62.6%)이 이러한 증상을 가지고 있었고, 다음으로는 ‘손이나 다리에 쥐가 나는 가족이 있다.’, ‘늘 소화가 잘 안되고 헛배가 불러 거북하게 느껴지는 가족이 있다.’, ‘조금만 일을 해도 곧 피로해지는 가족이 있다.’ 순이었다. 그리고 대상 가족들이 가장 적게 호소하는 건강문제로는 ‘중풍인 가족이 있다’로 3가족(1.0%)이 이러한 문제를 가지고 있는 것으로 나타났으며, 다음으로는 ‘간염을 가진 가족이 있다’, ‘천식 또는 결핵인 환자가 있다’로 각각 19가족과 26가족이 이러한 문제를 가지고 있다고 응답하였다.

<표 9> 대상가족들의 건강상태의 항목별 응답 분포

항 목	빈 도 <sup>1)</sup> (비율)	
	예	아니오
1. 자주 눈에 피로가 오거나 또는 충혈되는 가족이 있습니까?	179(62.6)	107(37.4)
2. 자주 심한 감기에 자주 걸리는 가족이 있습니까?	104(36.4)	182(63.6)
3. 천식 또는 결핵 환자가 있습니까?	26(9.1)	258(90.2)
4. 혈압이 높다고 의사가 말한 가족이 있습니까?	92(32.2)	192(67.1)
5. 호흡곤란(숨쉬기가 어려움)이 자주 일어나는 가족이 있습니까?	36(12.6)	248(86.7)
6. 다리가 심하게 붓는 가족이 있습니까?	51(17.8)	235(82.2)
7. 심장이 나쁘다고 의사가 말한 가족이 있습니까?	55(19.2)	229(80.1)
8. 자주 음식을 먹고 체하는 가족이 있습니까?	126(44.1)	160(55.9)
9. 늘 소화가 잘 안되고 헛배가 불러 거북하게 느껴지는 가족이 있습니까?	139(48.6)	143(50.0)
10. 설사 또는 변비가 있는 가족이 있습니까?	180(62.9)	106(37.1)
11. 치질이 있는 가족이 있습니까?	53(18.5)	233(81.5)
12. 황달(눈과 피부가 노랗게 되는 증세)이 있는 가족이 있습니까?	27(9.4)	258(90.2)
13. 가끔 관절이 붓고 아픈 가족이 있습니까?	120(42.0)	166(58.0)
14. 허리가 아파서 고통스러운 가족이 있습니까?	126(44.1)	160(55.9)
15. 머리가 무겁거나 심한 두통 때문에 고생하는 가족이 있습니까?	118(41.3)	167(58.4)
16. 갑작스럽게 현기증(어지럼증)이 나는 가족이 있습니까?	179(62.6)	106(37.1)



항 목	빈 도 <sup>1)</sup> (비율)	
	예	아니오
17. 손이나 다리에 쥐가 나는 가족이 있습니까?	169(59.1)	117(40.9)
18. 조금만 일을 해도 곧 피로해지는 가족이 있습니까?	132(46.2)	154(53.8)
19. 자주 잠이 잘 오지 않는 가족이 있습니까?	57(19.9)	226(79.0)
20. 당뇨병을 가진 가족 있으십니까?	39(13.6)	246(86.0)
21. 중풍인 가족이 있으십니까?	3(1.0)	283(99.0)
22. 간염을 가진 가족이 있으십니까?	19(6.6)	267(93.4)

<sup>1)</sup> 무응답자 제외

## 2. 가족의 건강생활양식에 대한 분석

### 1) 가족의 인구·사회학적 특성과 건강생활양식의 관계

가족의 인구·사회학적 특성에 따른 가족의 건강생활양식과 가족의 흡연 및 음주 정도에 대해 분석하기 위하여 t-test 및 분산 분석을 한 결과는 <표 10>와 같다.

부모의 연령에 따라서는 가족의 건강생활양식 실천정도 및 가족내 흡연 및 음주에 유의한 차이가 없는 것으로 분석되었다.

아버지의 교육 수준에 따라서는 건강생활양식 중 운동 영역에서 유의한 차이를 나타내었는데( $F=6.474, p=0.002$ ), 학력이 높을수록 운동 영역의 평균

< 표 10> 가족의 인구사회학적 특성과 가족의 건강생활양식 관계

항목	구 분	평 균							
		영양	운동	스트레스관리	건강책임	건강생활양식	가족내흡연율	가족내음주율	
연령	아버지	31~40세	14.75	16.38	17.00	15.13	63.25	19.79	6.25
		41~50세	15.96	14.66	17.47	15.86	63.24	16.83	10.65
		51~60세	15.37	14.28	17.70	15.30	63.22	17.90	9.09
		<b>F 값</b>	<b>.683</b>	<b>.567</b>	<b>.116</b>	<b>.354</b>	<b>.124</b>	<b>.211</b>	<b>.517</b>
	어머니	31~40세	16.03	15.24	17.61	16.29	65.16	19.96	12.24
		41~50세	15.78	14.88	17.50	15.61	63.78	15.85	9.58
		51~60세	15.16	16.00	17.58	15.58	64.33	23.34	11.67
		<b>F 값</b>	<b>.205</b>	<b>.583</b>	<b>.012</b>	<b>.369</b>	<b>.177</b>	<b>2.245</b>	<b>.608</b>
학력	아버지	대졸이상	16.54	15.62	18.08	16.14	66.67	17.52	8.97
		고졸	15.49	14.37	17.02	15.51	62.84	17.06	11.75
		중졸이하	15.05	12.50	17.10	15.70	61.45	22.42	8.67
		<b>F 값</b>	<b>2.285</b>	<b>6.474**</b>	<b>1.957</b>	<b>.561</b>	<b>2.766</b>	<b>.937</b>	<b>1.193</b>
	어머니	대졸이상	17.03	15.67	18.95	16.95	68.46	16.93	7.11
		고졸	15.85	14.79	17.38	15.63	64.08	17.10	10.75
		중졸이하	14.05	12.76	16.11	14.74	58.89	18.71	11.99
		<b>F 값</b>	<b>5.390**</b>	<b>6.205**</b>	<b>4.729*</b>	<b>2.385</b>	<b>5.038**</b>	<b>.163</b>	<b>1.224</b>
부모 (N=273)	모두 고졸 이상	15.87	14.82	17.40	15.74	64.22	17.07	10.25	
	중졸 이하	15.05	12.50	17.10	15.70	61.45	20.80	12.68	
		<b>t 값</b>	<b>2.506*</b>	<b>2.375*</b>	<b>3.500**</b>	<b>1.910</b>	<b>1.304</b>	<b>-1.305</b>	<b>-.939</b>
직업 (N=257)	아버지	관리직/전문직	15.96	14.91	18.11	16.06	65.05	16.88	11.06
		사무직	16.35	15.68	18.12	15.82	65.98	19.12	9.53
		서비스 및 판매직	15.77	15.00	16.65	15.74	63.17	16.65	10.86
		기타	14.93	14.85	16.78	14.93	61.48	21.08	10.43
		<b>F 값</b>	<b>.768</b>	<b>.553</b>	<b>2.631</b>	<b>.432</b>	<b>1.009</b>	<b>.693</b>	<b>.129</b>

항 목	구 분	실 수 ( 평 균 )						
		영양	운동	스트레스관리	건강책임	건강생활양식	가족내흡연율	가족내음주율
어머니	관리직/전문직 사무직 서비스 및 판매직 기타 주부 F 값	16.31	15.62	18.23	17.62	67.23	12.05	7.66
		15.62	16.00	17.23	16.15	65.38	16.28	8.33
		14.06	13.79	16.67	14.64	59.79	21.64	12.27
		13.92	14.00	15.42	12.67	56.33	14.03	5.83
		16.36	14.80	17.74	16.12	65.50	16.70	10.19
		4.100**	1.391	1.544	3.214*	3.147*	1.409	.645
직업 형태 (N=254)	가족 맞벌이부모 아버지만 직업이 있음 t 값	14.54	14.41	16.76	15.25	61.60	20.73	10.50
		16.42	14.80	17.79	16.01	65.49	16.37	10.49
		-2.338*	-3.480**	-.735	-1.832	-2.338*	1.937	.003
종교 (N=277)	가족 가족내 종교가 일치함 가족내 종교가 없음 가족내 종교가 다양함 F 값	16.40	15.02	17.50	16.47	65.73	15.95	7.99
		16.20	13.96	18.17	16.04	65.50	18.44	12.46
		15.02	14.48	16.87	14.94	61.61	17.76	11.89
		3.683*	1.367	1.842	3.372*	3.211*	.510	2.522
월 평균 소득 (N=253)	가족 100만원이하 101~200만원 201만원이상 F 값	14.33	13.67	16.59	14.63	59.85	14.67	7.63
		15.17	13.97	16.74	14.97	61.51	18.51	10.99
		16.98	15.86	18.49	17.09	68.65	17.34	10.53
		7.525**	8.003***	5.747**	7.512**	9.835***	.579	.543
가족 크기 (N=267)	가족수 3명 이하 4명 5명 6명 이상 F 값	16.77	15.23	17.85	16.54	66.38	23.08	12.67
		15.73	14.99	17.35	15.70	63.77	19.29	11.78
		15.53	14.91	17.23	15.17	62.83	17.36	8.68
		15.08	15.54	17.29	15.96	63.88	9.18	7.54
		.785	.180	.137	.546	.401	3.520*	1.113
가족 유형 (N=285)	가족 핵가족 확대가족 t 값	15.78	14.60	17.39	15.64	63.82	14.24	10.02
		15.93	14.93	17.50	16.34	65.25	16.59	15.05
		.234	.620	.156	.933	.645	-3.565***	-3.654***

\* Correlation is significant at the 0.05 level(2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level(2-tailed).

\*\*\* Correlation is significant at the 0.001 level(2-tailed).

점수가 높았다. 한편 어머니의 교육 수준에 따라서는 영양( $F=5.390$ ,  $p=0.005$ ), 운동( $F=6.205$ ,  $p=0.002$ ), 스트레스 관리( $F=4.729$ ,  $p=0.010$ ) 영역에서 유의한 차이를 보였으며, 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임을 합하여 구한 건강생활양식( $F=5.038$ ,  $p=0.007$ )에서도 어머니의 교육수준에 따라 유의한 차이가 있었는데, 어머니의 교육 수준이 높아질수록 영양, 운동, 스트레스 관리 및 건강생활양식의 실천을 잘하는 것으로 나타났다.

아버지의 직업에 따라서는 가족의 건강생활양식과 가족내의 음주 및 흡연의 유의한 차이를 나타내지 않았으나, 어머니의 직업에 따라서는 영양( $F=4.100$ ,  $p=0.003$ ), 건강책임( $F=3.214$ ,  $p=0.013$ )과 가족의 건강생활양식( $F=3.147$ ,  $p=0.015$ )에서 유의한 차이를 보였다. 영양 영역에서는 어머니가 주부일 때와 관리직 및 전문직일 때 영양관리의 평균 점수가 각각 16.36점, 16.31점으로 비교적 높은 것으로 나타났고, 건강책임 영역에서는 어머니가 관리직 및 전문직일 때 평균 점수가 17.62점으로 가장 높은 평균 점수를 나타냈다. 다음으로는 사무직, 주부 순으로 건강책임 영역에서 높은 평균 점수를 나타냈다. 그리고, 가족의 영양, 운동, 스트레스관리 및 건강책임 영역을 합한 건강생활양식의 평균 점수에서는 어머니의 직업이 관리직 및 전문직일 때 평균 점수가 67.23점으로 가장 높은 점수를 나타내었다. 부모의 직업 형태에서는 부모가 모두 맞벌이인 경우와 아버지만 직업을 가지고 있는 경우를 분석한 결과 맞벌이인 가족보다 아버지만 직업을 가지고 있는 가족이 영양( $t=-3.480$ ,  $p=0.001$ )영역의 평균 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났고, 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역의 합으로 구한 가족의 건강생활양식( $t=-2.338$ ,  $p=0.020$ )에서도 평균 점수가 유의하게 높게 나타났다.

가족의 종교에 따라서는 가족내 종교가 일치하는 경우에 가족의 종교가 없거나 다양한 경우보다 가족의 영양( $F=3.683$ ,  $p=0.026$ ), 건강책임( $F=3.372$ ,

p=0.036), 건강생활양식(F=3.211, p=0.042)의 평균 점수가 높은 것으로 나타났다.

가족의 월평균 총소득에 따라서는 영양(F=7.525, p=0.001), 운동(F=8.003, p=0.000), 스트레스 관리(F=5.747, p=0.004), 건강책임(F=7.512, p=0.001) 및 건강생활양식(F=9.835, P=0.000)의 평균 점수가 각각 유의하게 차이가 있었는데, 모두 가족의 월평균 총소득이 높아질수록 각각의 평균 점수가 높아졌다.

가족수에 따라서는 가족내 흡연율이 유의한 차이를 보여(F=3.520, p=0.016) 가족의 수가 작아질수록 현재 흡연하는 가족 구성원의 비율이 높아졌다. 가족의 유형에 따라서는 확대가족이 핵가족에 비하여 가족내 흡연율(t=-3.565, p=0.000)과 가족내 음주율(t=-3.654, p=0.000)의 평균 점수가 유의하게 낮은 것으로 나타나, 확대가족인 경우에 핵가족보다 현재 흡연을 하는 가족구성원의 비율과 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원의 비율이 낮았다.

## 2) 가족의 기능적 특성과 건강생활양식의 관계

가족의 기능적 특성과 건강생활양식의 각 영역들간에 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구한 결과 가족의 결속력과 영양(r= .429, p=0.000), 운동(r= .407, p=0.000), 스트레스관리(r= .648, p=0.000), 건강책임(r= .548, p=0.000) 등이 양의 상관관계가 있었으며, 각 영역을 합한 점수인 건강생활양식(r= .637, p=0.000)과도 양의 상관관계가 있었다<표 8>. 즉 가족의 결속력이 높은 가족일수록 가족의 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임 영역 등의 건강생활양식을 모두 잘 실천하는 것으로 나타났다. 한편 가

족의 결속력과 가족내 흡연율( $r = -.199, p=0.001$ )간에는 음의 상관관계가 있어서 가족의 결속력이 높은 가족일수록 현재 흡연하고 있는 가족구성원의 비율이 적어지는 것으로 나타났다. 그리고, 가족의 결속력과 가족내 음주율( $r = -.159, p=0.010$ )간에도 음의 상관관계가 있어서, 가족의 결속력이 높은 가족일수록 가족내 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원의 비율이 적어지는 것으로 나타났다<표 11>

<표 11> 가족의 결속력과 가족의 건강생활양식간의 상관관계

항 목	r	P-Value(2-tailed)
영 양	.429	.000
운 동	.407	.000
스트레스관리	.648	.000
건강책임	.548	.000
건강생활양식	.637	.000
가족의 흡연율	-.199	.001
가족의 음주율	-.159	.010

(무응답자 제외)

가족의 적응력과 건강생활양식간의 상관관계 분석에서도 영양( $r = .210, p=0.001$ ), 운동( $r = .222, p=0.000$ ) 스트레스관리( $r = .480, p=0.000$ ), 건강책임( $r = .344, p=0.000$ )과 양의 상관관계가 있었으며, 각 영역을 합한 점수인 건

강생활양식( $r = .397, p = 0.000$ )과도 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 가족의 적응력이 높은 가족일수록 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역 등의 건강생활양식의 실천을 더 잘 하였다. 한편, 가족의 적응력과 가족내 흡연율간의 상관 관계는 통계학적으로 유의하지 않았다. 가족의 적응력과 가족내 음주율간에는 음의 상관관계( $r = -.184, p = 0.003$ )가 있는 것으로 나타나서, 가족의 적응력이 높은 가족일수록 가족내 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원의 비율이 낮아지는 것으로 나타났다<표 12>.

<표 12> 가족의 적응력과 가족의 건강생활양식간의 상관관계

항 목	r	P-Value(2-tailed)
영 양	.210	.001
운 동	.222	.000
스트레스관리	.480	.000
건강책임	.344	.000
건강생활양식	.397	.000
가족의 흡연율	-.062	.311
가족의 음주율	-.184	.003

(무응답자 제외)

### 3) 가족의 건강생활양식의 영역간 상관관계

대상 가족의 건강생활양식 실천정도를 각 영역간의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구한 결과 가족의 건강생활양식 중 영양과 운동( $r = .565, p=0.000$ ), 영양과 스트레스관리( $r = .533, p=0.000$ ), 영양과 건강책임( $r = .657, p=0.000$ ), 운동과 스트레스관리( $r = .377, p=0.000$ ) 운동과 건강책임( $r = .493, p=0.000$ ), 스트레스관리와 건강책임( $r = .598, p=0.000$ )영역간에 양의 상관관계가 있었다. 가족내 음주율은 운동( $r=-.161, p=0.007$ )과 스트레스관리( $r=-.152, p=0.011$ )에서 음의 상관관계가 있었다. 한편, 가족내 음주율과 흡연율( $r = .373, p=0.000$ )간에는 서로 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 따라서 각 영역의 건강생활양식을 잘 실천하는 가족은 다른 영역의 건강생활양식 또한 잘 실천하였으며, 운동을 잘 실천하지 않는 가족과 스트레스관리를 잘 실천하지 않는 가족은 가족내 주 3회 이상 음주하는 가족 구성원의 비율이 높은 것을 알 수 있다. 그리고, 가족내 현재 흡연하는 가족구성원의 비율이 높을수록 가족내 주 3회 이상 음주하는 가족 구성원의 비율도 높았다<표 13>.



<표 13> 가족의 각 건강생활양식 항목간의 상관관계

		영양	운동	스트레스 관리	건강 책임	가족내 흡연율	가족내 음주율
운동	<b>r</b>	<b>.565</b>					
	p	.000					
	(2-tailed)						
스트레스 관리	<b>r</b>	<b>.533</b>	<b>.377</b>				
	p	.000	.000				
	(2-tailed)						
건강 책임	<b>r</b>	<b>.657</b>	<b>.493</b>	<b>.598</b>			
	p	.000	.000	.000			
	(2-tailed)						
가족내 흡연율	<b>r</b>	<b>-.027</b>	<b>-.034</b>	<b>-.089</b>	<b>-.076</b>		
	p	.648	.574	.136	.203		
	(2-tailed)						
가족내 음주율	<b>r</b>	<b>-.106</b>	<b>-.161</b>	<b>-.152</b>	<b>-.114</b>	<b>.373</b>	
	p	.078	.007	.011	.058	.000	
	(2-tailed)						

### 3. 가족의 건강생활양식과 건강상태와의 관계

대상 가족의 건강생활양식 실천정도와 가족의 건강상태와의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구해본 결과, 가족의 건강상태과 가족내 흡연율( $r=-.168$ ,  $p=0.006$ ), 가족내 음주율( $r=-.247$ ,  $p=0.000$ ) 등이 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 가족내 현재 흡연하는 가족 구성원의 비율이 높을수록, 가족내 주 3회 이상 음주하는 가족 구성원이 많을수록 가족의 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다<표 14>.

<표 14> 가족의 건강상태와 가족의 건강생활양식과의 상관관계

항 목	r	P-Value(2-tailed)
영 양	-.041	.503
운 동	-.070	.248
스트레스관리	.056	.361
건강책임	-.089	.142
건강생활양식	-.061	.317
가족의 흡연율	-.168	.006
가족의 음주율	-.247	.000

#### 4. 가족의 건강상태에 대한 회귀분석

대상 가족의 건강상태에 영향을 미치는 각 요인을 알아보기 위하여 각 변수들을 이용한 회귀 분석을 한 결과 가족내 음주율만이 가족의 건강상태를 설명할 수 있는 유의한 변수였으며, 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원들의 비율이 높아짐에 따라서 가족의 건강상태는  $-5.8E-02$ 만큼 나빠지는 것으로 나타났다<표 15>.

<표 15> 가족의 각 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

변수	회귀계수	표준회귀계수	t값	P-value
결속력	6.294E-02	.096	.965	.335
적응력	-4.6E-02	-.059	-.724	.470
영양	-1.7E-02	-.018	-.194	.846
운동	-.114	-.113	-1.425	.156
스트레스관리	.141	.152	1.562	.120
건강책임	-.144	-.170	-1.765	.079
가족내흡연율	-2.2E-02	-.096	-1.366	.173
가족내음주율	-5.8E-02	-.215	-3.054	.003
(상 수)	16.918		11.069	.000
R square= .107    F=3.361    Signif. p = 0.001				

## V. 논 의

### 1 . 연구 대상에 대한 토의

가족 단위의 건강 증진은 1980년대에 나타나기 시작했으며, 최근 들어 가족 건강 증진에 대한 인식이 높아졌다고는 하지만, 가족 건강증진에 대해 기술하고, 가족건강증진을 위한 중재의 효과성을 입증하는 연구에는 제한점들이 있어 왔다(Duffy, 1988, Loveland-Cherry, 1996). 그러므로 지속적으로 가족건강증진을 위한 모형을 발달시키고, 시험하는 노력이 필요하다. 그러나 이론에 기초한 가족 연구는 초보 단계에 있으며, 이 영역에 있어서 새로운 지식들을 구축하여야 할 것이다(Bomar, 1990). 이에 본 연구에서는 가족을 단위로 한 건강생활양식에 대한 탐색적 연구의 일환으로서 가족의 인구·사회학적 특성, 가족의 기능적 특성 및 가족의 건강생활양식을 조사하고 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태간의 관계를 밝혀 보고자 하였다. 따라서 본 연구에서 연구의 대상자를 가족을 단위로 하여 가족의 제특성들과 가족의 건강생활양식 및 가족의 건강상태 등을 분석하였다는 점에서 이 연구의 의의가 있다. 그러나 연구 대상이 일 여자 고등학교 2,3학년 학생의 가족만을 대상으로 하였고, 대상가족들이 대개 사춘기 자녀를 둔 가족발달주기에 속하는 가족이었다는 점에서 우리 나라 모든 가족 전체로 확대 해석할 수는 없다.

자료 수집은 일선 사회 과목 담당 선생님들께서 사회 조사법에 관한 수업을 하면서 본 설문지의 취지와 목적을 설명한 후, 설문지를 배포하였다. 인구사회학적 조사표와 가족의 건강상태에 대한 조사는 여고생이 각 가정에서 가족구성원들을 면접 조사하도록 하였으며, 가족의 결속력·적응력 평

가척도와 가족의 건강생활양식에 관한 설문은 여고생이 직접 본인의 생각 대로 작성하도록 한 후 회수하였는데, 86.6%의 비교적 높은 회수율을 나타 내었다.

본 연구에서 사용된 연구도구인 가족의 결속력·적응력 평가 척도 (FACES III)는 가족용으로 개발된 것이며, 가족의 건강생활양식에 관한 문항은 Pender(1996)의 가족에서 사정되어야 할 건강생활양식영역을 바탕으로 구성되었으므로, 가족 단위의 자료수집을 위한 도구로써는 무리가 없었다고 판단된다. 그러나, 가족의 건강상태에 대한 자료를 수집할 때, 모든 가족의 증상이나 관련된 건강행동을 측정하는데 있어 하나의 정보원만을 이용하는 것은 자료의 타당성에 위협이 될 수 있으며, Gillis(1983)는 가족 건강에 대한 총합은 가족 구성원 개개인을 대상으로 하여 합할 경우 더욱 정확하게 나타날 수 있다고 하였다. 하지만, 본 연구에서는 개인의 자각증상을 기초로 개인의 건강상태를 측정하도록 개발된 도구를 사용하여, 여고생 자녀가 가족에게 면접조사하도록 한 점은 자료의 타당성을 확보할 수 없었다는 제한점을 갖는다.

한편, 가족 전체를 대상으로 한 자료 수집과 분석은 실질적으로 많은 시간과 인력을 요구하는 것이 대부분이며 가족 대상의 자료 수집을 위한 간단한 도구 개발을 통해 효율적인 보건간호사업의 효율성을 높일 수 있을 것이다(방숙명, 1994). 따라서 본 연구에서는 가족 구성원 전체를 대상으로 한 자료 수집과 분석이 용이하지 않아 가족 중 한 구성원만을 정보원으로 이용하였으나, 아직까지 이루어진 바가 없는 가족 단위의 건강생활양식과 가족의 건강상태를 평가함으로써 그 관계를 살펴보고자 하였는데 이 연구의 충분한 의의가 있다고 생각된다.

## 2. 연구 자료 및 방법에 대한 토의

이 연구는 가족의 건강생활양식을 중심으로 가족의 인구·사회학적 특성을 비롯하여 가족의 기능적 특성인 결속력과 적응력을 조사하고, 이들이 가족의 건강생활양식에 미치는 영향과 나아가 이러한 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태의 관련성을 밝히고자 다음의 단계를 거쳐 접근하였다.

제 1단계로 가족의 인구·사회학적 특성과 가족의 건강생활양식과의 관련성을 구명하기 위해 t-test 및 ANOVA로 분석하였다. 가족의 인구·사회학적 특성을 독립변수로 하여 가족의 건강생활양식의 실천정도를 알아보는 데 있어서는 본 연구가 단면적인 연구이기는 하지만 인구·사회학적 특성이 고정된 변수이기 때문에 인과성을 판단할 수 있을 것으로 보았다(오장균, 1998).

제 2단계로 가족의 기능적 특성과 가족의 건강생활양식과의 관련성을 구명하기 위해 가족의 기능적 특성과 가족의 건강생활양식과의 Pearson 상관계수를 구하였다.

제 3단계로 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태와의 관련성을 구명하기 위해 가족의 건강생활양식과 가족의 건강상태와의 Pearson 상관관계를 구하였다.

제 4단계로 가족의 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 회귀분석을 하였다. 여기서 건강생활양식과 건강상태와의 관계를 연구하는데 있어 관심 중 하나는 이 둘간의 방향성에 관한 것이다. 즉 건강행위 자체가 건강수준이나 사망률에 영향을 주는 것인지, 아니면 건강행위의 효과가 아니라 애초에 건강상태가 좋지 않기 때문에 건강행위를 실천하지 못하는 것으로 기존의 질환 때문에 사망률이 증가하는 것인지에 대한 의문이

제기된다. 한 시점에서 볼 때 실제로 진단되지 않은 암환자나, 초기 신질환자들은 특별한 증상이 없어도 건강수준이 나쁘다고 인식하게 되며 동시에 이들은 건강수준이 나쁘기 때문에 건강행위 실천율이 낮고 결국 사망할 확률이 크다. 즉 건강행위가 낮은 원인은 건강수준이 낮기 때문으로 이때의 건강의 결과(사망률)는 건강행위를 하지 않은 직접적인 효과라기 보다는 기존의 지병 때문일 것이라는 것이다(Hammond & Garfinkel, 1966; Thomas., 1978). 이것을 밝히는 가장 합당한 방법은 시계열 연구인데 이에 대한 결론은 Alameda County에서 실시한 연구에서 밝혀지게 되었다. 이 연구의 9년간의 추적조사에 따르면 사망률(건강수준)의 결과는 연구시작 당시의 기존의 건강수준의 결과라기 보다는 건강행위실천의 결과로 인정받았다(Breslow & Enstrom, 1980). 따라서 본 연구에서도 가족의 건강생활양식을 독립변수로 하고 가족의 건강상태를 종속변수로 한 분석이 타당성 있는 것으로 판단되었다.

가족의 건강생활양식은 Pender(1996)가 제시한 가족의 건강생활양식으로 사정(assessment)되어야 할 영역들을 기초로 조사되었는데 이는 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역들이 포함되어 있으며, 그 밖에 흡연과 음주에 관한 문항을 추가하였다. 여기서 사용된 가족의 건강생활양식에 관한 도구는 외국의 가족을 대상으로 하여 개발된 문항들이기 때문에 우리나라의 사회·문화적인 특성을 반영하고 있지 못한 제한점을 갖고 있다. 특히 연구 결과 중에서 ‘우리가족은 음식을 구입할 때, 겉에 표시된 영양 구성표를 확인하고 구입 여부를 결정한다’는 영양 영역 중 가장 낮은 평균 점수를 얻은 것으로 나타났는데, 실질적으로 우리나라의 음식들의 대부분이 영양 구성표를 부착하고 있지 않은 상황을 고려해 보았을 때, 낮은 평균 점수를 얻을 수밖에 없는 사회적 특성의 차이를 반영하고 있다고 볼 수 있겠다.

그리고 가족의 흡연 기준에 있어서는 가족 구성원 중 현재 흡연여부에 대한 기준만을 고려하고, 흡연의 정도와 기간에 대해서는 고려하지 못하였다. 그리고, 가족의 음주에 대한 기준에서는 회수만으로 기준에서 고려한 제한점이 있다. 음주에 대한 기준은 매우 다양한데, 이윤환(1992)의 연구에서는 일주일에 소주 반병에서 매일 소주 반병을 마시는 경우를 적절한 음주량으로 정의하였으며, 이순영 등(1995)의 연구에서는 전혀 마시지 않거나 매일 마시는 경우를 제외한 한달에 1회 이상 마시거나 일주에 4회 이하 마시는 경우를 적당량의 음주로 정의하였다. 한편 우리나라에서 1995년도에 실시한 보건의식행태에 대한 조사에서는 월 2~4회 술을 마시는 사람이 36.3%, 주 2~4회 술을 마시는 사람이 35.7%로 나타났다(남정자 등,1995). 그리고 본 연구에서는 주 3회 이상 술을 마시는 가족구성원의 가족내 비율로서 분석하였다. 한편 가족의 건강상태에 대한 측정은 코넬의학지수를 이용하였는데, 미국에서 코넬의학지수에 의한 건강상태 평가는 신뢰성과 타당성이 있는 도구로써 많은 연구에 사용되고 있으며(Buros, 1978), 또한 건강에 대한 문제점을 발견하는데 많이 사용되어 그 이용가치를 널리 인정받고 있다(Brodman et al.,1951, 1952). 그러나 본 연구에서는 가족 구성원들의 자각 증상을 여고생인 자녀가 면접 조사하도록 하였으며, 가족 구성원 중 한 사람이라도 각 문항의 자각 증상을 느끼는 사람이 있을 경우 '예'로 응답하도록 하였다. 따라서, 한 가족 내에서 많은 가족 구성원이 하나의 같은 자각 증상을 갖고 있는 경우와 한 가족 구성원이 하나의 자각 증상을 갖고 있는 경우간에 똑같은 결과로 나타나기 때문에 이와 같은 경우에 대한 변별력이 떨어졌을 것으로 생각된다. 그리고, 자각 증상이 나타났던 기간을 제시하지 못하여 가족마다 다른 기준으로 응답했을 가능성이 있다.



### 3. 연구 결과에 대한 토의

#### 1) 가족의 특성과 건강생활양식

##### 가. 가족의 인구사회학적 특성과 가족건강생활양식과의 관계

가족 구성원들의 연령에 따른 가족의 건강생활양식에 대한 분석에서는 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임, 가족내 흡연율, 가족내 음주율 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 개인을 대상으로 한 Walker등(1988)의 연구에서 연령이 자아실현, 건강책임, 영양 및 스트레스관리에 영향을 주는 반면, 운동에는 영향을 주지 못한다고 했던 연구 결과와는 대부분 상충되는 것이지만, 이는 대상 가족들이 같은 가족주기에 속해 있고, 부모와 자녀의 나이가 각각 40~49세, 10~19세에 밀집되어 있고, 부모와 자녀의 건강생활양식을 함께 측정했기 때문인 것으로 생각된다.

부모의 학력은 고졸 이상인 경우가 가장 많았으며, 부모 모두 고졸 이상인 가족이 234가족으로 85.7%를 차지하였다. 아버지의 교육수준은 가족의 건강생활양식 중 운동 영역에서 유의한 차이를 나타내었는데, 아버지의 교육 수준이 높을수록 운동 영역의 평균 점수가 높았다. 그리고, 어머니의 교육 수준에서 따라서는 가족의 영양, 운동, 스트레스 관리 영역과 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임을 합하여 구한 건강생활양식에서 평균 점수간의 유의한 차이가 있었는데, 어머니의 교육 수준이 높을수록 영양, 운동, 스트레스 관리 및 건강생활양식의 평균 점수가 높게 나타났다. 이는 어머니의 교육 수준이 자녀의 건강생활양식에 영향을 미친다는 Farrand와 Cox(1993)의 연구와 일치하며, 나아가 가족 전체의 건강생활양식에 어머니의

교육 수준이 중요한 변수로 작용함을 알 수 있다. 따라서 가족의 건강생활양식을 향상시키기 위해서는 어머니를 중심으로 한 교육 프로그램을 개발하는 것이 효율적이라고 본다.

부모의 직업 분포는 아버지의 직업에 따라서는 가족의 건강생활양식이 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나 어머니의 직업에 따라서는 어머니가 관리자 및 전문가일 때 건강책임 영역과 각 영역들을 합한 건강생활양식의 평균 점수가 가장 높은 것으로 나타났고, 어머니가 주부일 때 영양 영역의 실천 정도가 가장 높았다. 한편, 부모가 모두 맞벌이인 경우와 아버지만 직업을 가지고 있는 경우를 분석한 결과 맞벌이인 가족보다 아버지만 직업을 가지고 있는 가족의 건강생활양식과 영양의 실천 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 어머니가 전업 주부인 경우 가족들의 영양 관리를 위한 시간을 더 많이 할애 할 수 있기 때문이라고 생각되며, 여성의 사회 진출이 점차 증가하는 사회적인 변화를 고려할 때, 어머니가 직업을 가지고 있는 경우 이들 가족들의 영양 관리와 건강생활양식을 실천할 수 있도록 지지(Support)해 줄 수 있는 체제가 필요하다고 생각된다. 또한 이상에서 볼 때, 가족의 건강생활양식의 실천에 영향을 미치는 변수로써 어머니의 인구·사회학적 특성이 매우 중요한 변수로 작용하며, 가족의 건강생활양식을 개선하기 위해서는 어머니의 역할이 크다는 것을 알 수 있다.

부모의 결혼 상태는 부모가 결혼한 경우가 270가족(96.1%)으로 가장 많았으며, 사별, 이혼, 별거한 가족이 11가족으로 전체의 3.9%를 차지하였는데, 사별, 이혼, 별거한 가족의 수가 적어 결혼상태에 따른 가족의 건강생활양식의 실천 정도의 차이에 대한 분석은 하지 않았다.

가족의 종교에 따른 가족건강생활양식의 각 영역별 차이를 분석한 결과, 가족의 영양 및 건강책임, 건강생활양식에서 유의한 차이를 보였다. 가족의

종교가 일치하는 경우 가족의 종교가 일치하지 않거나 없는 경우보다 영양, 건강책임, 건강생활양식 실천을 더 잘했다. 사람들은 자신의 가치관이나 이념에 따라 행동한다. 따라서 종교를 가지고 있는 사람들은 종교적 규율에 근거한 생활방식을 가지며(Folta, 1995), 종교가 있는 사람일수록 건강증진행위도 높은 것으로 보고 되고 있다(김정희,1985; 손영희,1993; 정영옥,1995). 특히 가족내 종교가 일치하는 경우, 이는 가족의 결속력을 높일 것으로 생각되며, 가족의 결속력은 개인의 건강생활양식을 잘 실천하는데 기여한다고 알려져 있다(김은희, 1996; 박재순, 1995). 따라서 가족의 종교가 일치하는 경우 가족의 건강생활양식의 실천 정도가 높게 나타난 것으로 생각된다.

가족의 월평균 총소득은 101~200만원인 경우가 115가족으로 45.5%를 차지하였다. 가족의 월평균 총소득에 따라서는 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 및 건강생활양식의 평균 점수가 각각 유의하게 차이가 있었는데, 모두 가족의 월평균 총소득이 높아질수록 각각의 건강생활양식의 실천 정도가 높았으며, 경제 수준이 높을수록 개인의 건강생활양식의 실천을 잘 한다는 정연강(1992)과 전정자 등(1996)의 연구 결과와 일치한다.

가족의 크기는 5명 이하인 가족이 91.1%로 243가족이었으며, 가족수에 따라서는 가족내 흡연율이 유의한 차이를 보여 가족의 수가 작아질수록 흡연하는 가족 구성원의 비율이 높아졌다. 또한 가족의 유형에 따라서는 핵가족 형태가 241가족으로 84.6%를 차지하였으며, 확대가족이 핵가족에 비하여 현재 흡연하는 가족 구성원의 비율과 주 3회 이상 음주를 하는 가족의 비율이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 가족내에 어른을 모시고 살아감에 따라, 조부모의 규율과 통제에 의해 건강위해행위라고 할 수 있는 흡연과 음주를 하는 가족 구성원의 비율이 더 낮아지는 것으로 생각된다.

#### 나. 가족의 기능적 특성과 가족의 건강생활양식의 관계

가족의 기능적 특성과 건강생활양식 각 영역과의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구해본 결과 가족의 결속력이 높을수록 가족의 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임 영역과, 각 영역을 합한 점수인 건강생활양식의 실천 정도가 높았다. 또한 가족의 적응력이 높을수록 가족의 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임 및 각 영역을 합한 점수인 건강생활양식의 실천 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 김은희(1996)의 중학생들을 대상으로 한 연구에서 부모간 화목도, 가족의 응집력, 그리고 가족의 적응력이 높을수록 자녀의 바람직한 건강행위의 점수가 높다고 한 결과와 박재순(1995)의 연구에서 가족기능이 높을수록 중년여성들이 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타난 결과를 반영하고 있으며, 가족의 적응력과 응집력이 높을수록 가족 단위의 바람직한 건강생활양식의 실천 정도 또한 높다고 할 수 있다. 한편, 가족의 결속력이 높을수록 현재 흡연하는 가족 구성원의 비율과 주 3회 이상 음주하는 가족구성원의 비율이 낮아지고, 가족의 적응력이 높을수록 주 3회 이상 음주하는 가족 구성원의 비율이 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 Fisher 등(1992)은 가족의 결속력이 높을수록 남편의 음주율을 낮춘다고 하는 결과와 Wampler 등(1993)의 연구에서 가족의 적응력 및 응집력과 알콜중독의 위험성에 대한 연구에서 가족이 기능을 잘 못할 때, 자녀의 알콜 중독의 위험성이 높아진다고 하는 결과를 반영하고 있다.

## 2) 가족의 건강생활양식의 영역간 관계

가족의 건강생활양식의 각 영역간 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구해본 결과, 가족의 건강생활양식 중 영양 영역에서는 운동, 스트레스관리, 건강책임 등과 양의 상관관계가 있었으며, 운동영역에서는 영양, 스트레스 관리, 건강책임 등과 양의 상관관계가 있었고, 운동과 가족내 음주율간에 음의 상관관계가 있었다. 스트레스 관리에서는 영양, 운동, 건강책임 등과 양의 상관관계가 있었고, 스트레스 관리와 가족내 음주율과는 음의 상관관계가 있었다. 그리고, 건강책임 영역에서는 영양, 운동, 스트레스 관리 등과 양의 상관관계가 있었다. 마지막으로 가족내 음주율과 흡연율에는 서로 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 따라서 바람직한 각 영역의 바람직한 건강생활양식을 잘 실천하는 가족은 다른 영역의 바람직한 건강생활양식도 잘 실천하는 것으로 나타나고, 건강위해행위라고 할 수 있는 음주와 흡연에서도 현재 흡연을 하고 있는 가족 구성원의 비율이 많은 가족일수록 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원의 비율 또한 높아지는 것으로 나타났다. 이는 권수진(1996)의 청소년을 대상으로 한 연구에서 음주, 흡연, 불규칙한 식사, 커피를 마시는 등의 건강저해행위들이 서로 관련성을 맺고 있다는 결과와 일치하며, 개인에게서 각 건강행위가 개별적으로 이루어지는 것이 아니라 서로 긴밀한 상호관련성을 가지고 나타난다고 하는 일정성이 가족 단위에서도 나타나는 것을 확인할 수 있었다. 그리고, 가족의 스트레스 관리와 가족내 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원의 비율간에는 음의 상관관계가 있었는데, 이는 오장균(1998)의 사업장 근로자들을 대상으로 한 연구에서 스트레스가 많을수록 음주량이 많아진다는 결과를 반영한다고 할 수 있으며, 스트레스 관리를 잘 못하는 가족일수록 주 3회 이상 음주하는 가족구성원이 많다고 할 수 있다.

### 3) 가족의 건강생활양식과 건강상태

가족의 건강생활양식 실천 정도와 가족의 건강상태와의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관계수를 구해본 결과 가족의 가족내 흡연율과 가족내 음주율이 가족의 건강상태와 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 가족 내에서 현재 흡연하는 가족구성원이 많을수록, 그리고 주 3회이상 음주하는 가족 구성원이 많을수록 가족의 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다. 이는 기존에 이루어진 개인의 흡연율과 음주율이 개인의 건강상태에 미치는 영향에 대해 이루어진 연구 결과들(CDC report, 1989; Room and Day, 1974)을 반영하고 있다. 한편, 다른 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강 책임 영역의 건강생활양식과 건강상태간에 유의한 관계가 밝혀지지 못한 것은 앞에서 논의되었던 건강상태 측정에 따른 각 제한점들에서 기인한 것으로 여겨진다.

그리고, 대상 가족의 건강상태에 영향을 미치는 각 요인을 알아보기 위하여 각 변수들을 이용한 회귀 분석을 한 결과 가족내 음주율만이 가족의 건강상태를 설명할 수 있는 유의한 변수( $t=-3.054$ ,  $p=0.003$ )였으며, 가족의 음주율이 높아짐에 따라 가족의 건강상태는  $-5.8E-02$ 만큼 나빠지는 것으로 나타났다. 이는 이미 분석한 가족의 기능적 특성과 가족의 건강생활양식간의 높은 상관관계를 고려하여 볼 때, 가족의 기능적 특성이 좋을수록 가족의 건강생활양식의 실천 정도가 높지만, 회귀모형에서 각 변수들을 통제하며 분석하였을 때는 가족의 기능적 특성이 가족의 건강상태에 직접적으로 영향을 미치는 변수로서의 유의성은 낮게 나타난 것으로 판단된다. 그리고 많은 변수들 중에서 가족의 음주율만이 가족의 건강상태를 예측하는 변수로 유의하게 나타난 것은 비록 그 설명력이나 회귀 계수의 기울기 정도는 낮으나, 지역 사회에서 많은 가족들을 대상으로 한 간호 사업을 할

때, 가족의 건강생활양식 중 가족의 음주에 대한 영역이 가족의 건강상태를 판단하기 위해 필수적으로 포함시켜야 할 영역이면서, 가족의 건강상태를 효율적으로 판단하는 근거가 될 수 있다는 가능성을 제시하였다고 본다.

이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 연구 대상이 고등학교 학생 자녀를 둔 일부 가족으로 국한되어 있으므로 결과를 일반화하기 어렵다.

둘째, 본 연구에서는 가족의 신체적 건강상태 및 가족의 건강생활양식을 측정하는 도구에 대한 타당도 검증 없이 연구가 이루어졌다.

셋째, 본 연구에서는 가족의 건강생활양식에 대한 우리나라의 사회·문화적인 여러 변수들이 제외되었다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 가족을 대상으로 건강생활양식 수행정도를 파악하고, 가족의 인구·사회학적 특성, 기능적 특성 및 가족의 건강상태 등과의 관계를 규명함으로써 가족을 대상으로 한 효과적 건강증진사업의 기초자료를 제공하기 위하여 시도된 탐색적 기술 연구이다.

연구 대상은 서울의 일 여자 고등학교의 2,3학년 학생 중에서 370명을 임의 추출하여 286학생을 대상으로 하였으며, 자료수집은 2000년 5월 10일부터 20일까지 가족에 대한 질문지를 배포하여 실시하였다.

연구 도구는 대상 가족의 인구·사회학적인 특성에 관한 설문지와, 가족의 기능적 특성을 측정하기 위해서는 가족적응력·결속력 평가척도(FACES III)를, 가족의 건강상태를 측정하기 위해서는 코넬의학지수(C.M.I.)를, 그리고 가족의 건강증진 생활 양식을 측정하기 위해 Pender(1996)가 제시한 가족의 건강 관련 생활양식에 대한 사정 영역을 기초로 한 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강 책임과, 흡연 및 음주에 관한 설문지를 작성하여 사용하였다.

자료분석은 대상가족의 인구·사회학적 특성을 확인하기 위하여, 평균, 표준편차, 백분율을 산출하였고, 대상가족의 인구사회학적 특성과 가족적응력, 가족결속력, 가족건강상태, 및 가족의 건강생활양식 등간의 관계를 검증하기 위하여 t-test, ANOVA, Pearson 상관계수, 회귀분석 등을 실시하였으며, 이는 SPSS 통계프로그램을 이용하여 분석하였다.

본 연구의 주요결과는 다음과 같다.



## 1 . 가족의 인구·사회학적 특성 및 기능적 특성

아버지와 어머니의 평균 연령은 각각 47.33세, 43.92세였으며, 자녀들의 평균 연령은 16.54세였다. 아버지와 어머니의 학력은 각각 고졸 이상인 경우가 가장 많았으며, 부모의 직업 분포는 아버지의 경우 서비스 근로자 및 판매 근로자가 가장 많은 수를 차지하였으며, 어머니의 경우 주부인 경우가 가장 많았다. 가족의 종교는 가족의 종교가 일치하는 가족이 109가족으로 39.4%를 차지하였으며, 그 밖에 종교가 없거나 다양한 가족은 168가족으로 60.6%를 차지하였다. 가족의 월평균 총소득은 250만원 이상인 경우가 가장 많은 비율(23.7%)를 차지하였다. 평균 가족수는 4.31명이었으며, 핵가족 형태가 241가족으로 84.6%를 차지하였다.

대상가족의 기능적 특성은 결속력의 경우 평균 27.62로 12~40점의 범위를 보였으며, 적응력의 경우 평균 22.68로 10~37점의 범위를 나타냈다. 조사대상가족의 결속력과 적응력을 합한 값으로 얻은 가족 기능 점수는 평균 50.31점으로 최저 28점에서 최고 74점이었다.

## 2. 가족의 건강생활양식

대상가족의 건강생활양식은 영양 영역에서 평균 15.80점, 운동 영역에서 14.66점, 스트레스 관리에서 17.42점, 건강책임에서 15.77점의 점수를 얻었으며, 각 영역의 합인 가족건강생활양식의 평균 점수는 64.08점으로 최저 34점에서 최고 101점이었다. 대상가족의 가족내 음주율을 조사한 결과, 가족 구성원 모두 주 3회 미만 음주를 하는 가족이 168가족(60.6%)이었고, 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원이 가족 중 1~25%를 차지하는 경우

가 88가족(31.8%)이었다. 대상가족의 가족내 흡연율을 조사한 결과, 가족 구성원 중 아무도 현재 흡연을 하지 않는 가족이 103가족(36.6%)이었으며, 가족 구성원 중 1~25%가 현재 흡연을 하는 경우가 138가족(48.6%)이었다.

대상가족의 인구·사회학적 특성과 가족의 건강생활양식 실천 정도와의 관계를 분석한 결과, 아버지의 교육 수준이 높을수록 운동 영역의 평균 점수가 높았고 어머니의 교육 수준이 높을수록 영양, 운동, 스트레스 관리 및 건강생활양식의 실천 정도가 높았다. 가족의 건강생활양식과 부모의 직업에 따라서는 어머니가 주부일 때 영양이, 전문가와 관리자일 때 가족의 건강책임과 건강생활양식의 실천정도가 높았다. 한편, 부모가 모두 맞벌이인 경우와 아버지만 직업을 가지고 있는 경우를 분석한 결과 맞벌이인 가족보다 아버지만 직업을 가지고 있는 가족의 영양과 건강생활양식의 실천 정도가 높았다. 가족의 종교가 일치하는 경우 가족의 종교가 일치하지 않거나 없는 경우보다 영양, 건강책임, 건강생활양식의 실천 정도가 더 높았다. 그리고, 가족의 월평균 총소득이 높아질수록 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임 및 건강생활양식의 실천 정도가 높았다. 가족의 수가 작아질수록 현재 흡연을 하는 가족 구성원의 비율이 높아졌으며, 확대 가족이 핵가족에 비하여 현재 흡연을 하는 가족 구성원의 비율과 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원의 비율이 낮았다.

가족의 기능적 특성에 따른 가족의 건강생활양식을 분석한 결과, 가족의 결속력이 높을수록 가족의 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임, 건강생활양식의 실천 정도가 높게 나타났다. 그리고, 가족의 결속력이 높을수록 현재 흡연을 하는 가족 구성원의 비율과 주 3회 이상 음주를 하는 가족구성원의 비율이 낮은 것으로 나타났다. 그리고, 가족의 적응력이 높을수록 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임, 건강생활양식을 잘 실천 정도가 높은 것으로 나타났다. 한편, 가족의 적응력이 높을수록 주 3회 이상 음주를 하는 가족

구성원의 비율이 낮은 것으로 나타났다.

가족의 건강생활양식 영역별 관계에 대한 분석에서는 영양과 운동, 영양과 스트레스 관리, 영양과 건강책임, 운동과 스트레스 관리, 운동과 건강책임, 스트레스 관리와 건강책임이 양의 상관관계가 있었고, 운동 및 스트레스 관리를 잘 실천하는 가족은 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원의 비율이 낮은 것으로 나타났다. 그리고, 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원의 비율이 높은 가족은 현재 흡연을 하는 가족 구성원의 비율도 높은 것으로 나타났다.

### 3. 가족의 건강상태

대상가족들의 건강상태의 평균 점수는 14.92였으며, 최저 3점에서 최고 22점이었다. 대상가족들이 가장 많이 호소하는 건강문제는 '자주 눈에 피로가 오거나 또는 충혈되는 가족이 있다'와 '갑작스럽게 현기증(어지럼증)이 나는 가족이 있다'로 179가족이 이러한 증상을 가지고 있었다.

가족내 현재 흡연하는 가족 구성원의 비율과 주 3회 이상 음주하는 가족구성원의 비율이 가족의 건강상태와 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 대상 가족의 건강상태에 영향을 미치는 각 요인으로 주 3회 이상 음주하는 가족구성원의 비율만이 가족의 건강상태를 설명할 수 있는 유의한 변수였다.

이상의 연구 결과, 가족의 인구·사회학적 특성, 가족의 기능적 특성인 결속력과 적응력은 가족 단위의 건강생활양식과 관계가 있으며, 가족 구성원의 음주와 흡연은 가족의 건강상태와 관계가 있다고 결론 내릴 수 있다.

따라서 가족의 건강증진을 위해서는 가족의 기능을 향상시키고 가족의 건강생활양식을 개선함으로써 가족의 건강을 향상시킬 수 있을 것이다.

본 연구의 결과를 토대로 앞으로 계속 추구되어야 할 연구의 과제를 다음과 같이 제언한다.

첫째, 대표성을 확보하기 위해 대상 가족의 표본수를 많이 하고, 표본 추출에 의한 편견을 줄인 연구를 하며, 연구 결과의 일반화를 위해 반복 연구를 시행할 것을 제언한다

둘째, 다양한 가족발달주기에 있는 가족들을 대상으로 하여 가족의 건강생활양식을 특성을 비교 연구 할 것을 제언한다.

셋째, 가족에 대한 타당하고 신뢰성 있는 자료를 수집하기 위해서는 가족 구성원 모두에게서 수집을 한 자료와 가족을 단위로 한 자료를 비교 검증하는 연구가 이루어져야 할 것이며, 건강생활양식과 건강상태에 대해 가족을 단위로 하여 측정할 수 있는 도구개발 연구가 이루어져야 한다.

넷째, 우리 나라 가족들의 건강생활양식에 대한 문화·인류학적 연구를 통하여 우리 나라의 가족들에서 나타나는 건강생활양식의 특성과 요인들을 고려한 연구를 제언한다.

다섯째, 가족 이론과 건강행위 이론 등을 근거로 하여 가족의 건강생활양식에 영향을 미칠 수 있는 다른 많은 변수들을 고려한 연구를 제언한다.

여섯째, 가족의 건강상태에 대한 연구에서 가족의 신체적 건강뿐만 아니라 정신적, 사회적, 영적 측면 등을 고려한 연구를 제언한다.

## 참 고 문 헌

- 강귀애. 국민학교 6학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 이화여자대학교 교육대학원, 1992
- 고행금. 고등학생의 건강행위 실태 및 관련 요인. 조선대학교 환경보건대학원, 1997
- 곽오계. 국민학교 아동들의 건강행위에 영향을 미치는 제변인 분석-대구지역을 중심으로-. 연세대학교 보건대학원, 1988
- 권수진. 청소년의 건강행위와 사회적 요인간의 상관관계 분석. 서울대학교 보건대학원, 1996
- 김남영. 가족기능과 가족구성원 건강상태와의 관계. 연세대학교 대학원, 1988
- 김모임, 조원정, 김의숙 등. 대상자 중심의 지역사회간호학. 서울 : 현문사, 1996
- 김순옥. 간호학생과 비간호학생의 건강지각과 건강행위 및 건강상태와의 비교 연구. 연세대학교 교육대학원, 1986
- 김은숙. 건강신념과 치주질환에 대한 예방적 건강행위 이행과의 관계 연구. 연세대학교 보건대학원, 1986
- 김은희. 중학생의 건강행위와 가족환경과의 관계. 경희대학교 보건대학원, 1996
- 김일순. 건강증진 : 새 시대 의료의 새로운 지평. 간호학 탐구 1993;2(2):12-20
- 김의숙. 가족건강. 대한간호 1980;19(5):34-8
- 김의숙. 94년 가족 및 지역사회 건강관리. 연세대학교 보건대학원, 1994

- 김정희. 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 대한 연구. 대한간호학회지, 1985;15(2):49-61
- 김학순. 남녀 고등학생들의 건강에 관한 연구-일부 청소년들의 건강상태와 건강행위를 중심으로-. 충남대학교 대학원, 1991
- 김현실. 사회인구학적 특성과 건강증진생활양식간의 관계분석. 성인간호학회지 1998;10(3):506-22
- 김희주. 입원환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위와 관련요인. 성인간호학회지 1998;10(1):198-207
- 나애정. 군병원 회복기 환자들의 건강증진생활양식정도와 관련된 변인분석. 연세대학교 대학원, 1998
- 남정자, 최창수, 김태정 등. 한국인의 보건의식행태 - 1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사-. 한국보건사회연구원, 1995
- 남호창. 코오넬 의학지수에 관한 연구. 현대의학 1965 I ;2:359-470
- 남호창. 코오넬 의학지수에 관한 연구, 코오넬 의학지수의 간이화. 현대의학 1965 II ;3:471-5
- 노지영. 학생들의 건강행위 관련요인연구. 연세대학교 대학원, 1990
- 대한심신스트레스학회. 스트레스 과학의 이해, 신광출판사, 1997
- 박인숙. 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원, 1995
- 박인숙,주현옥,이화자. 청소년의 건강증진 생활양식과 관련요인연구. 아동간호학회지, 1997;2(1):154-168
- 박재순. 중년 후기 여성의 건강증진 행위 모형구축. 서울대학교 대학원, 1995
- 방숙명. 고위험가족 선별을 위한 위험요인 분석. 연세대학교 대학원, 1994

- 소희영, 이영란, 손식영. 고등학생의 건강행위 결정요소. 성인간호학회지, 1997;9(1):44-54
- 손영희. 일부 서울지역 주민의 건강 일반에 대한 지식·태도 및 실천에 관한 조사 연구. 국립의료원 간전 논문집 1983;4(2):56-59
- 안양희. 고등학교 남학생 가족의 기능적 특성과 정신건강과의 관계-서컴프 렉스 모형을 이용하여-. 연세대학교 대학원, 1988
- 오복자. 건강증진행위의 영향요인분석 - 위암환자중심 -. 대한간호학회지 1995;25(4):681-695
- 오장균. 한 사업장 근로자들의 스트레스, 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석, 연세대학교 보건대학원. 1998
- 이시백 . 일반보건학. 서울 : 서울대학교 출판부, 1994
- 이순영, 손명세, 남정모. 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석. 예방의학회지 1995;28(1):187-205
- 이윤환. 음주가 사망에 미치는 영향. 연세대학교 보건대학원, 1992
- 이정렬, 박신애. 역학과 건강증진. 서울 : 수문사, 1996
- 전정자, 김영희. 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지 1996;8(1):41-54
- 정연강. 학생의 건강행위, 신념, 가치 및 보건의료이용에 미치는 영향에 관한 연구-가족의 형태 및 제특성을 중심으로-. 서울대학교 대학원, 1992
- 정영옥. 일부 농촌주민의 건강증진 생활양식 수행정도. 경북대학교 보건대학원, 1995
- 정현용. 가족구성원의 가족환경에 대한 지각 불일치와 가족건강상태와의 관계에 대한 연구. 연세대학교 대학원, 1984

- 조원정, 장은희. 농촌 지역사회 주민의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사 연구. 대한간호 1982;21(4):47-63
- 홍은영. 고혈압 환자의 건강통제위성격, 가족지지 및 건강행위 이행과의 관계 연구. 중앙의학 1989;54(2):149-157
- American Nurses' Association. A Social Policy Statement-American Nurses' Association, Kasas City:ANA Press, 1980
- Ameringen MRV, Arsenault A, Dolan SL, Intrinsic job stress and diastolic blood pressure among female hospital workers, 1988
- Baranowski T, Nader PR. Family Health Behavior. In: Health, illness and families. A life-span perspective(eds). Turk, DC, Kerns, RD. New York: John Wiley & Sons. 1985
- Bausell RB. Health-seeking behavior among the elderly. Gerntologist 1986;26:556-559
- Beavers WR. Psychotherapy and Growth: A Family System Perspective. New York:Brunner/Mazel, 1977
- Berkman LF, Breslow L. Health and Ways of Living, The Alameda County Study, 1983
- Bomar PJ. Nurses and Family Health Promotion : Concepts, Assessment, and Interventions(2nd ed). W.B. Saunders Company, 1996
- Bomar PJ. Perspectives on family health promotion. Fam Community Health 1990;12(4):1-11
- Boyle JS. Constructs of health promotion and wellness in salvadorian population. Public Health Nurs 1982;6(3):129-34
- Breslow L, Enstrom JE. Persistance of health habits and their relationship to mortality. Prev Med 1980;9(4):478-9



- Brodman K, Erdmann AJ, Lorge I, et al. The Cornell Medical Index–Health Questionnaire II, as a diagnostic instrument. *J Am Med Association* 1951;20:152-7
- Brodman K, et al. The Cornell Medical Index. *J Clinic Psychol* 1952;8:119-24
- Brown JS, McCreedy M. The hale Elderly; Health behavior and its correlates. *Research in Nursing & Health* 1986;9:317-29
- Brubaker BH. Health promotion : a linguistic analysis. *Advances in Nursing Science* 1983;April:1-14
- Buros OK. The seventh mental measurements yearbook. N.J.: The Gryphon Press, 1978
- CDC report. Monthly vital report 38, national center for health statistics, 1989
- Cwikel JMG, Dielman TE, Kirscht, JP, et al. Mechanisms of psychosocial effects on health : The role of social integration, coping style and health behavior. *Health Educ Quarterly* 1988;15(2):151-73
- Dawber TR. The Framingham study:The epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge, Harvard University Press, 1980
- Duffy ME. Health promotion in the family : Current findings and directives for nursing research. *J Advanced Nursing* 1988;13:109-17
- Duncan HA Duncan's Dictionary for Nurses(2nd). Springer Publishing Company, 1989
- Farrand LL, Cox CL. Determinants of positive health behavior in middle childhood. *Nursing Research* 1993;42(3):208-13

- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults—the adverse childhood experiences(ACE) study. *Am J Pre Med* 1998;14(4):245-258
- Fisher L, Ransom DC, Terry HE, et al. The California Family Health Project:IV.Family Structure/Organization and Adult Health. *Family Process* 1992;31:399-419
- Folta RH. 영적간호 :기독교의료인/기독교간호원의 역할. 현문사, 1995
- Friedman MM. *Family Nursing: Theory and Practice*(3rd ed). Norwalk, CT : Appleton Lange, 1992
- Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health:the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 1992;34(7):779-788
- Gilliss CL. The family as a unit of analysis :Strategies for the nurse researcher. *Advances in Nursing Sci* 1983;5:50-59
- Gilliss CL. Why family health care? : Gilliss CL, Highley BL, Roberts BM, et al.(eds), *Toward a Science of Family Nursing*. Menlo Park, Calif : Addison-Wesely Publishing CO. ,1989
- Gochman DS(ed). *Health Behavior-Emerging Research Perspectives*, New York : Plenum Press, 1988
- Hammond EC, Garfinkel L. The influence of health on smoking habits. *Nat Cancer Inst Monogram* 1966;19:269-85
- Haskell WL, Blair SN. The physical activity component of health promotion in occupational settings. *Public Health Rep* 1980;95:111-2
- Harris DM, Guten S. Health-protective behavior : An exploratory study. *J Health Soc Behav* 1979;20:17-29

- Hendersen JB, Hall SM, Lipton HI. Changing Self Destructive Behaviors in Health Psychology. San Francisco: Jossey-Bass, 1980
- Hirohata T, Nomura AM, Hankin JH, et al. An epidemiologic study on the association between diet and breast cancer. JNCI 1987; 78: 595-600
- Kane RL, Kane RA, Arnold SB, Prevention and the elderly: Risk factors. Health Serv Res 1985;19:945-1006
- Kim ES. The influence of husband-wife compatibility as measured by FIRO-B and sibling complementarity on the couple's health. Boston Univ, 1978
- Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care : A social behavioral overview. Soc Sci and Med 1974;8:495-519
- Loveland-Cherry CJ. Family system patterns of cohesiveness and autonomy : Relationship to family members' health behaviors (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1982). Dissertation Abstracts International 1983;43: 43-11B,35-37
- Loveland-Cherry CJ. Family health promotion and protection, in Bomar PJ(ed):Nurses and Family Health Promotion:Concepts, Assessment and Interventions.(2nd ed). W.B. Saunders Company, 1996
- Loveland-Cherry CJ. Personal health practices in single parent and two parent families. Family Realations 1986;35(1):133-139
- Matthews KA, Cottingham EM, Talbott E, et al. Stressful work conditions and diastolic blood pressure among blue collar factory workers. Am J Epidemiol 1987;126:280-91
- Minkler, M. Health education, health promotion and the open society : An historical perspective, Health Educ Quarterly 1989;16:17-30

- Morris JN, Heady JA, Rafle PAB, et al. Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet* 1953;2:1053-7
- Morris JN, Marr JW, Clayton DG. Diet and heart. *Br Med J* 1977;2:1307-14
- Olson DH, McCubbi HI, Barnes H, et al. *Family Inventories*(5th ed.). University of Minnesota Press, 1985
- Parse R. A Personal Commitment. *Nurs Sci Quarterly* 1990;3(3):136-40
- Pender NJ, Pender AR. Attitudes subjective norms and intentions to engage in health behaviors, *Nursing Research* 1986;35(1):15-18
- Pender NJ. *Health Promotion in Nursing Practice*(3rd ed.). Norwalk, CT :Appleton-Lange, 1996
- Pratt L. *Family Structure and Effective Health Behavior*. Boston :Houghton-Mifflin, 1976
- Pritikin N, Cisney N. *Dietary recommendations for older Americans: Wellness and health promotion for the elderly*. Rockville MD. Aspen System, 1986
- Prohaska TR, Leventahl EA, Leventhal H, et al. Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *J Gerontol* 1985;40:569-78
- Riffle KI. Health-Promoting behaviors, perceived Social Support, and self-reported health of Appalchiam elderly, *Public Health Nurs* 1989;6(4):204~11
- Robinette CD, Hrubec Z, Fraumeni J. Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans, *Am J Epidemiol* 1979;109:687-700
- Room R, Day N. *Alcohol and mortality:special report to national institute on alcohol abuse and alcoholism*, 1974

- Rothman KJ. Alcohol. In Fraumeni J (ed): Persons at high risk of cancer: an approach to cancer etiology and control. New York. Academic Press, 1975, pp. 139–50
- Snowdon DA, Phillips RL, Fraser GE. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Prev Med* 1984;13:490–500
- Stachtchenko S et al. Conceptual differences between prevention and health promotion : Research Implication for Community Health Programs, 1990
- Thomas L. Notes of a biology-watcher on magic is medicine. *New Engl J Med* 1978;299:461–3
- Tinsley BJ. Multiple influence on the acquisition and socialization of children's health attitudes and behavior:an integrative review. *Child Development* 1992;63:1043–69
- Travis JW. Wellness workbook for health professionals. Hill Valley, CA : Wellness Resource Center, 1977
- Umberson D, Family status and health behaviors:social control as a dimension of social integration *J Hlth soc Behav* 1987;5:306
- US Department of Health and Human Services. Health People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington DC, US Government Printing Offices, 1990
- Venters MH, Jacobs DRJ, Luepker RV et al. Spouse concordance of smoking patterns:the Minnesota Health Survey. *Am J Epidmiol* 1984;120:608
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile:Development and Psychometric Characteristics, *Nur Res* 1987;36(2):76–81

- Walker SN, Volkan K, Sichert KR, et al. Health-Promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advanced Nurs Science* 1988;11(1):76-90
- Wampler R, Fischer J, Tomas M, et al. Young Adult Offspring and Their Families of Origin:Cohesion, Adaptability, and Addiction. *J Substance Abuse* 1993;5(2):195-201
- Wilkinson IM. *Family assessment : a basic manual*, New York, NY : Gardner Press In., 1993
- Willett WC. Implications of total energy intake for epidemiological studies of breast and large bowel cancer. *Am J Clin Nutr* 1987;45:354-60
- World Health Organization. *A Guide to Curriculum Review for Basic Nursing Education : Orientation to Primary Health Care and Community Health*. World Health Organization, Geneva, 1985

안녕하십니까 ?

본인은 연세대학교 보건대학원에 재학중인 대학원생입니다.

본 설문지는 귀하의 가족께서 건강을 위해 실천하고 계신 생활양식을 파악하기 위하여 작성된 것으로 앞으로 건강한 가족을 만들어 가기 위한 중요한 기초 자료로 사용될 것입니다.

이 연구는 여러분 한 사람 한 사람의 의견이 중요한 자료가 되오니 귀하께서 솔직하고 성의있게 답하여 주시면 감사하겠습니다.

주시는 의견은 무기명으로 처리되며 연구 목적 이외에는 절대로 사용되지 않을 것을 약속드립니다.

협조해 주심에 진심으로 감사드립니다.

2000년 5월  
연세대학교 보건대학원  
홍연경을 립

인구사회학적 조사표

※ 다음은 귀하의 가족에 관한 일반적 사항들입니다. 해당되는 항목에 기록하여 주십시오.

항 목	가 족										총 가족수
	아버 지	어머 니	본 인	자 녀	자 녀						
1. 연 령 (만 세)											명
2. 성 별 ① 남 ② 여											
3. 종 교 ①기독교 ②천주교 ③불 교 ④기타( ) ⑤없음											
4. 학 령 ①대학원이상 ②대졸 ③고졸 ④중졸 ⑤초등학교 졸업 ⑥초등학교재학 ⑦안다녔음 ⑧미취학											
5. 직 업 ①입법공무원, 고위임직원 및 관리자 ②전문가 ③기술공 및 준전문가 ④사무직원 ⑤서비스근로자 및 판매근로자 ⑥농업 및 어업 숙련근로자 ⑦기능원 및 관련기능 근로자 ⑧장치, 기계조작원 및 조립원 ⑨단순노무직 근로자 ⑩군인 ⑪학생/재수생 ⑫주부 ⑬무직 ⑭비해당(만 14세 이하)											
6. 키 Cm											
7. 몸무게 Kg											
8. 부모님의 결혼상태	① 미혼 ②유배우/결혼 ③ 사별 ④ 이혼 ⑤ 별거										
9. 가족의 월간 평균 총소득은 대략 얼마입니까?	① 50만원이하 ② 51~100만원 ③101~150만원 ④ 151~200만원 ⑤ 201~250만원 ⑥ 250만원이상										
10. 귀하의 가족은 할아버지 또는 할머니와 함께 사십니까?	① 예 ② 아니오										



다음 문항은 가족의 적응력과 결속력에 대해 기술하고 있습니다.

현재 여러분의 가족을 가장 잘 나타내는 곳에 V표로 기입해 주십시오.

	거의안 그렇다	가끔 그렇다	때때로 그렇다	자주 그렇다
1.우리 가족은 서로 도움을 청한다.	①	②	③	④
2.우리 가족은 문제를 해결할 때 자녀의 의견을 따른다.	①	②	③	④
3.우리 가족은 각자의 친구를 그의 친구로서 받아들인다.	①	②	③	④
4. 우리 가족의 자녀들은 집안에서 자녀들이 지켜야 할 규율에 관해 의견을 말할 수 있다.	①	②	③	④
5.우리 가족은 오로지 우리 가족끼리만 일(예 :집안문제에 대한 결정, 여행, 외식 등)을 한다.	①	②	③	④
6.우리 가족은 상황에 따라서 지도자가 다르다.	①	②	③	④
7.우리가족은 가족외의 다른 사람보다 우리 가족 구성원에 더 친근감을 느낀다.	①	②	③	④
8.우리 가족은 여러 가지 일 처리방법을 때에 따라서 변경한다.	①	②	③	④
9.우리 가족은 서로 같이 자유시간 갖기를 좋아한다.	①	②	③	④
10.우리 집에서 잘못된 일이 생겼을 경우 부모와 자녀가 함께 모여서 잘못된 일에 대한 벌칙에 대하여 토론한다.	①	②	③	④
11.우리 가족은 서로 매우 친근감을 느낀다.	①	②	③	④
12. 우리 집에서는 자녀들이 여러 가지 결정을 한다.	①	②	③	④
13. 우리 가족은 가족이 함께 할 활동(예: 명절, 제사, 생일)에 있어서는 가정구성원이 모두 모인다.	①	②	③	④
14. 우리 집에서는 정해놓은 규칙이 때에 따라서 변하기도 한다.	①	②	③	④
15.우리 가족은 가족으로서 함께 할 수 있는 일(예 : 취미, 오락활동)을 쉽게 생각해 낸다.	①	②	③	④
16.우리 가족은 집안일에 대해 가족 구성원이 교대로 책임을 맡는다.	①	②	③	④
17. 우리 가족은 자신이 결정을 요하는 경우가 있을 때는 다른 가족과 상의한다.	①	②	③	④
18.우리 가족중에서는 누가 지도자인지를 분간하기가 어렵다.	①	②	③	④
19.우리 집에서는 가족이 함께 지낸다는 것은 매우 중요하다.	①	②	③	④
20.우리 집에서는 가족 중에서 누가 집안의 어떤 일들을 하는지 알기 어렵다.	①	②	③	④

가족의 건강조사표

아래에 있는 22개의 문항은 가족의 건강상태에 관한 질문입니다.

각 문항에 대한 여러분 가족의 의견을 조사하여 우측에 있는 “예”, “아니오” 난에 표시해 주십시오.

항 목	예	아니오
1. 자주 눈에 피로가 오거나 또는 충혈되는 가족이 있습니까?	_____	_____
2. 자주 심한 감기에 자주 걸리는 가족이 있습니까?	_____	_____
3. 천식 또는 결핵 환자가 있습니까?	_____	_____
4. 혈압이 높다고 의사가 말한 가족이 있습니까?	_____	_____
5. 호흡곤란(숨쉬기가 어려움)이 자주 일어나는 가족이 있습니까?	_____	_____
6. 다리가 심하게 붓는 가족이 있습니까?	_____	_____
7. 심장이 나쁘다고 의사가 말한 가족이 있습니까?	_____	_____
8. 자주 음식을 먹고 체하는 가족이 있습니까?	_____	_____
9. 늘 소화가 잘 안되고 헛배가 불러 거부하게 느껴지는 가족이 있습니까?	_____	_____
10. 설사 또는 변비가 있는 가족이 있습니까?	_____	_____
11. 치질이 있는 가족이 있습니까?	_____	_____
12. 황달(눈과 피부가 노랗게 되는 증세)이 있는 가족이 있습니까?	_____	_____
13. 가끔 관절이 붓고 아픈 가족이 있습니까?	_____	_____
14. 허리가 아파서 고통스러운 가족이 있습니까?	_____	_____
15. 머리가 무겁거나 심한 두통 때문에 고생하는 가족이 있습니까?	_____	_____
16. 갑작스럽게 현기증(어지럼증)이 나는 가족이 있습니까?	_____	_____
17. 손이나 다리에 쥐가 나는 가족이 있습니까?	_____	_____
18. 조금만 일을 해도 곧 피로해지는 가족이 있습니까?	_____	_____
19. 자주 잠이 잘 오지 않는 가족이 있습니까?	_____	_____
20. 당뇨병을 가진 가족 있으십니까?	_____	_____
21. 중풍인 가족이 있으십니까?	_____	_____
22. 간염을 가진 가족이 있으십니까?	_____	_____

가족의 건강 관련 생활 양식

다음은 가족의 건강관련 생활양식에 관한 내용입니다.

귀하의 생각과 가장 가까운 번호에 “V” 표를 해주십시오.

	전혀안 그렇다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
○ 영양				
1. 우리집에서 만드는 음식은 모든 영양소를 골고루 갖추고 있다.	①	②	③	④
2. 우리 가족은 건강에 좋은 간식을 먹는다.	①	②	③	④
3. 우리 가족은 건강한 식습관에 대한 지식을 갖고 있다.	①	②	③	④
4. 우리 가족은 적정체중을 유지하고, 과다체중이나 저체중을 피하기 위해 서로 돕고 있다.	①	②	③	④
5. 우리 가족은 건강에 좋은 식사를 했을 때 서로 칭찬한다.	①	②	③	④
6. 우리 가족은 매일 6-8잔 정도의 물을 마시도록 서로 격려한다.	①	②	③	④
7. 우리 가족은 음식을 구입할 때, 곁에 표시된 영양 구성표를 확인하고 구입 여부를 결정한다.	①	②	③	④
○ 운동				
8. 우리 가족은 격렬하거나 중간정도의 운동을 한다.	①	②	③	④
9. 우리 가족은 운동 기구를 집안에서 사용할 수 있다.	①	②	③	④
10. 가족 시간에 가정용 운동 기구를 사용한다.	①	②	③	④
11. 우리 가족은 가족 서로가 운동 하길 바란다.	①	②	③	④
12. 우리 가족은 취미 및 오락 기구 또는 프로그램에 참여한다.	①	②	③	④
13. 우리 가족은 TV를 보거나 비디오 게임을 하는데 많은 시간을 보낸다.	①	②	③	④
14. 우리 가족은 가능하면 밖으로 외출을 나가 시간 보내는 것을 더 좋아한다.	①	②	③	④
○ 스트레스 관리				
15. 우리 가족은 서로에게 스트레스가 쌓이는 것을 최소화하도록 시간을 잘 관리한다.	①	②	③	④
16. 우리 가족은 종종 긴장을 풀고 서로 이야기하며 함께 웃으며 지낸다.	①	②	③	④
17. 가족 내에서 감정을 표현하도록 서로 격려한다.	①	②	③	④

	거의안 그렇다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
18. 우리 가족은 스트레스 받았던 경험을 서로 이야기한다.	①	②	③	④
19. 우리 가족은 어려운 일을 서로 도와준다.	①	②	③	④
20. 우리 가족은 가족의 잘못을 서로에게 나무라는 일이 거의 드물다.	①	②	③	④
21. 우리 가족은 긴장을 풀고 잠자는 시간을 중요하게 생각한다.	①	②	③	④
○건강 책임				
22. 우리 가족은 예방적 건강관리를 위해 규칙적으로 병원을 방문한다.	①	②	③	④
23. 우리 가족은 건강에 관한 뉴스와 기사를 보고 서로 토의한다.	①	②	③	④
24. 우리 가족은 건강에 문제가 생겼을 때 초기에 건강관리를 받도록 서로 격려한다.	①	②	③	④
25. 우리 가족은 건강에 대해 각자 책임을 갖도록 서로 격려한다.	①	②	③	④
26. 우리 가족은 가족의 건강에 대해 서로 책임감을 느낀다.	①	②	③	④
27. 우리 가족은 질병뿐만 아니라 건강증진을 위해서도 전문가에게 조언을 구한다.	①	②	③	④
28. 우리 가족은 적절한 예방적 건강행위에 대해 개방적으로 토론하고 격려한다. (금주, 금연, 피임, 청력보호, 시력보호, 피부보호)	①	②	③	④

다음은 가족의 음주 및 흡연에 대한 내용입니다.  
귀하의 가족에게 해당되는 항목에 표시하여 주십시오

	예	아니오
29. 우리 가족 중에는 현재 흡연을 하는 사람이 있다.	_____	_____
- 위의 14번 질문에서 예를 한 경우 흡연을 하는 가족 구성원 모두에 V표를 하십시오 ① 아버지 ② 어머니 ③ 형제 ④ 자매 ⑤ 본인 ⑥ 조부모		
30. 우리 가족 중에는 주 3회 이상 음주를 하는 사람이 있다.	_____	_____
- 위의 15번 질문에서 예를 한 경우 주 3회 이상 음주를 하는 가족 구성원 모두에 V표를 하십시오 ① 아버지 ② 어머니 ③ 형제 ④ 자매 ⑤ 본인 ⑥ 조부모		

## **Abstract**

### **An analysis of factors associated with health lifestyle profile and health status in families**

Yeon-Kyoung Hong

Department of Community Nursing

The Graduate School of

Public Health Yonsei University

(Directed by Chung Yul Lee Ph.D.)

The family which is the basic unit of society is a determinant of a person's health behavior and a unit of analysis of health behaviors. The purpose of this study was to identify the relationship of the health lifestyle profile and health status in families. The subject were 286 families with teenagers enrolled in the second and third year of a high school in Seoul. The measurement tools were FACES III for family functioning, C.M.I. for health status of family members, and health lifestyle profile which is based on the areas of assessment of family health-related lifestyle (Pender, 1996). The data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis.

The results of this study are as follows:

1. For the relationship between family socio-demographic characteristics and the health lifestyle profile of families, exercise scores were higher in families where fathers' education levels were higher ( $F=6.474$ ,  $p=0.002$ ). Nutrition ( $F=5.390$ ,  $p=0.005$ ), exercise ( $F=6.205$ ,  $p=0.002$ ), stress management ( $F=4.729$ ,  $p=0.010$ ) and health lifestyle profile scores ( $F=5.038$ ,  $p=0.007$ ) were higher in families where the mothers' education levels were higher. There were significant differences in the mean scores for nutrition ( $F=4.100$ ,  $p=0.003$ ), health responsibility ( $F=3.214$ ,  $p=0.013$ ), and health lifestyle profile ( $F=3.147$ ,  $p=0.015$ ) according to mothers' occupations. Nutrition ( $F=3.683$ ,  $p=0.026$ ), health responsibility ( $F=3.372$ ,  $p=0.036$ ), and health lifestyle profile scores ( $F=3.211$ ,  $p=0.042$ ) were higher when family members had the same religion as compared to families whose members reported different religions or who reported no religion. Nutrition ( $F=7.525$ ,  $p=0.001$ ), exercise ( $F=7.252$ ,  $P=0.001$ ), stress management ( $F=5.747$ ,  $p=0.004$ ), health responsibility ( $F=7.512$ ,  $p=0.001$ ) and health lifestyle profile score ( $F=9.835$ ,  $p=0.000$ ) were higher in families whose family monthly income was higher. The percentage of family members who smoke currently was higher when family size was smaller ( $F=3.520$ ,  $p=0.016$ ), and the percentage of family members who smoke currently ( $t=-3.565$ ,  $p=0.000$ ) and the percentage of family members who drink alcohol more than three times a week ( $t=-3.654$ ,  $p=0.000$ ) were higher in nuclear families as compared to extended families.
2. The mean score of family cohesion was 27.62 (range:12-40) and the

mean score of family adaptability was 22.68 (range:10-37).

3. The mean score for the health lifestyle profile was 15.80 for nutrition, 14.66 for exercise, 17.42 for stress management, 15.77 for health responsibility, and the total means score was 64.08 (range:34-101). There were 168(60.6%) families for whom all family members drank alcohol less than three times a week. There were 88 families(31.8%) where 1-25% of the family members drank alcohol more than three times a week, and 138 families (48.6%) where 1-25% of the family members currently smoked.

4. The mean score of family member's health status was 14.92 (range:3-22).

5. Families with higher mean family cohesion scores showed higher scores for nutrition ( $r=.429$ ,  $p=0.000$ ), exercise ( $r=.407$ ,  $p=0.000$ ), stress management ( $r=.648$ ,  $p=0.000$ ), health responsibility ( $r=.548$ ,  $p=0.000$ ) and health lifestyle profile score ( $r=.637$ ,  $p=0.000$ ). Families with higher mean family cohesion scores showed lower percentages of family members who drink alcohol more than three times a week( $r=-.159$ ,  $p=0.010$ ) and of family members who smoke currently( $r=-.199$ ,  $p=0.001$ ). Families with higher mean scores for family adaptability showed higher scores for nutrition ( $r=.210$ ,  $p=0.001$ ), exercise ( $r=.222$ ,  $p=0.000$ ), stress management ( $r=.480$ ,  $p=0.000$ ), health responsibility ( $r=.344$ ,  $p=0.000$ ) and health lifestyle profile( $r=.397$ ,  $p=0.000$ ). Families with higher family adaptability scores showed lower percentage of family members who drink alcohol more than three times a week( $r=-.184$ ,  $p=0.003$ ).

6. There were significant positive correlations between nutrition and exercise ( $r=.565$ ,  $p=0.000$ ); nutrition and stress management ( $r=.533$ ,  $p=0.000$ ); nutrition and health responsibility ( $r=.657$ ,  $p=0.000$ ); exercise and stress management( $r=.377$ ,  $p=0.000$ ); exercise and health responsibility ( $r=.493$ ,

p=0.000), and stress management and health responsibility ( $r=.598$ ,  $p=0.000$ ). The percentage of family members who drink alcohol more than three times a week correlated negatively with exercise ( $r=-.161$ ,  $p=0.007$ ) and stress management ( $r=-.152$ ,  $p=0.011$ ). The percentage of family members who drink alcohol more than three times a week showed a positive correlation with the percentage of family members who smoke currently ( $r=.373$ ,  $p=0.000$ ).

7. The higher percentage of family members who drink alcohol more than three times a week ( $r=-.247$ ,  $p=0.000$ ) and the higher percentage of family members who smoke currently ( $r=-.168$ ,  $p=0.006$ ) showed lower health status.

8. The percentage of family members who drink alcohol more than three times a week was the only variable ( $t=-3.054$ ,  $p=0.003$ ) which could predict the health status of family members.

From the results of this study, promotion of health status in family members, would be facilitated by increasing the family's ability to fulfill its function and to participate in healthy lifestyle as a family.