



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

조정민 교수 지도

석사학위 청구논문

정보-동기-행동기술 모델을  
기반으로 한 학령기 아동의  
건강증진행위에 영향을 미치는  
요인

2023

성신여자대학교 대학원

간호학과

임 보 라

정보-동기-행동기술 모델을  
기반으로 한 학령기 아동의  
건강증진행위에 영향을 미치는  
요인

조정민 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2023년 5월

성신여자대학교 대학원


간호학과


임 보 라


# 인 준 서

임보라의 석사학위 논문으로 인준함

2023년 5월

심사위원장 김 동 희 (서명 또는 인) 

심사위원 양 승 애 (서명 또는 인) 

심사위원 조 정 만 (서명 또는 인) 

성신여자대학교 대학원

## 논문개요

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델(Information-Motivation-Behavioral Skills Model, IMB model)을 기반으로 학령기 아동의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구 대상은 S시에 소재한 초등학교 5, 6학년 학생 209명을 편의표집하여 선정하였다. 자가기입식 설문지를 사용하여 2023년 3월 13일부터 2023년 3월 31일까지 자료를 수집하였다. 연구도구는 일반적 특성, 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도를 측정하는 문항으로 이루어졌다. 수집한 자료는 연구 목적 및 변수의 특성에 따라 빈도분석, 기술통계, independent t-test, one-way ANOVA, Scheffé post hoc test, Pearson's Correlation Coefficient, Multiple Regression Analysis로 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 성별은 남자가 104명(49.8%), 여자가 105명(50.2%)이었고, 학년은 5학년 77명(36.8%), 6학년 132명(63.2%)으로 나타났다. 주관적 건강상태는 '건강하다'가 96명(45.9%)으로 가장 많았고, 학업성적은 '좋은 편이다'가 109명(52.2%)으로 가장 많았다. 병원입원경험은 '없다'가 120명(57.4%), '있다'가 89명(42.6%)이었다. 건강과 관련된 정보는 주로 '친구, 가족 등 주변 사람들'에게서 얻는 경우가 65명(31.1%)으로 가장 많았고, 건강에 대한 관심도는 '보통이다'가 84명(40.2%)으로 가장 많이 나타났다. 학교 보건교육 경험 유무

는 ‘없다’가 111명(53.1%), ‘있다’가 98명(46.9%)이었고, 주관적 가정 경제상태는 ‘중’이 129명(61.7%)으로 가장 많았다.

둘째, 건강정보이해능력의 평균은 42점 만점을 기준으로,  $29.35 \pm 4.22$ 점이었다. 건강행위에 대한 태도의 평균은 25점 만점을 기준으로,  $19.62 \pm 3.36$ 점이었다. 사회적 지지의 평균은 120점 만점을 기준으로,  $97.18 \pm 13.02$ 점이었다. 자기효능감의 평균은 50점 만점을 기준으로,  $35.87 \pm 7.34$ 점이었다. 건강증진행위의 평균은 145점 만점을 기준으로,  $113.07 \pm 14.09$ 점이었다.

셋째, 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 학년( $t=2.546$ ,  $p=.012$ ), 주관적 건강상태( $F=8.731$ ,  $p<.001$ ), 학업성적( $F=5.918$ ,  $p=.003$ ), 건강에 대한 관심도( $F=12.960$ ,  $p<.001$ ), 학교 보건교육 경험 유무( $t=2.848$ ,  $p=.005$ ), 주관적 가정 경제상태( $F=18.844$ ,  $p<.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

넷째, 건강증진행위는 사회적 지지( $r=.696$ ,  $p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.622$ ,  $p<.001$ ), 자기효능감( $r=.561$ ,  $p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.330$ ,  $p<.001$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 나타났다.

다섯째, 학령기 아동의 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사회적 지지( $\beta=.419$ ,  $p<.001$ )로 나타났다. 다음으로, 건강행위에 대한 태도( $\beta=.267$ ,  $p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.134$ ,  $p=.021$ ), 건강정보이해능력( $\beta=.109$ ,  $p=.025$ ), 건강에 대한 관심도( $\beta=.102$ ,  $p=.043$ )의 순서로 건강증진행위에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 모델의 설명력은 60.4%로 나타났다( $F=32.677$ ,  $p<.001$ ).

이상의 결과에 비추어 볼 때, 학령기 아동을 대상으로 건강증진행위의 실천을 촉진하기 위해서는 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강에 대한 관심도를 고려한 보건교육과 건강증진프로그램의 개발 및 적용이 필요하다.

# 목 차

## 논문개요

|                         |    |
|-------------------------|----|
| I. 서론 .....             | 1  |
| 1. 연구의 필요성 .....        | 1  |
| 2. 연구의 목적 .....         | 3  |
| 3. 용어의 정의 .....         | 4  |
| II. 문헌 고찰 .....         | 7  |
| 1. 정보-동기-행동기술 모델 .....  | 7  |
| 2. 건강정보이해능력 .....       | 12 |
| 3. 건강행위에 대한 태도 .....    | 16 |
| 4. 사회적 지지 .....         | 19 |
| 5. 자기효능감 .....          | 22 |
| 6. 학령기 아동의 건강증진행위 ..... | 24 |
| III. 연구의 개념적 기틀 .....   | 29 |
| IV. 연구 방법 .....         | 31 |
| 1. 연구 설계 .....          | 31 |
| 2. 연구 대상 .....          | 31 |
| 3. 연구 도구 .....          | 31 |
| 4. 자료 수집 및 윤리적 고려 ..... | 36 |
| 5. 자료 분석 .....          | 36 |
| 6. 연구의 제한점 .....        | 37 |

|   |    |
|---|----|
| V. 연구 결과 .....  | 38 |
| 1. 대상자의 일반적 특성 .....  | 38 |
| 2. 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지,<br>자기효능감, 건강증진행위 .....         | 40 |
| 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 .....                                       | 41 |
| 4. 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지,<br>자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계 ..... | 43 |
| 5. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 .....                                      | 45 |
| VI. 논의 .....  | 47 |
| VII. 결론 및 제언 .....  | 55 |
| 1. 요약 및 결론 .....  | 55 |
| 2. 제언 .....   | 57 |
| 참고문헌 .....  | 58 |
| ABSTRACT(영문초록) .....  | 69 |
| 부록 .....  | 73 |

## 표 목 차

|  |    |
|--|----|
| <표 1> 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 및<br>일반적 특성 .....                       | 27 |
| <표 2> 학령기 아동의 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이를<br>보인 요인 .....                       | 28 |
| <표 3> 대상자의 일반적 특성 .....  | 39 |
| <표 4> 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적<br>지지, 자기효능감, 건강증진행위 .....         | 40 |
| <표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 .....                                       | 42 |
| <표 6> 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적<br>지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계 ..... | 44 |
| <표 7> 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 .....                                      | 46 |

## 그 립 목 차

|   |    |
|---|----|
| <그림 1> The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of<br>health behavior ..... | 9  |
| <그림 2> 본 연구의 개념적 기틀 .....   | 30 |

## 부 록 목 차

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| [부록 1] 설문지 .....              | 73 |
| [부록 2] 기관생명윤리위원회 연구 승인서 ..... | 82 |
| [부록 3] 연구대상자 설명서, 동의서 .....   | 84 |
| [부록 4] 법정대리인 설명서, 동의서 .....   | 88 |

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

학령기는 6세부터 12세까지의 시기로, 이 시기의 아동은 건강생활습관을 형성하고 신체적으로 완만한 성장과 발달이 이루어지며 심리적으로도 안정을 이루는 시기이다(김현섭, 2009). 학령기의 아동은 건강과 질병에 대한 이해가 매우 체계적이며 지속적으로 발달하고 변화한다. 더욱이 학령기에는 일상생활습관이 아직 고착되지 않았으므로 이 시기에는 성인에 비해 건강증진행위를 좀 더 쉽게 획득할 수 있으며, 학령기에 습득한 습관이나 행위는 성인기에 습득한 건강행위보다 생활양식의 일부로 쉽게 통합되고 지속된다(Pender et al., 2006). 학령기에 형성된 건강생활습관은 평생 지속되므로, 학령기는 건강에 대한 태도와 행위를 학습하고 변화시키기에 매우 중요한 시기라고 할 수 있다(Marlow & Redding, 1989; Howard et al., 1996; 김성희, 2007).

학령기 아동에게 건강의 기초를 다지도록 하는 것은 효과성, 지속성 측면에서도 매우 중요하다. 따라서, 학령기 아동의 건강증진행위에 대해 관심을 가질 필요가 있다. 건강증진행위는 Pender(1987)의 건강증진모델(Health Promotion Model)에서 비중 있게 소개되었다. 건강증진행위는 인지적 요소, 이전의 관련행위, 개인의 생리적·심리적·사회문화적 요인, 행위 의도 등 다양한 요소에 의해 영향을 받으며(우종범 등, 2013), 건강증진행위를 촉진하기 위해서는 건강관련 지식, 태도, 가치관 및 건강 신념 등 다양한 요인을 고려해야 한다(전가을과 권인수, 2017).

국내 연구에서는 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 자아존중감, 자기효능감, 사회적 지지, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 지각된 행동통제, 건강정보이해능력 등 다양한 요인을 보고하였다(위광복, 2005; 장지연, 2006; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017; 박선희와 김경숙, 2022). 하지만 대부분

Pender(1987)의 건강증진모델 또는 Ajzen(1991)의 계획된 행동이론 등을 기반으로 하거나, 개념적 기틀 없이 각 요인들과 건강증진행위의 관계 또는 영향을 확인한 연구가 많았다.

본 연구의 개념적 기틀인 정보-동기-행동기술 모델(Information-Motivation-Behavioral skills Model, IMB model)은 합리적 행동이론(Fishbein & Ajzen, 1975)을 기반으로 건강 관련 행동의 시작과 유지를 예측하고 촉진하기 위해 건강 관련 정보(Information)와 동기(Motivation), 행동기술(Behavioral skills)을 근본적인 결정요인으로 개념화한 모델이다. IMB 모델은 개인의 태도, 사회적 지지, 자기효능감 등을 행위변화의 주요 요인으로 제안한다. 따라서 IMB 모델에서는 기존 행위변화이론에서 중요하게 여긴 개인의 태도, 사회적 지지, 자기효능감을 각각 개인적 동기, 사회적 동기, 행동기술 요인으로 제시하면서, 추가적으로 정보 요인을 제시한다. IMB 모델은 건강행동의 사회적, 개인적 결정요인에 대해 이론적으로 쉽게 해석이 가능하며, 이론을 기반으로 쉽게 변환할 수 있도록 설계되어 다양한 분야에 적용할 수 있다. 또한, 사회 및 건강심리학에서 제시한 기존 이론들의 한계로 나타난 건강행위 관련 요인들 간의 모호한 관계를 극복하고, 요인 간의 관계를 간결하고 포괄적으로 제시할 수 있다는 강점이 있다(Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 2003; Fisher et al., 2006).

학령기는 건강증진행위의 토대를 만든다는 점에서 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것은 매우 중요하다. 하지만, 학령기 아동을 대상으로 IMB 모델을 활용하여 학령기 아동의 건강증진행위를 설명하는 연구는 거의 수행되지 않았다. 이에 본 연구에서는 Fisher & Fisher(1992)가 제시한 IMB 모델을 기반으로 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 한다. IMB 모델의 구성요인 중 정보를 건강정보이해능력으로, 동기 중 개인적 동기를 건강행위에 대한 태도로, 사회적 동기를 사회적 지지로, 행동기술을 자기효능감으로 설정하였다. 기존 IMB 모

텔에서는 정보와 동기가 행동기술에 영향을 미치고, 정보, 동기, 행동기술이 건강증진행위에 영향을 미친다고 하였으나, 본 연구에서는 IMB 모델과 선행 연구(김영일과 박정숙, 2017; 이후연 등, 2019)를 참고하여 정보, 동기, 행동기술을 투입변수(input)로, 건강증진행위를 산출변수(output)로 설정하여 수정된 개념적 기틀을 구성하였다.

따라서 본 연구에서는 건강생활습관과 건강 관련 태도와 행위를 학습하고 지속하는 결정적 시기이고, 특히 보건교사에 의한 체계적인 학교 정규보건교육이 시작되는 시기(교육부, 2009)인 학령기 아동을 대상으로 정보-동기-행동기술 모델을 개념적 기틀로 활용하여 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하여 보건교육 또는 건강증진프로그램을 개발 및 적용하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로, 학령기 아동의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것을 목적으로 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 연구 대상자의 일반적 특성, 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도를 파악한다.

둘째, 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 파악한다.

셋째, 연구 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계를 파악한다.

넷째, 연구 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지,

자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 학령기 아동

##### (1) 이론적 정의

학령기는 6세부터 12세까지의 시기로 신체적으로 완만한 성장과 발달이 이루어지고, 심리적으로 안정되는 시기이다(김현섭, 2009). 학령기에는 건강에 대한 태도와 행위를 학습하고 건강생활습관이 형성된다(Howard et al., 1996).

##### (2) 조작적 정의

본 연구에서 학령기 아동은 초등학교 5학년과 6학년에 해당하는 시기의 아동을 의미한다.

#### 2) 건강정보이해능력

##### (1) 이론적 정의

건강정보이해능력은 개인이 건강과 관련된 적절한 결정을 내리기 위해 필요한 기본적인 건강정보와 건강서비스를 얻고, 처리하고, 이해하는 능력을 의미한다(Institute of Medicine, 2004).

##### (2) 조작적 정의

본 연구에서 건강정보이해능력은 안은정(2014)의 도구를 대상자의 특성 및 2015 개정 보건교육과정에 맞추어 수정·보완한 도구를 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

#### 3) 건강행위에 대한 태도

##### (1) 이론적 정의

건강행위에 대한 태도는 건강과 관련한 상황에서 개인의 반응과 행동을 유

발하는 요인이며(Ashrafioun et al., 2016), 건강행동을 하기 위한 행동의도로 (Torabi et al., 2004) 건강에 대한 심리적 경향(Panagopoulou et al., 2011)을 의미한다.

#### (2) 조작적 정의

본 연구에서 건강행위에 대한 태도는 Torabi et al.(2004)이 개발한 Health Attitude Scale을 김학령(2019)이 번안한 도구 중 건강실천을 위한 행동의도 영역을 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

### 4) 사회적 지지

#### (1) 이론적 정의

사회적 지지란 사회적 관계를 통해 타인들로부터 얻을 수 있는 사랑이나 인정, 정보, 물질적 원조 등의 긍정적 자원에 대한 아동의 인지적 평가이다 (한미현과 유안진, 1996).

#### (2) 조작적 정의

본 연구에서 사회적 지지는 Dubow & Ulman(1989)의 SSAS(the Social Support Appraisal Scale)와 SAB(Scale of Available Behavior)를 한국의 아동에게 적합하도록 보완한 한미현과 유안진(1996)의 도구를 수정한 하현수 (2015)의 도구를 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

### 5) 자기효능감

#### (1) 이론적 정의

자기효능감은 개인이 어떤 결과를 얻는데 필요한 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 신념을 뜻한다(Bandura, 1977).

#### (2) 조작적 정의

본 연구에서는 자기효능감은 Schwarzer & Jerusalem(1993)이 개발한 일반

적 자기효능감 도구를 바탕으로 Lee, Schwarzer, & Jerusalem(1994)이 개발한 한국판 일반적 자기효능감 도구(Korean Adaptation of the General Self-Efficacy Scale)를 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

## 6) 건강증진행위

### (1) 이론적 정의

건강증진행위는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 활동으로써 안녕수준을 높이고 자아실현과 만족감을 유지 및 증진하기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위이다(Pender et al., 2006).

### (2) 조작적 정의

본 연구에서 건강증진행위는 Pender와 Pender(1986)에 의해 개념화되고, Walker et al.(1987)이 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 토대로 한 선행연구 중 김현섭과 김영임(2010), 조정민(2009) 등의 논문을 검토하여 나주영(2011)이 사용한 도구를 대상자의 특성 및 2015 개정 보건교육 과정에 맞추어 수정·보완한 도구를 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 정보-동기-행동기술 모델

#### (Information-Motivation-Behavioral Skills model, IMB model)

정보-동기-행동기술 모델은 Fishbein & Ajzen(1975)의 합리적 행위이론(the theory of Reasoned Action)에 기반하여 건강 관련 행동(Behavior)의 시작과 유지를 예측하고 촉진하기 위해 정보(Information)와 동기(Motivation), 행동기술(Behavioral skills)을 근본적인 결정요인으로 개념화한 모델이다(Fisher & Fisher, 1992). IMB 모델에 따르면, 건강행동에 대한 정보에 정통하고, 동기가 부여되어 있고, 효과적인 행동에 필요한 행동기술을 보유하고 있다면, 건강증진행위를 시작하고 긍정적인 결과를 경험할 가능성이 높다(Fisher et al., 2003). 하지만 정보가 부족하고, 행동 수행에 대한 동기가 부여되지 않으며, 효과적인 행동에 필요한 행동기술이 부족하다면 건강증진행위를 실천할 가능성이 낮고 부정적인 결과를 경험할 가능성이 높다(Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 2003; Fisher et al., 2006). 따라서 건강증진행위를 촉진하기 위해서는 개인에게 유용한 정보를 제공하고, 적극적으로 동기를 부여하고, 행동기술을 향상시키는 방안이 필요하다. IMB 모델은 건강행동 수행과 개념 및 경험적으로 연관된 정보, 동기, 행동기술에 포괄적으로 초점을 맞춘다. IMB 모델은 사회 및 건강심리학에서 제시한 기존 이론들의 한계인 구성요소들 간의 모호한 관계성, 건강행동 수행에 중요하다고 밝혀진 주요 요인들의 부재와 개념적 간결성의 결여를 극복하고 건강행동의 사회적, 개인적 결정요인에 대해 이론적으로 쉽게 해석할 수 있다는 장점이 있다. 또한 이론을 기반으로 쉽게 변환할 수 있도록 설계되어서 다양한 분야에 적용할 수 있다(Fisher et al., 2003).

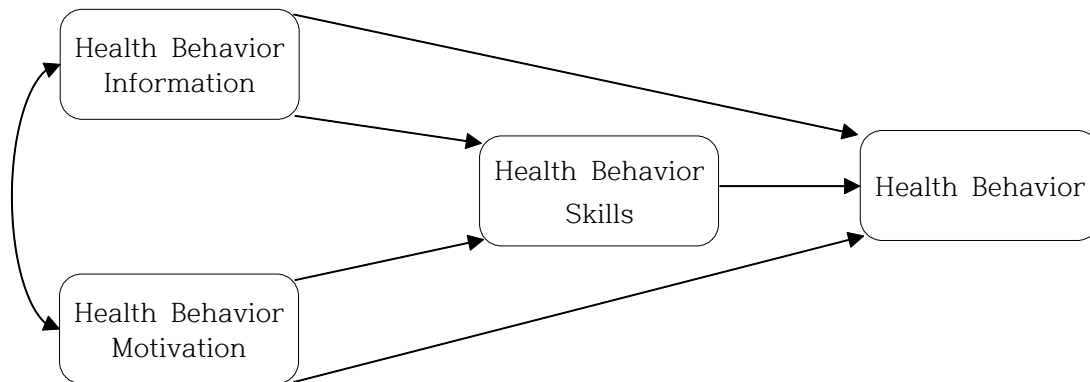
IMB 모델의 구성요소로 첫째, 정보(Information)는 건강행동에 대한 구체적인 사실(specific facts) 뿐만 아니라, 경험적 지식(heuristics), 암묵적 이론(implicit theories)을 포함하는 요인이다. 정보는 건강행동 수행에 직접적으로 영향을 주거나, 행동기술에 영향을 미쳐 건강행동에 간접적으로 영향을 준다. 정보는 건강증진행위를 위한 필요조건이지만 충분조건은 아니다(Fisher & Fisher, 1992).

둘째, 동기(Motivation)는 건강증진행위 수행의 두번째 결정요소로 Fishbein & Ajzen(1975)의 합리적 행위이론에 기초한 개념이다. 동기는 행위에 대한 태도, 사회적 규범, 행위 의도를 포함하는 개념으로(Fisher & Fisher, 1992), 개인적 동기와 사회적 동기로 구분된다(Fisher et al., 2006). 개인적 동기(Personal motivation)는 행위에 대한 개인의 태도(attitude)와 행위 결과에 대한 신념(belief)과 행위 결과에 대한 평가(evaluation)를 의미한다. 사회적 동기(Social motivation)는 사회적 규범(Social norm)에 대한 지각으로, 행위변화와 관련된 의미있는 타인의 지지와 타인의 기대에 순응하고자 하는 동기를 의미한다(Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 2006). 동기는 개인이 정보에 따라 행동하는지 여부에 영향을 미친다(Fisher & Fisher, 1992). 즉, 정보에 정통한 사람이어도 건강증진행위를 수행할 의도가 있는지에 따라 다르게 행동한다(Fisher et al., 2003). 따라서 행동을 시작하고 유지하기 위해서는 높은 수준의 동기가 필요하다.

셋째, 행동기술(Behavioral skills)은 건강증진행위 수행에 결정적인 영향을 미치는 요소이다. 행동기술은 행위에 대한 개인의 객관적인 능력과 그 행동기술을 사용할 수 있다는 능력에 대한 자신감, 즉 자기효능감(Self-efficacy)으로 구성된다(Fisher & Fisher, 1992). 풍부한 정보와 높은 동기 수준을 가진 개인이더라도 행위에 대한 구체적인 기술과 스스로 실천할 수 있다는 자신감이 있어야 건강증진행위를 효과적으로 수행할 수 있다(Fisher et al.,

2003; Fisher et al., 2006). 따라서 행동기술은 행동을 효율적으로 이행할 수 있는지를 결정하는 중요한 요인이라고 할 수 있다(차동필, 2004).

IMB 모델에서 건강증진행위는 [그림 1]과 같은 과정을 통해 이루어진다고 가정한다. 즉, 건강증진행위에 대한 정보와 동기는 직접적으로 건강증진행위에 영향을 미치기도 하며, 주로 행동기술을 통해 작동하여 간접적으로 건강증진행위에 영향을 미치기도 한다(Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 2003). 본질적으로 정보와 동기부여의 효과는 행동기술을 행동의 시작과 유지에 적용한 결과로 나타난다. IMB모델의 구성요소들은 건강행동 변화를 촉진하기 위한 효과적인 수단으로서 작동한다(Fisher et al., 2009).



[그림 1] The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of health behavior. Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin*, 111(3), 455-474.

초기 IMB 모델은 AIDS 위험행동을 설명하고 예측하기 위해 사용되었다(Fisher & Fisher, 1992). 최근에는 HIV 예방과 같은 예방행동(preventive behavior)을 넘어, 유방자가검진과 같은 탐지행동(detection behavior)까지 IMB 모델을 유용하게 적용할 수 있는 것으로 나타났다(Misovich et al., 2003). 이에 따라, IMB 모델은 환자, 노인, 간호사 등 다양한 모집단을 대상으로 당뇨와 관상동맥질환 등 질병에 대한 예방과 관리, 자가검진수행 뿐만 아니라, 건강증진행위에 대한 연구로 점차 확대되어 활용되고 있다.

IMB 모델이 이론을 기반으로 쉽게 변환할 수 있고, 건강행동의 사회적, 개인적 결정요인에 대해 이론적으로 쉽게 해석할 수 있다는 장점을 활용하여 IMB 모델을 통해 수정된 개념적 기틀을 설정한 선행연구들도 보고되었다. 투입변수(input)를 정보, 동기, 행동기술로, 산출변수(output)를 행동으로 설정하고(김영일과 박정숙, 2017; 이후연 등, 2019; 이선경, 2021), 성과변수(outcome)를 신체적 및 심리적 건강상태지표로 설정한 연구(김영일과 박정숙, 2017)가 있었다. 또한, IMB 모델에 개인적 특성으로 두려움, 이차적 외상 스트레스 등의 변수를 추가한 연구가 보고되었다(하은혜, 2020; 이선경, 2021).

변수 측면에서는 IMB 모델의 구성요소 중 정보(Information)를 지식 또는 건강정보이해능력으로 설정한 연구가 이루어졌다. 정보를 지식으로 설정한 연구로는 여성 대상의 유방자가검진(Breast Self-Examination, BSE) 및 관련 행동 수행 예측에 대한 연구(Misovich et al., 2003), 제2형 당뇨병 환자 대상의 당뇨병 자가관리행동에 대한 연구(Osborn & Egede, 2010), 청소년 대상의 신체활동 및 과일과 채소 섭취 행동 예측에 대한 연구(Kelly et al., 2012), 중학생 대상의 흡연 의도 예측인자에 대한 연구(Zhu et al., 2013), 재가 골관절염 환자 대상의 자가관리프로그램 개발 및 적용에 대한 연구(김영일과 박정숙, 2017), 제1형 당뇨병 청소년 대상의 당뇨병 자가관리행동에 대한 연구(이후연 등, 2019), 지역사회에 거주하는 노인 대상의 치매예방행위에 대한 연구(하은혜, 2020), 코로나19 상황에서 간호사 대상의 건강증진행위에 대한 연구(이선경, 2021)가 있었다. 한편, 정보를 건강정보이해능력으로 설정한 연구로는 유방암 검진행동 수행 의도를 파악하기 위한 연구(Talley et al., 2017), 미국 남자 대학생을 대상으로 정신건강서비스를 받으려는 의도에 대한 연구(DeBate et al., 2018)가 있었다.

동기(Motivation) 중 개인적 동기는 태도로 설정한 연구(Misovich et al.,

2003; Osborn & Egede, 2010; DeBate et al., 2018; 김영일과 박정숙, 2017; 이후연 등, 2019; 하은혜, 2020; 이선경, 2021)와 신념으로 설정한 연구(Kelly et al., 2012; 김영일과 박정숙, 2017), 의도와 지각된 어려움으로 설정한 연구(Kelly et al., 2012)가 보고되었다. 동기 중 사회적 동기는 사회적 지지로 설정한 연구(Osborn & Egede, 2010; Kelly et al., 2012; 김영일과 박정숙, 2017; 하은혜, 2020; 이선경, 2021)와 가족지지(이후연 등, 2019), 주관적 규범(Misovich et al., 2003; DeBate et al., 2018), 행동의도(Misovich et al., 2003)로 설정한 연구가 이루어졌다.

행동기술(Behavioral skills)은 자기효능감으로 설정한 연구(Zhu et al., 2013; 김영일과 박정숙, 2017; 이후연 등, 2019; 하은혜, 2020; 이선경, 2021)와 지각된 어려움(Misovich et al., 2003), 행동 수행에 대한 기술(Kelly et al., 2012), 행동계획(Talley et al., 2017)으로 설정한 연구가 보고되었다.

이상을 종합하면, IMB 모델은 행위변화의 근본적인 결정요인을 정보, 동기, 행동기술로 제시한 모델로, 건강 관련 행위의 시작과 유지를 예측하고 행위변화를 설명하고 중재하는데 유용한 개념적 기틀이다. 초기 AIDS 위험행동 예측에서 시작되어, 질병예방행위 및 자가관리행동 등의 예측과 중재에서 건강증진행위까지 다양한 맥락에서 건강행동의 시작과 변화를 예측하는데 광범위하게 적용할 수 있고, 개념적 기틀로서의 유용성이 지지되었다. 변수 측면에서, 정보는 주로 지식 또는 건강정보이해능력으로, 동기 중 개인적 동기는 태도, 사회적 동기는 사회적 지지로, 행동기술은 자기효능감으로 설정한 연구가 많았다. 이에 본 연구에서는 건강생활습관이 형성되고 평생 지속되는 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 IMB 모델을 기반으로 수정된 개념적 기틀을 설정하였다.

## 2. 건강정보이해능력 (Health Literacy)

Simonds(1974)는 ‘질병예방을 위한 학교교육과 헬스 커뮤니케이션의 발전 방향’에서 보건교육의 중요성을 강조하며, 보건교육의 결과로서 건강정보이해능력(Health Literacy)이 증진되어야 한다고 주장하였다.

Simonds(1974) 이후 건강정보이해능력에 대해 학자들은 저마다 조금씩 다른 점을 강조한다. Nutbeam(2000)은 건강정보이해능력을 ‘건강을 증진하고 유지하기 위해 정보에 접근하고, 이해하고, 활용하는 개인의 능력을 결정하는 인지적·사회적 기술’이라고 정의하였다. Sørensen et al.(2012)는 건강정보이해능력을 ‘일상생활에서 건강관리, 질병예방, 건강증진과 관련하여 판단하고 결정을 내리기 위해 건강정보에 접근하고, 이해하고, 평가하고, 적용하여 생애주기 동안 삶의 질을 향상시키도록 하는 지식, 동기, 능력’이라고 규정하였다.

이상에서 보듯이, 건강정보이해능력은 문해력이라는 협의의 개념에서 그 외연이 확장되는 추세이다. 여러 선행연구에서 낮은 건강정보이해능력이 비건강 행동 증가, 예방적 의료서비스 미이용, 부정적인 주관적 건강상태, 건강증진행위의 미실천, 복약 미순응, 만성질환 이환, 높은 입원율, 높은 사망률, 의료비용의 증가 등의 부정적인 결과를 유발한다고 보고하였다(Baker et al., 2002; DeWalt et al., 2004; Institute of Medicine, 2004; Baker et al., 2007; 장병순과 김동희, 2015; 최슬기, 2020). 이에 따라, 건강정보이해능력은 건강증진행위, 복약이행행위, 의료적 의사소통 등 건강과 관련 있는 다양한 영역과 관련이 있는 주요한 요인으로 나타나고 있다. 즉, 건강정보이해능력을 단순한 문해력이 아닌 ‘개인이 건강과 관련된 적절한 결정을 내리기 위해 필요한 기본적인 건강정보와 건강서비스를 얻고, 처리하고, 이해하는 능력’으로 규정한다(Institute of Medicine, 2004).

WHO가 2016년 상하이선언을 통해 건강정보이해능력을 건강증진을 위한 주요 전략 중 하나로 규정하면서 건강정보이해능력에 대한 관심이 집중되었다. 건강정보이해능력은 건강 관련 행동, 건강서비스에 대한 접근 및 사용과 관련이 있으며, 건강불평등을 개선할 수 있는 수정 가능한 요인이므로 (Stormacq et al., 2019), 보건교육 뿐만 아니라 정책적 측면에서도 여러 국가에서 건강정보이해능력에 대한 정책적 접근이 활발하게 이루어지고 있다. 미국은 Healthy people 2010에서 건강정보이해능력을 ‘올바른 건강 관련 결정을 내리는데 필요한 기본 건강정보 및 의료서비스를 획득, 처리, 이해할 수 있는 개인의 능력’이라고 제시하였다(U.S. Department of Health and Human Services, 2000). 이후 Healthy people 2030에서 개인의 역량에 초점을 둔 협의의 건강정보이해능력에서 조직 등 시스템 차원까지로 건강정보이해능력의 개념을 확대하였다(Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.).

국내에서도 건강정보이해능력에 대한 관심이 높아지면서, 보건복지부(2016)는 국민들의 삶의 질 향상과 건강수명 향상을 위한 건강결정요인 중 중요한 요소로 건강정보이해능력의 향상방안을 제시하였다. 또한, 국민건강증진종합계획 2030의 중점과제 중 ‘건강친화적 환경 구축’의 요소로 ‘건강정보이해력 제고’를 포함하면서 건강정보이해능력의 중요성은 더욱 강조되고 있다(보건복지부, 2022).

건강정보이해능력은 기능적(functional), 상호작용적(interactive), 비판적(critical) 영역 세 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 기능적 건강정보이해능력은 건강정보를 이해하기 위한 기초적인 읽기와 쓰기 기술이다. 둘째, 상호작용적 건강정보이해능력은 일상활동에 능동적으로 참여하고, 다양한 형태의 의사소통에서 정보를 추출하고, 의미를 도출하고, 변화하는 환경에 새로운 정보를 적용하는데 사용할 수 있는 고도의 인지적, 사회적 기술이다. 셋째, 비판적

건강정보이해능력은 정보를 비판적으로 분석하고, 이 정보를 사용하여 삶의 사건과 상황을 더 잘 통제할 수 있는 인지적, 사회적 기술이다(Nutbeam, 2000).

또한, 건강정보이해능력은 크게 언어적 건강정보이해능력(linguistic health literacy)와 기능적 건강정보이해능력(functional health literacy)로 구분되기도 한다. 언어적 건강정보이해능력은 언어와 관련된 능력으로 글을 읽고 무엇을 말하는지와 무슨 뜻인지를 정확히 이해하는 것을 의미한다(김성은 등, 2013). 그리고 의료기관에서 질환과 신체에 관련된 흔히 사용하는 용어에 대한 이해능력을 파악하는 것을 뜻한다(Davis et al., 1993). 언어적 건강정보이해능력은 안내문, 교육자료, 동의서 등을 읽고 그 의미를 파악하는 것으로 확인할 수 있다(김성은 등, 2013).

기능적 건강정보이해능력은 기본적인 건강정보와 건강관련 자료를 읽고 이해하며, 적절한 건강행동을 할 수 있는 능력을 의미한다(Baker et al., 1999). 기능적 건강정보이해능력은 수리영역과 독해영역으로 구성된다. 수리 영역은 복용시간을 제대로 계산하거나 복용량에 맞게 정확히 투약하는 것에 활용된다. 독해 영역은 검사 수치를 판독하는 것에 활용된다(김성은 등, 2013).

건강정보이해능력에 대한 연구는 노인, 만성질환자 또는 의료인 등 다양한 대상으로 활발히 이루어지고 있다. 하지만, 아동·청소년 대상의 연구는 9%미만므로, 노인과 성인 대상의 연구가 활발히 이루어지고 있는데 반해 아동과 청소년 대상의 연구는 부족한 실정이다(최슬기, 2020). 어린 시절부터 체계적인 건강정보이해능력 교육과 건강정보이해능력 증진을 위한 환경 조성이 필요하고(Zarcadoolas et al., 2005; Bröder et al., 2017), 건강정보이해능력은 건강증진행위의 결정적 요인이지만(Schmidt et al., 2010), 아동과 청소년을 대상으로 하는 건강정보이해능력에 대한 국내 연구는 시작 단계에 불과하며, 건강증진행위와의 관련성을 확인한 연구도 부족한 실정이다(안은정, 2014; 장

병순과 김동희, 2015; 김지영, 2016; 정아영, 2017; 고해숙, 2020).

국내에서의 아동 및 청소년 대상 선행연구에서 건강정보이해능력은 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인이며, 건강정보이해능력은 건강증진행위와 유의한 양의 상관관계가 나타났다고 보고하였다. 학령기 후기 아동을 대상으로 한 연구(장병순과 김동희, 2015)와 중학생을 대상으로 한 연구(김지영, 2016; 정아영, 2017)에서 언어적 건강정보이해능력은 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 나타나, 건강정보이해능력이 높을수록 건강증진행위를 더 잘 실천한다고 하였다. 또한, 언어적 및 기능적 건강정보이해능력과 건강증진행위는 유의한 양의 상관관계가 나타났으며(장병순과 김동희, 2015; 김지영, 2016), 건강정보이해능력을 언어적 건강정보이해능력으로 측정 한 연구에서도 건강정보이해능력은 건강증진행위와 유의한 양의 상관관계가 있었다(정아영, 2017).

이를 종합하면, 건강정보이해능력이란 개인이 건강과 관련된 적절한 결정을 내리기 위해 필요한 기본적인 건강정보와 건강서비스를 얻고, 처리하고, 이해하는 능력을 의미한다(Institute of Medicine, 2004). 건강정보이해능력이 낮은 아동은 흡연, 음주 등 건강하지 않은 행동을 하는 경향이 있고(DeWalt & Hink, 2009), 높은 수준의 건강정보이해능력은 건강증진행위의 실천 가능성을 높인다고 하였다. 따라서, 학령기 아동의 건강정보이해능력이 건강증진행위에 미치는 영향을 파악할 필요가 있다.

### 3. 건강행위에 대한 태도 (Attitude toward health behavior)

태도(Attitude)란 개인이 특정 행위를 수행하는 것에 대해 내리는 긍정적 또는 부정적인 평가를 의미한다(Ajzen, 1991). 태도는 어떤 사항을 행동으로 옮기기 위한 전제조건들 중 하나로, 경험을 통해 강화되고 조직화되며, 생활 습관을 결정하거나 다른 건강 관련 행동에 중요한 역할로서 작용한다(Torabi & Jeng, 2001; Torabi et al., 2004).

Fishbein & Ajzen(1975)은 합리적 행위이론(the theory of Reasoned Action)에서 행위에 직접적인 영향을 미치는 행동의도를 제시하고, 행동의도에 영향을 미치는 요소로 행위에 대한 태도와 주관적 규범을 제시하였다. 이때, 행위에 대한 태도는 특정 대상이 아닌 특정 행위에 대한 태도를 의미한다. 행위에 대한 태도는 행위의 결과에 대해 갖는 신념인 행위신념과 그 결과와 관련된 가치로 결과에 대한 평가에 의해 결정된다. 행위의 가장 중요한 결정인자는 행동의도이며, 긍정적인 태도를 가질수록 행동의도가 높다(Ajzen, 1991). Fisher & Fisher(1992)는 IMB 모델에서 동기요인을 합리적 행위이론을 기반으로 구성하였고, 동기 중 개인적 동기의 한 부분으로 태도를 제시하였다.

건강에 대한 태도(Health attitude)는 건강 관련 상황에서 개인의 반응과 행동을 유발하는 요인이며(Ashrafioun et al., 2016), 건강행동을 하기 위한 행동의도로(Torabi et al., 2004) 건강에 대한 심리적 경향이라 할 수 있다(Panagopoulou et al., 2011). 따라서, 긍정적인 건강태도를 갖는 것은 건강에 대해 보다 호의적인 견해를 갖게 하여 건강에 위해가 되는 행동을 줄이는데 효과가 있다(Ashrafioun et al., 2016).

건강에 대한 태도는 개인, 가족, 집단, 지역사회와 관련된 요인들의 영향을 받는다(Panagopoulou et al., 2011). 태도는 인지적 요소(Cognitive component),

정의적 요소(Affective component), 행동적 요소(Behavioral component)로 구성된다. 인지적 요소는 어떤 사람의 태도에 있어 무엇이 옳고 그르다던가, 좋고 나쁘다던가, 바람직하고 바람직하지 못하다던가 하는데 있어서 확신의 정도로 나타나는 지식을 의미한다. 정의적 요소는 태도의 대상이 되고 있는 기호도를 의미한다. 행동적 요소는 행동으로 옮겨질 가능성이 있는 선호 경향을 의미한다(Rosenberg, 1960).

Torabi et al.(2004)은 건강에 대한 태도(Health Attitude)를 측정하기 위해 건강과 관련한 감정(Feelings), 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념(Belief), 건강 행동을 하기 위한 행동의도(Intentions to act)로 구분하여 태도의 다차원적인 개념을 강조하였다.

건강에 대한 태도와 건강행위에 대한 태도(Attitude toward health behavior)와 관련된 연구들을 살펴보면, 지식과 태도, 행위는 서로 강한 상관관계를 가진다고 널리 알려져 있으나, 태도가 건강증진행위에 미치는 영향에 대해서는 상반된 연구결과가 나타나고 있다. 일부 선행연구에서는 태도가 건강증진행위에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났으며(전가을, 2018), 태도와 건강증진행위는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다고 보고하였다(노행인, 2002). 학령후기 아동을 대상으로 계획된 행위이론을 적용한 연구에서 태도는 건강증진행위에 대해 유의한 영향을 미치지 못했으며, 의도에도 직접적인 효과를 미치지 못한 것으로 나타났다. 하지만 건강증진행위에 대한 의도는 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요소로 나타났다(전가을, 2018). 또한, 서울시 내 일부 고등학생을 대상으로 한 연구에서 건강태도는 71.1%가 올바른 태도를 보였으나, 건강에 대한 태도와 건강실천행위는 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았다(노행인, 2002).

반면, 일부 선행연구에서는 태도는 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인이며(박순주와 이영혜, 2016; 김학령, 2019; 전재희 등, 2020), 태도와

건강증진행위는 유의한 양의 상관관계를 나타낸다고 하였다(박순주와 이영혜, 2016; 전재희 등, 2020). 성인 대상의 연구에서 지각된 건강태도는 건강관심도와 건강증진행위에 직접적인 효과를 나타내고, 건강관심도를 통해 건강증진행위에 간접적인 효과를 미쳤다(박순주와 이영혜, 2016). 19세 이상 정신장애인을 대상으로 한 연구에서 건강에 대한 태도는 신체 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 나타났다(김학령, 2019). 또한, 간호대학생 대상의 연구에서 손씻기 태도는 손씻기 실천에 긍정적인 영향을 미치는 주요변수로 나타나, 손씻기 태도가 긍정적일수록 손씻기 실천이 향상되었다(전재희 등, 2020).

이를 종합하면, 지식과 태도, 행동은 서로 강한 관련성이 있다고 알려져 있지만, 태도가 건강증진행위에 미치는 영향에 대해 선행연구에서는 상반된 결과를 보이고 있다. 태도는 생활방식이나 기타 건강 관련 행동을 결정하는데 중요한 역할을 하며, 경험을 통해 조직화되고 강화되므로(Torabi et al., 2004), 정규 보건교육이 시작되는 학령기 시기에 보건교육과 건강증진프로그램 등을 통한 긍정적 경험을 바탕으로 건강행위에 대한 올바른 태도를 형성하는 것이 중요하다. 따라서, 학령기 아동의 건강행위에 대한 태도가 건강증진행위에 미치는 영향을 파악할 필요가 있다.

#### 4. 사회적 지지 (Social Support)

사회적 지지는 개인이 보호와 사랑을 받고, 존중과 존경을 받고 있다는 것, 의사소통과 상호관계의 일원이라는 것을 믿도록 해주는 긍정적인 요소이다 (Cobb, 1976). 즉, 사회적 지지란 사회적 관계를 통해 개인이 다른 사람들로 부터 얻을 수 있는 사랑이나 인정, 정보, 물질 등의 모든 긍정적인 자원으로, 건강에 대한 정보제공 또는 현실적인 자원 제공으로 건강과 직접적으로 연관 될 수 있고, 심리적 측면에서는 자신의 가치 향상이나 조절감의 증진과 같은 긍정적인 감정상태와 관련되거나 삶의 의미를 제공할 수 있다(Cohen & Hoberman, 1983; Pender, 1996).

아동이 맺는 주된 사회적인 관계는 부모와 가족을 비롯하여 친구, 교사 등 이며, 이들이 아동에게 사회적 지지를 제공하는 사람이라고 할 수 있다(최은 영, 2000). 이는 다양한 사회생활을 경험하고 필요시 도움을 요청할 수 있는 기술이 있는 성인과 달리 아동은 가정과 학교 등 제한된 환경에 속해있고, 도움을 요청하는 적절한 기술이 아직 충분히 발달하지 못하여 성인보다 제한 된 지지 제공자를 갖기 때문이다(이미애와 정희욱, 2004). 이런 점에서 아동 의 주요한 사회적 지지원은 가족, 친구, 교사로 나누어 볼 수 있다.

아동이 가장 먼저 접하게 되는 지지원은 가족이다. 가족 구성원 중 부모는 직접적으로 또는 간접적으로 자녀에게 영향을 미칠 수 있다. 직접적인 영향 은 부모의 특성이나 자녀와의 상호작용이 갖는 특성 등의 요인에 의한 것이 고, 간접적인 영향은 부모의 직업이나 생활환경, 사회경제적 지위 등의 요인 으로 부모역할이나 양육태도에 미치는 영향이 포함될 수 있다(이미애와 정희 욱, 2004).

학령기에 접어들면서, 아동의 사회적 지지원은 친구와 교사로 확장된다. 아 동의 발달 특성상 학령기는 가족의 영향력은 이전 상태로 유지 또는 감소되

는 반면, 친구는 아동의 삶에 매우 의미 있는 존재로 부각되며 아동의 성장과 더불어 친구의 영향력이 더욱 증가된다(한미현과 유안진, 1996). 친구와의 관계는 아동의 지능과 흥미 발달 뿐만 아니라, 비슷한 감정을 공유하며 상호작용하는 방법을 배움으로써 사회적 관계에도 확대되어 적용할 수 있는 토대가 된다(이미애와 정희욱, 2004).

교사는 학교 환경에서 아동의 지적 발달, 정서적, 사회적 적응에 영향을 미치는 중요한 사회적 지원이 된다(이미애와 정희욱, 2004). 아동이 학교에 입학하면서 교사는 부모 다음으로 가장 밀접하게 상호작용하는 성인이 되고, 아동에게 직접적 또는 간접적으로 많은 영향을 미친다(Furman & Buhrmester, 1985).

선행연구에서 사회적 지지는 건강증진행위에 주요한 영향을 주는 요인이며, 건강증진행위의 예측요인으로 나타났다. 학령기 아동을 대상으로 한 연구에서 사회적 지지는 건강증진행위에 가장 긍정적인 영향을 주는 변수로 나타나, 사회적 지지가 높을수록 건강증진행위의 실천정도가 높음을 의미한다고 하였다(김성희, 2007; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022). 또한, 사회적 지지는 건강증진행위와 유의한 양의 상관관계가 있었다(김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022). 사회적 지지의 하부요인으로는 가족, 친구, 선생님에게 긍정적인 영향을 많이 받는 것으로 나타나, 아동의 건강증진행위의 실천에는 부모나 선생님, 친구의 영향을 많이 받음을 의미한다고 보고하였다. 따라서, 사회적 지지는 건강증진행위 실천율을 향상시키기 위한 유의미한 지표이며, 건강증진행위에 직·간접적으로 영향을 미치고, 신체적·정신적 건강증진행위 실천을 예측할 수 있는 강력한 변수라고 하였다(박선희와 김경숙, 2022).

이를 종합하면, 사회적 지지는 사회적 관계를 통해 아동이 다른 사람들로 부터 얻을 수 있는 사랑이나 인정, 정보, 물질 등의 모든 긍정적인 자원이라고 볼 수 있으며, 아동의 주된 사회적 관계는 부모, 친구, 선생님이므로, 아동의

사회적 지지 정도에 영향을 준다. 사회적 지지는 여러 연구에서 건강증진행위에 영향을 미치는 강력한 예측인자라고 보고되었으므로, 학령기 아동의 사회적 지지가 건강증진행위에 미치는 영향을 파악할 필요가 있다.

## 5. 자기효능감 (Self-efficacy)

자기효능감이란 바람직한 결과를 얻기 위하여 필요한 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념이다(Bandura, 1977). 자기효능감은 주관적인 인지와 실제 수행되는 행위 간의 관계를 연결함으로써 행동변화의 주요 결정인자로서 강조되고 있다(Bandura, 1986). 자기효능감은 행위의 선택, 행위의 지속, 사고 유형과 감정반응에 영향을 미쳐 다양한 방법으로 인간의 심리, 사회적 기능에 영향을 미친다. 또한, 자기효능감은 자기관리가 요구되는 행위변화에 대한 강력한 예측인자이다(Bandura, 1986). 자기효능감이 낮은 경우, 환경적 요구에 대처할 때 자신의 어려움을 실제보다 크게 인지하여 스트레스가 발생하고 능력을 효율적으로 사용할 수 없다. 반면, 자기효능감이 높은 사람은 관심과 능력을 상황적 요구에 맞게 발휘하고 문제를 극복하기 위해 더 많은 노력을 기울인다(Bandura, 1986).

Pender(1987)는 사회학습이론과 건강신념모형(Health Belief Model)에 기반한 건강증진모델(Health Promotion Model)에서 행위와 관련된 인지와 감정의 변수 중 하나로 지각된 자기효능감을 제시하였다. 지각된 자기효능감은 행위를 선택하거나 행위의 지속정도를 결정하며 건강증진행위에 가장 영향력 있는 요인이라고 하였다. Pender(1987)의 건강증진모델에서 지각된 자기효능감은 행위 관련 감정에 영향을 받고, 지각된 장애성에 영향을 미친다. 이는 지각된 자기효능감이 높을수록 지각된 장애성은 낮아짐을 의미한다.

Fisher & Fisher(1992)는 IMB 모델의 구성요소 중 행동기술(Behavioral Skills)로 자기효능감을 제시하였고, 건강행위변화의 근본적인 결정요인이자 핵심요인이라고 하였다. 또한, 행동기술은 정보와 동기의 영향을 받아 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 변수라고 규정하였다.

자기효능감에 대한 선행연구를 살펴보면, 다수의 연구에서 자기효능감을 건강증진행위에 주요한 영향을 미치는 핵심요인이며 긍정적인 예측요인으로 규정하였다. 학령기 아동을 대상으로 한 연구에서 자기효능감은 건강증진행위에 긍정적인 영향을 주는 변수로 나타나 자기효능감이 높을수록 건강증진행위를 잘 실천한다고 하였다(유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 한창현 등, 2005; 홍연란; 2006, 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022). 또한, 자기효능감은 건강증진행위와 유의한 양의 상관관계가 있었다(유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 전미숙과 김현옥, 2008; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022).

이를 종합하면, 자기효능감은 바람직한 결과를 얻기 위하여 필요한 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념으로 행위변화를 위한 핵심요인이라고 할 수 있다. 자기효능감은 건강증진행위를 설명하는 가장 강력한 예측요인으로(Pender, 1996), 다수의 연구에서 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 따라서, 학령기 아동의 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 확인할 필요가 있다.

## 6. 학령기 아동의 건강증진행위 (Health Promotion Behavior)

건강증진(Health Promotion)이란 성숙을 위해서 대상자에 의해 주도되는 긍정적인 또는 역동적인 과정으로서, 인간이 자신의 잠재력을 표현하고 삶의 질을 높이기 위해 나아가는 과정이다(Pender, 1987). 건강증진은 신체적·정신적 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하고 생활방식을 변화하도록 하는 광범위한 개념이다(변영순과 장희정, 1992). 여러 국가에서 건강증진에 대한 정책적인 노력을 기울이고 있으며, 대표적으로 미국의 Healthy People 2030과 우리나라의 국민건강증진종합계획 2030 등이 있다 (Office of Disease Prevention and Health Promotion., n.d.; 보건복지부, 2022).

건강증진행위(Health Promotion Behavior)는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 활동으로, 안녕수준을 높이고 자아실현과 만족감을 유지 및 증진하기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위이다(Pender et al., 2006). 모든 사람은 6세부터 12세까지인 학령기를 거치며 일생동안 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강에 대한 태도와 행위를 배운다. 이 시기에 형성된 건강생활습관은 평생 지속된다(Howard et al., 1996; 김성희, 2007)는 점에서 학령기 아동의 건강증진행위에 대한 관심이 높아지고 있다.

국내의 선행연구에서 보고된 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인과 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 학령기 아동의 건강증진행위에는 건강지식(강귀애, 1991; 김귀례, 1992; 전가을과 권인수, 2017), 건강정보이해능력(장병순과 김동희, 2015), 자기효능감(유춘애와 이종태, 2002; 한창현 등, 2005; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 박선희와 김경숙, 2022), 자아존중감(홍연란, 2006; 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 장영숙, 2012), 사회적 지지(김성희, 2007; 김현섭, 2009;

박선희와 김경숙, 2022), 지각된 유익성(김성희, 2007; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022), 학업성적(위광복, 2005; 장병순과 김동희, 2015), 주관적 건강 상태(강귀애, 1991; 유춘애와 이종태, 2002; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017)와 주관적 가정 경제수준(유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 전미숙과 김현옥, 2008)이 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 또한, 친한 친구나 존경하는 선생님이 있고(유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005), 가족 분위기가 화목할수록(유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 김현섭, 2009), 보건교육 횟수가 많을수록, 보건교육 후 지식·태도·행동의 변화가 있다고 인식할수록(장병순과 김동희, 2015) 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미쳤다. 반면, 지각된 장애성(김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2010; 박선희와 김경숙, 2022)은 낮을수록 건강증진행위 실천정도가 높다고 나타났다.

선행연구에서 보고된 학령기 아동의 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이를 보인 요인은 <표 2>와 같다. 성별은 여자가 남자보다(조정민 등, 2006; 김신정 등, 2007; 김현섭, 2009) 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다. 학년은 5학년이 6학년보다(김성희, 2003; 배진순, 2013; 전가을과 권인수, 2017) 또는 6학년이 5학년보다(장병순과 김동희, 2015; 박선희와 김경숙, 2022), 저학년이 고학년보다(김신정 등, 2007) 건강증진행위 실천정도가 높게 나타났다. 주관적 건강상태가 좋다고 인지할수록(김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 김신정 등, 2007; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017), 주관적 가정 경제상태가 높다고 인식할수록(이덕원, 2000; 김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 장지연, 2006; 배진순, 2013; 전가을과 권인수, 2017), 가족 분위기가 화목할수록(이덕원, 2000; 유춘애와 이종태, 2002; 박미숙, 2003; 위광복, 2005; 김현섭, 2009; 배진순,

2013), 어머니의 교육수준이 높을수록(김성희, 2003; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김신정 등, 2007; 장병순과 김동희, 2015), 아버지의 교육수준이 높을수록(위광복, 2005; 김신정 등, 2007) 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다. 또한, 학업성적이 좋을수록(유준애와 이종태, 2002; 박미숙, 2003; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김현섭, 2009; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017), 학교생활에 만족할수록(위광복, 2005; 김현섭, 2009; 전가을과 권인수, 2017), 친구 및 교사와의 관계가 좋을수록(위광복, 2005; 배진순, 2013) 건강증진행위 실천정도가 높았다. 아동이 건강에 대한 관심이 높을수록(전미숙과 김현옥, 2008; 박선희와 김경숙, 2022), 건강 관련 정보를 부모나 학교로부터 얻는 경우(김성희, 2003), 보건교육 후 지식·태도·행동의 변화가 있다고 인식할수록(장병순과 김동희, 2015) 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다.

이를 종합하면, 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 자기 효능감, 자아존중감, 사회적 지지, 건강지식, 건강정보이해능력, 주관적 건강상태, 주관적 가정 경제상태 등으로 나타났다. 학령기는 건강에 대한 지식, 태도, 행위를 습득하고, 건강생활습관이 형성되고 평생 지속되며, 학교에서 정규보건교육이 시작되는 시기이다. 따라서, 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것은 보건교육 및 건강증진프로그램을 개발 및 적용하는데 기초자료를 제공하고 건강증진행위를 촉진할 수 있는 다양한 전략을 수립하는데에 필수적이라고 사료된다. 더 나은 건강결과는 새로운 지식의 습득, 더 긍정적인 태도, 더 큰 자기효능감, 더 높은 건강정보이해능력 과 관련된 긍정적인 건강행동이 기반이 되어야 나타날 수 있다(Baker, 2006). 따라서, 본 연구에서는 IMB 모델과 선행연구를 기반으로 주요 변수로 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지와 자기효능감을 설정하여 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 한다.

<표 1> 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 및 일반적 특성

| 요인 및 일반적 특성        | 관련 연구   |
|--------------------|---|
| 건강지식               | 강귀애, 1991; 김귀례, 1992; 전가을과 권인수, 2017  |
| 건강정보이해능력           | 장병순과 김동희, 2015  |
| 자기효능감              | 유춘애와 이종태, 2002; 한창현 등, 2005; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 박선희와 김경숙, 2022 |
| 자아존중감              | 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 장영숙, 2012   |
| 사회적 지지             | 김성희, 2007; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022  |
| 지각된 유익성            | 김성희, 2007; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022  |
| 지각된 장애성            | 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2010; 박선희와 김경숙, 2022   |
| 과거 건강관련행위          | 김성희, 2007; 김현섭, 2009; 전미숙과 김현옥, 2010; 박선희와 김경숙, 2022  |
| 학업 성적              | 위광복, 2005; 장병순과 김동희, 2015   |
| 주관적 건강상태           | 강귀애, 1991; 유춘애와 이종태, 2002; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017                         |
| 주관적 가정 경제상태 (생활수준) | 유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 전미숙과 김현옥, 2008   |
| 친한 친구 유무           | 유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005   |
| 존경하는 선생님 유무        | 유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005   |
| 가족분위기 (가정화목정도)     | 유춘애와 이종태, 2002; 위광복, 2005; 김현섭, 2009  |
| 보건교육 관련 요인         | 장병순과 김동희, 2015  |

<표 2> 학령기 아동의 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이를 보인 요인

| 일반적 특성                | 관련 연구   |
|-----------------------|---|
| 성별                    | 조정민 등, 2006; 김신정 등, 2007; 김현섭, 2009   |
| 학년                    | 김성희, 2003; 김신정 등, 2007; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017; 박선희와 김경숙, 2022   |
| 주관적 건강상태              | 김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 김신정 등, 2007; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017 |
| 주관적 가정 경제상태           | 이덕원, 2000; 김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 장지연, 2006; 배진순, 2013; 전가을과 권인수, 2017                            |
| 가족분위기<br>(가족 화목정도)    | 이덕원, 2000; 유춘애와 이종태, 2002; 박미숙, 2003; 위광복, 2005; 김현섭, 2009; 배진순, 2013   |
| 어머니의 교육수준<br>(최종학력)   | 김성희, 2003; 권수자 등, 2004; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김신정 등, 2007; 장병순과 김동희, 2015   |
| 아버지의 교육수준<br>(최종 학력)  | 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김신정 등, 2007   |
| 학업성적                  | 유춘애와 이종태, 2002; 박미숙, 2003; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김현섭, 2009; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017                               |
| 학교생활 만족도              | 위광복, 2005; 김현섭, 2009; 전가을과 권인수, 2017  |
| 친구와의 관계               | 위광복, 2005; 배진순, 2013  |
| 교사와의 관계               | 위광복, 2005; 배진순, 2013  |
| 건강에 대한 관심(아동)         | 전미숙과 김현옥, 2008; 박선희와 김경숙, 2022  |
| 건강에 대한 관심(부모)         | 김성희, 2003; 위광복, 2005; 장지연, 2006; 전미숙과 김현옥, 2008   |
| 건강 관련 정보출처<br>(건강정보원) | 김성희, 2003   |
| 보건교육 후 변화에<br>대한 인식   | 장병순과 김동희, 2015  |

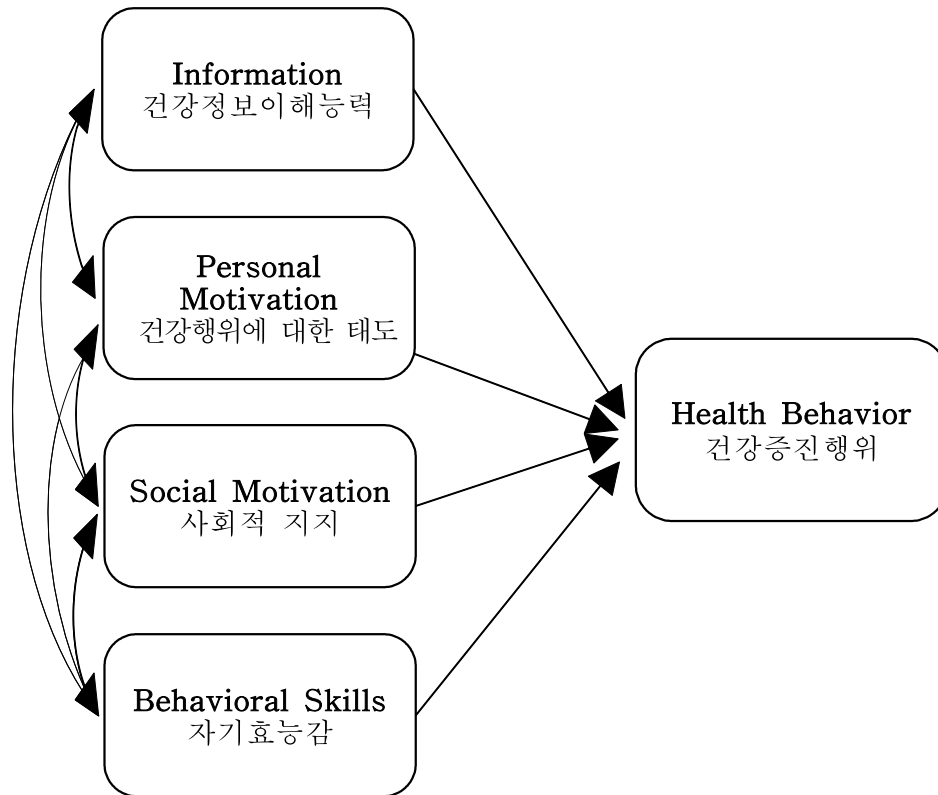
### Ⅲ. 연구의 개념적 기틀

본 연구에서는 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 정보-동기-행동기술 모델(IMB model)을 적용하여 확인하기 위해 개념적 기틀을 설정하였다<그림 2>.

IMB 모델을 기반으로 Talley et al.(2017), DeBate et al.(2018), 김영일과 박정숙(2017), 이후연 등(2019), 이선경(2021)의 연구를 참고하여 각 변수로 정보(건강정보이해능력), 개인적 동기(건강행위에 대한 태도), 사회적 동기(사회적 지지), 행동기술(자기효능감), 행동(건강증진행위)을 도출하여 재구성하였다.

IMB 모델은 건강 관련 정보, 동기, 행동기술을 건강 관련 행위를 결정하는 요인으로 제시하고, 개인이 풍부한 정보와 높은 동기부여, 효과적인 행동에 필요한 행동기술을 보유한 경우 건강증진행위를 시작하고 유지할 수 있다고 하였다. 또한, IMB 모델은 쉽게 이론적 기반으로 변환이 가능하도록 설계되었고, 구성요소 간의 모호한 관계성을 극복했다는 강점이 있다.

이에 본 연구에서는 Fisher & Fisher(1992)가 제시한 IMB 모델의 개념적 기틀을 기반으로 정보를 건강정보이해능력으로, 개인적 동기를 건강행위에 대한 태도로, 사회적 동기를 사회적 지지로, 행동기술을 자기효능감으로 설정하였다. 기존 IMB 모델에서는 정보와 동기가 행동기술에 영향을 미치고, 정보, 동기, 행동기술이 건강증진행위에 영향을 준다고 하였으나, 본 연구에서는 김영일과 박정숙(2017), 이후연 등(2019)의 연구를 참조하여 정보, 동기, 행동기술을 투입변수(input)로, 건강증진행위를 산출변수(output)로 수정된 개념적 기틀을 구성하였다.



<그림 2> 본 연구의 개념적 기틀

## IV. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로 학령기 아동의 건강정보 이해능력, 건강 행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도를 파악하고, 이들 변수 간의 관계와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상

연구대상자 수를 결정하기 위해 G\*Power 3.1.9.7 프로그램을 이용하여 다중 회귀분석을 위한 효과크기( $f^2$ )=.15, 유의수준  $\alpha$ =.05, 검정력( $1-\beta$ )=.85, 예측요인 15개로 설정 시, 최소표본수가 153명인 것에 근거하며 탈락률 10%를 고려하여 최소 169명 이상으로 대상자를 선정하였다.

서울지역에 소재한 초등학교 5, 6학년 재학생을 편의표집하여 설문 대상자를 선정하였다. 대상자는 언어적 의사소통이 가능하고 읽고 쓰기가 가능하며, 인지 기능에 문제가 없는 학생 중 연구 목적을 이해하고, 학부모의 동의와 자발적 연구참여 의사가 있는 학생을 대상으로 이루어졌다. 연구 진행 이전에 보호자 및 학생의 서면동의를 이루어지지 않은 경우와 연구 진행 중에 보호자 또는 학생이 참여를 원하지 않는 경우에는 대상자에서 제외하였다.

대상자 선정 기준에 따라 220부의 설문지를 배부하였으며, 응답내용이 불완전한 11부를 제외하여 최종 연구 대상자 수는 209명이었다.

### 3. 연구 도구

본 연구에는 구조화된 자가기입식 설문지를 사용하였으며, 설문지는 일반적 특성, 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건

강증진행위를 파악하기 위한 총 119문항으로 구성하였다. 각 도구는 저자와  
번안자의 도구사용 승인을 받은 후에 사용하였다.

#### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 선행연구(조정민 등, 2006; 김성희,  
2007; 조정민, 2009; 김현섭, 2009; 장병순과 김동희, 2015; 김지영, 2016; 정아  
영, 2017; 고해숙, 2020; 박선희와 김정숙, 2022)를 참고하여 성별, 학년, 주관  
적 건강상태, 학업성적, 병원입원경험, 건강정보원, 건강에 대한 관심도, 학교  
보건교육 경험 유무, 주관적 가정 경제상태의 총 9문항으로 구성하였다.

#### 2) 건강정보이해능력

본 연구에서는 안은정(2014)의 건강정보이해능력 검사도구를 수정 및 보완  
하여 사용하였다. 안은정(2014)의 도구는 언어적 건강정보이해능력과 기능적  
건강정보이해능력 검사도구로 이루어져 있으며, 기능적 건강정보이해능력 도  
구는 수리영역과 독해영역으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 언어적 건강정  
보이해능력과 기능적 건강정보이해능력의 점수를 합산하여 측정하였다.

안은정(2014)의 언어적 건강정보이해능력 검사도구는 일상생활과 건강, 질병  
예방과 관리, 약물의 오·남용과 흡연예방, 성과 건강, 정신 건강, 사회와 건강,  
사고 예방과 응급처치 총 7개 영역이며, 각 영역별로 6문항씩을 포함한 총 42  
문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 언어적 건강정보이해능력이 높은  
것을 의미하며, 안은정(2014)의 언어적 건강정보이해능력 검사도구의 신뢰도는  
Cronbach's  $\alpha=.86$ 이었다.

안은정(2014)의 언어적 건강정보이해능력 검사도구가 2009 교육과정을 기반  
으로 한 점으로 고려하여, 본 연구에서는 2015 개정 보건교육과정의 4개 단원  
과 일치하는 4개의 하위 영역으로 건강의 이해와 질병예방(8문항), 생활 속의

건강한 선택(11문항), 안전과 응급처치(8문항), 건강자원과 사회문화(3문항)으로 총 30문항으로 구성하였다. 검사도구는 간호학교수 1인, 보건교사 3인의 내용타당도 검증을 거친 후 사용하였다. 각 문항은 옳다고 생각하면 ‘그렇다’에, 틀리다고 생각하면 ‘아니다’에, 모르면 ‘잘 모른다’에 응답하도록 하였고, ‘정답’이면 1점, ‘오답’과 ‘잘 모른다’는 0점으로 처리하였다. 점수가 높을수록 언어적 건강정보이해능력이 높음을 의미한다.

기능적 건강정보이해능력은 안은정(2014)의 도구를 사용하였다. 기능적 건강정보이해능력 도구는 수리영역과 독해영역으로 구성된다. 먼저, 수리영역은 Parker et al.(1995)이 개발한 The Test of Functional Health Literacy in Adults(TOFHLA)와 미국 교육청의 성인의 의료정보이해능력에 관한 연구(US Department of Education, 2006)를 바탕으로 김수현과 이은주(2008)가 우리나라 실정에 맞게 개발한 Korean Functional Health Literacy Test(KFHLT)를 아동의 특성에 맞게 안은정(2014)이 수정한 도구를 사용하였다. 약물복용과 관련된 내용으로 총 6문항으로 구성되며, 각 문항은 3지선다형으로, ‘정답’이면 1점, ‘오답’과 ‘잘 모른다’는 0점으로 처리한다. 점수가 높을수록 수리영역의 기능적 건강정보이해능력이 높음을 의미한다.

기능적 건강정보이해능력 중 독해 영역은 과자정보 설명서와 어린이 신문기사의 내용을 이해하는 능력을 측정하는 내용으로 총 6문항으로 구성되며, 각 문항은 정답’이면 1점, ‘오답’과 ‘잘 모른다’는 0점으로 처리하였다. 점수가 높을수록 독해영역의 기능적 건강정보이해능력이 높음을 의미한다. 안은정(2014)의 기능적 건강정보이해능력의 검사도구 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha=.68$ 이었다.

본 연구에서는 언어적 건강정보이해능력과 기능적 건강정보이해능력의 점수를 합산하여 건강정보이해능력을 측정하였으며, 건강정보이해능력 검사도구 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha=.77$ 이었다.

### 3) 건강행위에 대한 태도

건강행위에 대한 태도를 측정하기 위해 Torabi et al.(2004)이 개발한 Health Attitude Scale을 김학령(2019)이 번안한 도구의 일부를 발췌하여 사용하였다. 김학령(2019)이 번안한 도구는 건강과 관련한 감정, 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념, 건강실천을 위한 행동의도 총 3개의 영역으로, 각 영역별로 5문항, 총 15문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 건강실천을 위한 행동의도와 관련된 5문항을 사용하였으며, 각 문항은 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지 응답할 수 있으며, 문항 중 3번 문항은 역문항으로 점수를 산출하였다. 점수가 높을수록 건강행위에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. Torabi et al.(2004)의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.88, 김학령(2019)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.84이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  =.76이었다.

### 4) 사회적 지지

사회적 지지를 측정하기 위해 Dubow & Ulman(1989)의 SSAS(the Social Support Appraisal Scale)와 SAB(Scale of Available Behavior)를 한국 아동에게 맞게 번안하고 보완한 한미현과 유안진(1996)의 도구를 수정한 하현수(2015)의 도구를 사용하였다.

하현수(2015)의 도구는 친구의 지지, 가족의 지지, 교사의 지지 3개 영역으로, 각 영역별로 8문항씩 총 24문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 응답하게 되어 있으며, 문항 중 2, 9, 19, 20번 문항은 역문항으로 점수를 산출하였다. 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 하현수(2015)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.93이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  =.91이었다.

#### 5) 자기효능감

자기효능감을 측정하기 위해 Schwarzer & Jerusalem(1993)이 개발한 일반적 자기효능감 도구를 바탕으로 Lee, Schwarzer, & Jerusalem(1994)이 개발한 한국판 일반적 자기효능감 도구(Korean Adaptation of the General Self-Efficacy Scale)를 수정하여 사용하였다.

한국판 일반적 자기효능감 도구는 10개 문항으로 구성되어 있으며, 4점 Likert 척도에 응답하도록 구성되었다. 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 5점 Likert 척도로 응답하도록 하였다. Lee, Schwarzer, & Jerusalem(1994)의 연구에서 개발 당시 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha=.75$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach’s  $\alpha=.87$ 이었다.

#### 6) 건강증진행위

건강증진행위를 측정하기 위해 Pender와 Pender(1986)에 의해 제안되고, Walker et al.(1987)이 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 토대로 한 선행연구 중 김현섭과 김영임(2010), 조정민(2009)의 연구를 토대로 나주영(2011)이 사용한 도구를 대상자의 특성 및 2015 개정 보건교육과정에 맞추어 수정한 검사도구를 사용하였다.

나주영(2011)의 도구는 보건교육과정의 7개 단원에 맞춘 29개 문항으로, 일상생활과 건강(5문항), 질병예방과 관리(6문항), 약물오남용 및 흡연·음주예방(4문항), 성과 건강(7문항), 정신건강(2문항), 사회와 건강(2문항), 사고예방과 응급처치(3문항)으로 구성되어 있다. 나주영(2011)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha=.73$ 이었다.

본 연구에서는 2015 개정 보건교육과정의 4개 단원과 일치하는 4개의 하위 영역으로, 건강의 이해와 질병예방(12문항), 생활 속의 건강한 선택(13문항),

안전과 응급처치(3문항), 건강자원과 사회문화(1문항)로 총 29문항으로 구성하였다. ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점까지의 5점 Likert 척도로 응답하도록 하였다. 점수가 높을수록 건강증진행위 실천 정도가 높음을 의미한다. 검사도구는 간호학교수 1인, 보건교사 3인의 내용타당도 검증을 거친 후 사용하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha=.85$ 이었다

#### 4. 자료 수집 및 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 소속된 성신여자대학교의 기관윤리심의위원회 승인을 받은 후 수행하였다(SSWUIRB-2023-003). 연구 자료 수집은 2023년 3월 13일부터 2023년 3월 31일까지 이루어졌으며, 연구대상학교는 서울시에 소재한 초등학교 중 편의표집으로 선정하였다. 편의표집 후 연구자가 대상학교에 직접 방문하여 학교장 및 보건교사, 담임교사에게 연구와 관련된 주요 사항을 사전 설명하였다. 이 중 연구참여에 동의한 2곳의 학교의 아동을 연구대상자로 선정하였다. 해당 아동의 법정대리인에게 연구와 관련된 설명문 및 동의서를 배부하여 동의한 경우에만 연구대상자로 확정하였다. 아동에게 연구와 관련된 사전 설명을 시행하고 이에 동의한 경우 최종 연구 대상으로 선정하였다.

연구 참여 전에 담임교사 또는 보건교사가 연구대상자에게 연구참여의 자율성, 비밀보장 및 연구 참여의 중도 포기가 가능하다는 것을 충분히 설명하였다. 또한, 연구결과와 설문지에 포함된 모든 정보는 연구자료로만 사용된다는 것을 안내하였다. 연구에 참여한 학생에게는 소정의 기념품을 제공하였다. 작성한 설문지는 개인정보보호를 위하여 밀봉하여 보관하였다.

#### 5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN Version 29.0 프로그램을 이용하여 통계처리하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 연구 대상자의 일반적 특성(성별, 학년, 주관적 건강상태, 학업성적, 병원 입원경험, 건강정보원, 건강에 대한 관심도, 학교 보건교육 경험 유무, 주관적 가정 경제상태)은 기술통계를 이용하여 빈도, 백분율을 분석하였다.
- 2) 연구 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도는 평균과 표준편차, 최소값과 최대값을 분석하였다.
- 3) 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 분석하기 위해 independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였고, 사후검증은 Scheffé test로 실시하였다.
- 4) 연구 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 5) 연구 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 시행하였다.

## 6. 연구의 제한점

본 연구는 서울시에 소재한 2곳의 초등학교 5, 6학년 학생을 대상으로 자가기입식 설문지를 이용하여 자료를 수집 및 분석한 결과이다. 따라서 연구 결과를 전체 초등학교 5, 6학년 학생으로 일반화하는데 제한이 있을 것이라 사료된다. 결과의 일반화를 위해서는 표본을 확대한 반복연구가 필요할 것으로 보인다. 또한, 본 연구에서는 IMB 모델을 변형하여 수정된 개념적 기틀을 설정하였으므로, 각 변수들 간의 직·간접적인 영향을 모두 확인할 수는 없다는 한계가 있다. 이후에는 IMB 모델에 따라 매개변수 또는 조절변수를 확인하고, 구체적인 인과관계를 파악하는 연구가 이루어질 필요가 있다.

## V. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 설정한 일반적 특성은 성별, 학년, 주관적 건강상태, 학업성적, 병원입원경험, 건강정보원, 건강에 대한 관심도, 학교 보건교육 경험 유무, 주관적 가정 경제상태이다. 대상자의 일반적 특성은 <표 3>과 같다.

일반적 특성 중 성별은 남자가 104명(49.8%), 여자가 105명(50.2%)으로 나타났다. 학년은 5학년 77명(36.8%), 6학년 132명(63.2%)이었다. 주관적 건강상태는 ‘건강하다’가 96명(45.9%), 학업성적은 ‘좋은 편이다’ 109명(52.2%)으로 가장 많이 나타났다. 병원입원경험은 ‘없다’가 120명(57.4%), ‘있다’가 89명(42.6%)이었다.

건강정보원은 주로 ‘친구, 가족 등 주변 사람들’이 65명(31.1%)으로 가장 많았으며, 다음으로는 ‘인터넷, SNS, 애플리케이션 등’이 62명(29.7%)이었다.

건강에 대한 관심도는 ‘보통이다’가 84명(40.2%)으로 가장 많았다. 학교 보건교육 경험 유무는 ‘없다’가 111명(53.1%), ‘있다’가 98명(46.9%)으로 나타났으며, 주관적 가정 경제상태는 ‘중’이 129명(61.7%)으로 가장 많았다.

<표 3> 대상자의 일반적 특성

(N=209)

| 항목               | 구분                     | 빈도(명) | 백분율(%) |
|------------------|------------------------|-------|--------|
| 성별               | 남자                     | 104   | 49.8   |
|                  | 여자                     | 105   | 50.2   |
| 학년               | 5학년                    | 77    | 36.8   |
|                  | 6학년                    | 132   | 63.2   |
| 주관적 건강상태         | 매우 건강하다                | 50    | 23.9   |
|                  | 건강하다                   | 96    | 45.9   |
|                  | 보통이다                   | 49    | 23.4   |
|                  | 나쁘다                    | 12    | 5.7    |
|                  | 매우 나쁘다                 | 2     | 1.0    |
| 학업성적             | 좋은 편이다                 | 109   | 52.2   |
|                  | 보통이다                   | 93    | 44.5   |
|                  | 나쁜 편이다                 | 7     | 3.3    |
| 병원입원경험           | 없다                     | 120   | 57.4   |
|                  | 있다                     | 89    | 42.6   |
| 건강정보원<br>(다중 선택) | TV, 라디오 등 방송매체         | 49    | 23.4   |
|                  | 인터넷, SNS, 애플리케이션 등     | 62    | 29.7   |
|                  | 책, 신문, 잡지 등 인쇄매체       | 19    | 9.1    |
|                  | 친구, 가족 등 주변 사람들        | 65    | 31.1   |
|                  | 학교 수업이나 선생님(담임 보건교사 등) | 35    | 16.7   |
|                  | 의료인(약사, 의사, 간호사 등)     | 44    | 21.1   |
| 건강에 대한 관심도       | 매우 많다                  | 29    | 13.9   |
|                  | 많다                     | 70    | 33.5   |
|                  | 보통이다                   | 84    | 40.2   |
|                  | 적다                     | 16    | 7.7    |
|                  | 매우 적다                  | 10    | 4.8    |
| 학교 보건교육 경험       | 없다                     | 111   | 53.1   |
|                  | 있다                     | 98    | 46.9   |
| 주관적 가정 경제상태      | 상                      | 68    | 32.5   |
|                  | 중                      | 129   | 61.7   |
|                  | 하                      | 12    | 5.7    |

## 2. 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위

대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 평균, 표준편차, 최소값, 최대값은 <표 4>와 같다.

대상자의 건강정보이해능력의 평균은 42점 만점을 기준으로  $29.35 \pm 4.22$ 점이었다. 건강행위에 대한 태도의 평균은 25점 만점을 기준으로  $19.62 \pm 3.36$ 점이었다. 사회적 지지의 평균은 120점 만점을 기준으로  $97.18 \pm 13.02$ 점이었다. 자기효능감의 평균은 50점 만점을 기준으로  $35.87 \pm 7.34$ 점이었다. 건강증진행위의 평균은 145점 만점을 기준으로  $113.07 \pm 14.09$ 점이었다.

<표 4> 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위

| (N=209)     |        |       |     |     |
|-------------|--------|-------|-----|-----|
| 항목          | M      | SD    | Min | Max |
| 건강정보이해능력    | 29.35  | 4.22  | 18  | 39  |
| 건강행위에 대한 태도 | 19.62  | 3.36  | 10  | 25  |
| 사회적 지지      | 97.18  | 13.02 | 63  | 120 |
| 자기효능감       | 35.87  | 7.34  | 16  | 50  |
| 건강증진행위      | 113.07 | 14.09 | 73  | 141 |

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 정도는 <표 5>와 같다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 학년( $t=2.546$ ,  $p=.012$ ), 주관적 건강상태( $F=8.731$ ,  $p<.001$ ), 학업성적( $F=5.918$ ,  $p=.003$ ), 건강에 대한 관심도( $F=12.960$ ,  $p<.001$ ), 학교 보건교육 경험 유무( $t=2.848$ ,  $p=.005$ ), 주관적 가정 경제상태( $F=18.844$ ,  $p<.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이가 있었던, 학년, 주관적 건강상태, 학업성적, 건강에 대한 관심도, 학교 보건교육 경험 유무, 주관적 가정 경제상태 중 post hoc test가 가능한 변인을 대상으로 Scheffé test를 실시한 결과, 주관적 건강상태가 ‘매우 건강하다’라고 응답한 집단이 ‘건강하다’, ‘보통이다’, ‘나쁘다’라고 응답한 집단보다 건강증진행위를 더 잘 실천하는 것으로 나타났다. 또한 학업성적이 ‘좋은 편’이라고 응답한 집단이 ‘보통’, ‘좋지 못한 편’이라고 응답한 집단보다 건강증진행위 실천 정도가 더 높게 나타났다. 건강에 대한 관심도가 ‘매우 많다’라고 응답한 집단은 ‘많다’, ‘보통이다’, ‘적다’, ‘매우 적다’라고 응답한 집단보다 건강증진행위를 더 잘 실천하는 것으로 나타났으며, 건강에 대한 관심도가 ‘많다’라고 응답한 집단이 ‘보통이다’라고 응답한 집단보다 건강증진행위 실천 정도가 높게 나타났다. 주관적 가정 경제상태가 ‘상’이라고 응답한 집단이 ‘중’, ‘하’라고 응답한 집단보다 건강증진행위를 더 잘 실천하는 것으로 나타났다.

<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위

(N=209)

| 항목                  | n                    | 건강증진행위 |        |          |                      |                  |
|---------------------|----------------------|--------|--------|----------|----------------------|------------------|
|                     |                      | M      | SD     | t / F(p) | Scheffé              |                  |
| 성별                  | 남자                   | 104    | 111.92 | 13.97    | -1.169<br>(.244)     |                  |
|                     | 여자                   | 105    | 114.20 | 14.18    |                      |                  |
| 학년                  | 5학년                  | 77     | 116.27 | 14.23    | 2.546*<br>(.012)     |                  |
|                     | 6학년                  | 132    | 111.20 | 13.71    |                      |                  |
| 주관적<br>건강상태         | 매우 건강하다 <sup>a</sup> | 50     | 121.68 | 11.40    | 8.731***<br>(<.001)  | a>b,c,d          |
|                     | 건강하다 <sup>b</sup>    | 96     | 111.85 | 13.18    |                      |                  |
|                     | 보통이다 <sup>c</sup>    | 49     | 108.94 | 14.74    |                      |                  |
|                     | 나쁘다 <sup>d</sup>     | 12     | 102.75 | 13.25    |                      |                  |
|                     | 매우 나쁘다 <sup>e</sup>  | 2      | 119.00 | 2.83     |                      |                  |
| 학업성적                | 좋은 편 <sup>a</sup>    | 109    | 115.76 | 14.42    | 5.918**<br>(.003)    | a>b,c            |
|                     | 보통 <sup>b</sup>      | 93     | 110.80 | 12.93    |                      |                  |
|                     | 좋지 못한 편 <sup>c</sup> | 7      | 101.29 | 14.12    |                      |                  |
| 병원<br>입원경험          | 없다                   | 120    | 112.46 | 14.16    | -.725<br>(.470)      |                  |
|                     | 있다                   | 89     | 113.89 | 14.02    |                      |                  |
| 건강<br>정보원<br>(다중선택) | 방송 매체                | 49     | 114.53 | 14.39    | 1.804<br>(.112)      |                  |
|                     | 온라인 매체               | 62     | 110.24 | 12.98    |                      |                  |
|                     | 인쇄 매체                | 19     | 116.58 | 14.35    |                      |                  |
|                     | 주변 사람                | 65     | 114.77 | 16.11    |                      |                  |
|                     | 학교                   | 35     | 110.60 | 12.63    |                      |                  |
|                     | 의료인                  | 44     | 116.95 | 13.47    |                      |                  |
| 건강에<br>대한<br>관심도    | 매우 많다 <sup>a</sup>   | 29     | 125.86 | 11.17    | 12.960***<br>(<.001) | a>b,c,d,e<br>b>c |
|                     | 많다 <sup>b</sup>      | 70     | 115.99 | 11.50    |                      |                  |
|                     | 보통이다 <sup>c</sup>    | 84     | 107.93 | 13.27    |                      |                  |
|                     | 적다 <sup>d</sup>      | 16     | 107.94 | 11.56    |                      |                  |
|                     | 매우 적다 <sup>e</sup>   | 10     | 106.90 | 20.19    |                      |                  |
| 학교<br>보건교육<br>경험    | 없다                   | 111    | 115.63 | 13.09    | 2.848**<br>(.005)    |                  |
|                     | 있다                   | 98     | 110.16 | 14.67    |                      |                  |
| 주관적<br>가정<br>경제 상태  | 상 <sup>a</sup>       | 68     | 120.85 | 12.10    | 18.844***<br>(<.001) | a>b,c            |
|                     | 중 <sup>b</sup>       | 129    | 109.74 | 13.27    |                      |                  |
|                     | 하 <sup>c</sup>       | 12     | 104.75 | 15.18    |                      |                  |

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

#### 4. 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계

대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson 상관분석을 실시하였다.

사회적 지지와 건강증진행위 간에는 가장 높은 양의 상관관계가 나타났다( $r=.696, p<.001$ ). 다음으로 건강행위에 대한 태도와 건강증진행위 간의 상관관계가 높게 나타났다( $r=.622, p<.001$ ). Pearson 상관분석을 실시한 구체적 결과는 <표 6>과 같다.

건강정보이해능력은 건강증진행위( $r=.330, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.302, p<.001$ ), 사회적 지지( $r=.227, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.184, p=.008$ ) 순으로 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

건강행위에 대한 태도는 건강증진행위( $r=.622, p<.001$ ), 사회적 지지( $r=.507, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.477, p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.302, p<.001$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 있었다.

사회적 지지는 건강증진행위( $r=.696, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.554, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.507, p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.227, p<.001$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

자기효능감은 건강증진행위( $r=.561, p<.001$ ), 사회적 지지( $r=.554, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.477, p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.184, p=.008$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 있었다.

건강증진행위는 사회적 지지( $r=.696, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.622, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.561, p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.330, p<.001$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 나타났다.

<표 6> 대상자의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계

(N=209)

| 항목             | 건강정보<br>이해능력 | 건강행위에<br>대한 태도 | 사회적 지지  | 자기효능감   | 건강증진행위 |
|----------------|--------------|----------------|---------|---------|--------|
| 건강정보<br>이해능력   | 1            |                |         |         |        |
| 건강행위에<br>대한 태도 | .302***      | 1              |         |         |        |
| 사회적 지지         | .227***      | .507***        | 1       |         |        |
| 자기효능감          | .184**       | .477***        | .554*** | 1       |        |
| 건강증진행위         | .330***      | .622***        | .696*** | .561*** | 1      |

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

## 5. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 연구대상자의 일반적 특성 중 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이를 보였던 학년, 주관적 건강상태, 학업성적, 건강에 대한 관심도, 학교 보건교육 경험 유무, 주관적 가정 경제상태를 변수로 포함하였다. 이 중, 학년과 학교 보건교육 경험 유무는 가변수 처리하였다. 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감을 독립변수로 설정하여 회귀모형에 투입하였다. 다중회귀분석을 실시하여 분석한 결과는 <표 7>과 같다.

먼저 회귀모형에서 오차항의 독립성과 오차항의 등분산성을 검증하였다. Durbin-Watson은 1.677로 자기상관성이 없음을 확인하였다. 잔차산점도 또한 일정한 규칙을 갖지 않고 산재되어 있으므로 독립성과 등분산성을 만족하였다. 독립변수들 간의 다중공선성을 평가한 결과, 공차한계(tolerance)범위는 0.532~0.826로 모두 1.0 미만이었고, 분산팽창지수(VIF) 값이 1.210~1.880로 10 미만이었으므로 독립변수 간 다중공선성이 없다고 판단하였다.

본 연구에서 대상자의 건강증진행위에 가장 크게 영향을 주는 요인은 사회적 지지( $\beta=.419$ ,  $p<.001$ )로 나타났다. 다음으로, 건강행위에 대한 태도( $\beta=.267$ ,  $p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.134$ ,  $p=.021$ ), 건강정보이해능력( $\beta=.109$ ,  $p=.025$ ), 건강에 대한 관심도( $\beta=.102$ ,  $p=.043$ )도 통계적으로 유의한 수준에서 대상자의 건강증진행위에 긍정적인 영향을 주는 변수로 나타났다. 회귀분석을 통해 도출된 이 모델의 설명력은 60.4%이었다(Adjust  $R^2=.604$ ,  $F=32.677$ ,  $p<.001$ ).

<표 7> 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

| (N=209)                    |        |       |         |       |       |
|----------------------------|--------|-------|---------|-------|-------|
| 항목                         | B      | SE    | $\beta$ | t     | p     |
| (상수)                       | 20.421 | 6.570 |         | 3.108 | .002  |
| 사회적 지지                     | .453   | .065  | .419    | 7.001 | <.001 |
| 건강행위에 대한 태도                | 1.121  | .236  | .267    | 4.752 | <.001 |
| 자기효능감                      | .257   | .110  | .134    | 2.333 | .021  |
| 건강정보이해능력                   | .362   | .160  | .109    | 2.260 | .025  |
| 건강에 대한 관심도                 | 1.463  | .717  | .102    | 2.040 | .043  |
| 학교 보건교육 경험 유무 <sup>‡</sup> | .975   | 1.507 | .035    | .647  | .518  |
| 주관적 가정 경제상태                | .565   | 1.275 | .022    | .443  | .658  |
| 주관적 건강상태                   | .189   | .798  | .012    | .237  | .813  |
| 학업 성적                      | .019   | 1.267 | .001    | .015  | .988  |
| 학년 <sup>‡</sup>            | -1.245 | 1.531 | -.043   | -.813 | .417  |

R<sup>2</sup>=.623, adj R<sup>2</sup>=.604, F(p)=32.677(<.001)

Durbin-Watson=1.677

<sup>‡</sup> Dummy variables

## VI. 논의

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델(IMB model)을 기반으로 학령기 아동의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도를 파악하고, 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

IMB 모델은 건강 관련 행위의 시작과 유지를 예측하고 촉진하기 위해 정보와 동기, 행동기술을 근본적인 결정요인으로 개념화한 모델이다. 기존 이론들의 한계인 구성요소들 간의 모호한 관계성과 개념적 간결성의 부족을 극복하고 건강행동의 결정요인에 대해 이론적으로 해석과 변환이 쉽게 가능하도록 설계되었다는 장점이 있어, 본 연구에서는 IMB 모델을 기반으로 개념적 기틀을 설정하였다. IMB 모델의 각 구성요소는 정보(건강정보이해능력), 개인적 동기(건강행위에 대한 태도), 사회적 동기(사회적 지지), 행동기술(자기효능감)로 설정하였다.

일반적 특성 중 건강증진행위에 유의한 차이를 나타낸 요인은 학년( $t=2.546, p=.012$ ), 주관적 건강상태( $F=8.731, p<.001$ ), 학업성적( $F=5.918, p=.003$ ), 건강에 대한 관심도( $F=12.960, p<.001$ ), 학교 보건교육 경험 유무( $t=2.848, p=.005$ ), 주관적 가정 경제상태( $F=18.844, p<.001$ )로 나타났다.

학년은 5학년이 6학년보다 건강증진행위를 더 잘 실천하는 것으로 나타났다. 이는 학령기 아동 대상의 선행연구에서도 초등학교 5학년이 6학년보다 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타난 결과와 일치하였다(김성희, 2003; 배진순, 2013; 전가을과 권인수, 2017). 하지만, 학년이 높을수록 건강증진행위를 잘 실천한다고 밝힌 일부 선행연구와 상반되는 결과를 보였다(장병순과 김동희, 2015; 박선희와 김경숙, 2022). 보건교사에 의한 정규 학교 보건교육이 초등학교 5학년 또는 6학년 때부터 시작되고 여러 선행연구에서 보건교육

이 아동의 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미친다고 나타난 점을 고려할 때 (홍현미와 이효관, 2000; 조정민, 2009; 나주영, 2011; 장병순과 김동희, 2015; 김은희, 2017), 학년보다는 학생의 학교 보건교육 경험 유무가 영향을 미쳤을 것이라 해석할 수 있다. 일반적으로 선행연구에서 학년이 높을수록 건강증진행위 실천 정도가 높아진다고 나타난 점을 고려했을 때, 추후 학년에 따른 건강증진행위 실천정도의 차이를 반복 연구하여 재검증할 필요가 있다.

주관적 건강상태를 건강하다고 인식할수록 건강증진행위의 실천정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 학령기 아동을 대상으로 한 선행연구의 결과와 일치하였다(김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 김신정 등, 2007; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017). 주관적 건강상태는 건강증진행위의 빈도와 강도와 관련이 있어, 긍정적으로 자신의 건강상태를 지각할수록 건강증진행위의 실천 정도가 높아지고, 건강증진프로그램에의 참여의지도 높다 (Palank, 1991; Pender, 1996). 따라서, 아동의 건강상태에 맞는 건강검진 등의 적절한 의료적 접근이 필요할 뿐만 아니라 질병예방과 건강관리, 식습관 및 영양, 개인위생, 신체활동 등에 대한 보건교육과 건강증진프로그램을 지속적으로 실시하고 아동의 참여를 독려함으로써 아동의 건강관리역량을 높이고 스스로 좋은 건강상태를 유지하도록 도울 필요가 있다.

본 연구결과, 학업성적이 좋을수록 건강증진행위 실천정도가 높아지는 것으로 나타났다. 이는 학업성적과 건강증진행위가 통계적으로 유의한 차이가 있다는 여러 선행연구의 결과와 일치하였다(유춘애와 이종태, 2002; 박미숙, 2003; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 김현섭, 2009; 배진순, 2013; 장병순과 김동희, 2015; 전가을과 권인수, 2017). 학업성적이 높을수록 건강증진행위 실천정도가 높아지는 것은 인지적 능력과 관련되어 지식이나 정보를 이해하고 분석하고, 비판적인 사고가 가능하며 정보처리역량이 상대적으로 뛰어나기

때문일 것이라 사료된다. 대표적인 교육지표로 여겨졌던 ‘읽기 능력’이 건강 정보이해능력을 측정하는 기본 능력이고, 미국의 Healthy People 2030에서도 ‘4학년 읽기능력 수준 향상’을 선도건강지표로 제시한 점을 고려할 때(Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.), 읽기 능력 등의 기초학력의 신장은 현재 건강수준을 올바르게 진단할 수 있는 요인이라고 볼 수 있다(박윤주, 2021).

본 연구결과, 건강에 대한 관심이 많을수록 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다. 또한, 건강에 대한 관심도는 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 이는 건강에 대한 관심도가 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이가 있다는 여러 선행연구와 일치하는 결과이다(전미숙과 김현옥, 2008; 박선희와 김경숙, 2022). 이에 비추어 볼 때, 아동의 건강에 대한 관심은 건강한 삶을 유지 또는 증진하기 위해 노력하는 계기가 될 수 있다. 따라서 학령기 아동을 대상으로 건강증진프로그램 또는 보건교육을 계획할 때, 건강에 대한 관심을 높이는 방안을 우선적으로 고려할 필요가 있다. 이를 위해 아동의 흥미와 경험을 기반으로 하는 교육과정의 개발과 운영이 필요하다. 또한 아동의 흥미와 인지발달 단계 등이 충분히 고려된 학생 중심의 활동과 게임, 시뮬레이션 등의 다양한 교육방법이 이루어져야 한다. 또한 건강 캠페인이나 동아리 활동, 체육대회 등의 다양한 건강관련활동을 적극 홍보하고 참여를 독려하여 직접 경험해보도록 함으로써 건강에 대한 관심을 높일 수 있을 것이라 사료된다.

학교 보건교육을 경험한 경우 건강증진행위 실천정도가 높은 것으로 나타났다. 여러 선행연구에서 보건교육을 건강증진행위의 주요한 예측인자로 설명하였다(홍현미와 이효균, 2000; 조정민, 2009; 나주영, 2011; 장병순과 김동희, 2015; 김은희, 2017). 장병순과 김동희(2015)는 학령 후기 아동 대상 연구에서 보건교육 횟수가 많을수록, 보건교육 후 지식·태도·행동의 변화가 있다

고 느낄수록 건강증진행위를 잘 실천한다고 보고하였다. 미국은 ‘Healthy people 2030’의 목표를 달성하기 위한 중요한 방법으로 학교 보건교육을 강조하고 있다(Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.). 학교 보건교육이 건강의 신체적·정신적·정서적·사회적 영역에 관한 계획적이고 연속적인 교육과정을 포함하여 학생들의 건강에 대한 이해, 태도, 행위에 영향을 주는 것임을 고려할 때(WHO, 1997), 학령기 아동의 건강증진행위를 증진하기 위해서는 단위학교를 기반으로 보건교육을 강화하고, 체계적으로 운영할 필요가 있다. 이를 위해 보건교과를 정규교과목으로 편성하고, 보건교과에 적합한 학습자 중심, 체험 중심 교육 등 다양한 교육방법을 개발하는 것이 필요하다. 또한, 보건교사의 수업 전문성을 강화하기 위한 보건교육과정과 교육방법 등에 대한 연수를 확대할 필요가 있다. 또한, 효과적인 보건교육을 수행하기 위한 적절한 환경 조성 및 제도적 지원이 필요하다. 보건교사를 확대 배치하여 보건교사에 의한 전문적인 보건수업을 받을 수 있는 환경을 마련하고, 정규 보건교사 비율의 확충, 보건 담당 장학사의 확대 등의 노력이 필요하다. 아울러, 보건교육실의 확대 설치와 체계적 보건교육과정 연구 지원, 학교보건지원강사와 같은 보건실 보조인력이 충분히 지원될 필요가 있다.

주관적으로 인지하는 가정 경제상태가 좋을수록 건강증진행위를 잘 실천하는 것으로 나타났다. 이는 여러 선행연구에서 주관적 가정 경제상태에 따라 건강증진행위가 통계적으로 유의한 차이가 있다는 결과와 일치하였다(이덕원, 2000; 김성희, 2003; 박미숙, 2003; 권수자 등, 2004; 위광복, 2005; 조정민 등, 2006; 장지연, 2006; 배진순, 2013; 전가을과 권인수, 2017). 사회경제적 지위가 낮은 경우 건강한 삶을 유지하기 어렵고, 건강증진행위를 실천하기 어려우며, 건강불평등을 유발하는 요인이다(Adler et al., 1994; Link & Phelan, 1995; Marmot, 2005). 조정민 등(2006)은 초등학생 대상의 연구에서 아동이 지각하는 경제상태가 낮을수록 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하고, 건강

증진행위를 실천하지 않는다고 보고하였다. 특히, 건강증진행위 하위 영역 중 개인위생과의 상관성이 가장 높게 나타나, 저소득층 아동 대상의 건강관리에는 개인위생에 대한 교육과 관리가 중요하다고 하였다. 본 연구에서는 건강증진행위의 하위 영역에 따른 상관성을 분석하지 않았지만, 추후 연구를 통해 주관적 가정 경제상태와 건강증진행위 하위영역 간의 상관성을 분석하여 교육 또는 관리를 제공할 필요가 있다.

건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 사회적 지지( $\beta=.419, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $\beta=.267, p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.134, p=.021$ ), 건강정보이해능력( $\beta=.109, p=.025$ ), 건강에 대한 관심도( $\beta=.102, p=.043$ )로 나타났다. 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사회적 지지로 나타났다. 이는 사회적 지지가 높을수록 건강증진행위를 더 잘 실천함을 의미한다. 여러 선행연구에서 사회적 지지는 학령기 아동의 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 입증되어왔다(김성희, 2007; 김현섭, 2009; 박선희와 김경숙, 2022). 이러한 점을 고려할 때, 학령기 아동을 대상으로 건강증진행위의 실천을 고취시키기 위해서는 학령기 아동이 가정 및 학교에서 주요한 영향을 받으며, 인지적·정서적·신체적 발달을 이루는 발달과정상의 특징을 고려할 필요가 있다. 학령기 아동이 밀접하게 상호관계를 맺는 곳이 가정과 학교이며, 부모와 친구, 교사임을 고려하여 가정과 학교가 함께하는 건강증진프로그램이나 보건교육을 구성할 필요가 있다. 또한, 사회적 지지를 강화하거나 활성화할 수 있는 사회·정서적 지원에도 관심을 기울일 필요가 있다. 이를 위해, 사회적 기술을 교육과정에 통합하여 가르칠 필요가 있다. 효과적인 의사소통 방법과 감정조절, 대인관계 형성, 문제해결 방법, 협력하는 방법 등의 사회적 기술을 교육하고, 집단활동 및 동아리활동 또는 팀 기반 학습 등을 활용하여 교우관계에서 사회적 관계를 경험하고 소속감을 느끼며, 사회적 기술을 습득하고 적용해 볼 기회를 제공해야 한다. 또한, 가정과 학교가 협력하여 안전하

고 지지받는 분위기의 사회적인 환경을 조성할 필요가 있다. 차별 또는 폭력, 괴롭힘 등을 예방하기 위한 정책이나 교육을 시행하고, 상담 또는 멘토링 프로그램을 통해 아동이 자신의 어려움을 공유하고 해결방법을 모색하도록 하여 사회적 성장과 지지를 도울 수 있다.

건강행위에 대한 태도는 건강증진행위에 두 번째로 큰 영향을 미치는 요인으로 파악되었다. 건강행위에 대한 태도가 긍정적일수록 건강증진행위를 더 잘 실천한다고 할 수 있다. 이는 성인 대상의 선행연구와 일치하는 결과이다 (박순주와 이영혜, 2016; 김학령, 2019). 하지만, 학령기 아동을 대상으로 건강행위에 대한 태도와 건강증진행위의 관련성에 대한 연구는 많지 않은 실정이다. 특히 태도는 개인의 신념과 기대의 결과로, 이러한 신념과 기대는 사회적 경험의 영향을 많이 받으며, 개인의 성격적 특성보다는 사회적 영향에 의존하고, 잠재적이고 오랜 시간에 걸쳐 변화하고, 경험을 통해 조직되고 강화되는 특징이 있다(Fishbein & Ajzen, 1975; 김혜원, 2003; Torabi et al., 2004). 따라서 보건교육을 통해 건강한 생활에 대한 지식 뿐만 아니라 건강증진행위의 가치, 중요성, 필요성을 지속적으로 강조할 필요가 있다. 같은 맥락에서 보건교육 또는 건강증진프로그램을 운영할 때, 인지적 측면 외에도 태도, 동기, 의도와 같은 정서적 측면을 함께 고려할 필요가 있다. 또한, 학교와 가정의 협력하여, 교사와 부모가 역할모델로서 바람직한 건강생활양식을 실천하는 모습을 보여줌으로써 아동이 긍정적인 태도를 갖도록 할 수 있다. 그리고 건강한 문화를 조성하고 확산하기 위해 건강 캠페인이나 건강증진 동아리 활동 등의 다양한 건강증진프로그램을 활성화하고, 또한, 보건교육에서 시뮬레이션이나 토론 등의 다양한 교육방법을 활용하여 아동이 적극적으로 참여하도록 독려할 필요가 있다.

본 연구결과, 자기효능감은 건강증진행위에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 여러 선행연구에서 자기효능감을 건강증진행위의 실천을 높

이는 주요한 영향요인으로 보고한 결과와 일치하였다(유춘애와 이종태, 2002; 한창현 등, 2005; 홍연란, 2006; 김성희, 2007; 전미숙과 김현옥, 2008; 김현섭, 2009; 장영숙, 2012; 박선희와 김경숙, 2022). 이를 토대로, 자기효능감은 건강증진행위의 수행을 촉진하는 주요한 요소임을 알 수 있다. 따라서, 가정 및 학교 생활 전반에 걸쳐 아동의 자기효능감을 높일 수 있는 환경을 조성할 필요가 있다. 또한, 보건교육 또는 건강증진프로그램에 아동의 자기효능감을 향상시킬 수 있는 내용과 활동을 포함해야한다. 이를 위해, 도전과 성장을 기반으로 하는 과제를 제시하거나 다양한 경험을 제공할 필요가 있다. 아동이 스스로 선택하고, 목표를 설정하고, 점검하고, 평가하는 과정을 통해 책임감과 주도성, 성취감을 느끼도록 돕고, 그 과정에서 격려 뿐만 아니라 도움이 되는 방법 등의 긍정적인 피드백을 가정과 학교에서 협력하여 제공함으로써 아동이 자기효능감을 경험할 수 있는 기회와 환경을 마련할 필요가 있다. 또한, 친구들과 협력하여 문제를 해결하고 서로 돕는 지지적 분위기를 조성하는 것이 도움이 될 것이라 사료된다.

본 연구결과, 건강정보이해능력은 건강증진행위와 양의 상관관계가 있었으며 유의한 영향을 주는 변수로 확인되었다. 이는 학령기 후기 아동(장병순과 김동희, 2015)과 중학생(김지영, 2016; 정아영, 2017) 대상의 연구에서 건강정보이해능력은 건강증진행위와 양의 상관관계가 있었고, 언어적 건강정보이해능력이 건강증진행위에 영향을 미치는 요소로 나타난 것과 유사한 결과이다. 본 연구에서는 건강정보이해능력을 언어적 건강정보이해능력과 기능적 건강정보이해능력을 합산하여 측정하였으므로, 추후 연구에서 건강정보이해능력의 각 영역이 건강증진행위에 미치는 영향을 확인할 필요가 있다. 건강정보이해능력은 미국의 'Healthy People 2030'과 우리나라의 '국민건강증진종합계획 2030'에서 주요한 건강결정요인이며 건강증진을 위한 전략으로 그 중요성을 인정받고 있다. 건강정보이해능력이 낮은 청소년은 흡연이나 음주 등 부

정적인 건강행위를 더 많이 하는 경향을 보이고(DeWalt & Hink, 2009), 건강정보이해능력이 높을수록 질병예방행위나 건강행위 실천률이 높다(Scott et al., 2002). 따라서, 단순한 건강지식 전달이 아닌 건강정보이해능력을 반영한 학교 보건교육과정 또는 건강증진프로그램을 개발하고 적용할 필요가 있다. 또한 디지털 기자재의 활용 및 디지털 리터러시가 강조되고 있고, 정보의 홍수에서 적절한 정보를 탐색하고 판별하는 것이 핵심 역량으로 주목받고 있는 최근의 추세를 반영하여, 디지털 기기를 활용한 건강정보이해능력의 적용 및 e-헬스리터러시 등을 보건교육내용 등에 반영하여 건강정보이해능력을 향상시키는데 도움이 되는 방법이나 기술을 가르칠 필요가 있다. 또한, 건강정보에 직접 접근하고 활용할 수 있는 기회를 제공해야 한다. 이를 위해, 도서관이나 컴퓨터실 또는 디지털 기기를 활용하여 아동이 직접 건강정보에 접근하고, 평가하고, 활용함으로써 건강정보이해능력을 제고할 수 있도록 환경을 조성할 필요가 있다.

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로 학령기 아동의 건강증진행위를 높일 수 있는 요인으로 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강에 대한 관심도를 규명함으로써, 보건교육 또는 건강증진프로그램을 개발하고 적용하는데 기초자료를 제공하였다는 의의가 있다. 학령기는 건강생활습관을 형성하고, 올바른 지식과 태도, 행위를 습득하여 평생 건강의 기틀을 마련하는 시기이므로, 가정과 학교가 함께 적극적으로 학령기 아동의 건강증진행위를 독려하고 지지하기 위한 환경을 조성해야 한다. 또한, 다양한 프로그램과 교육방법을 통해 흥미와 관심을 높이고, 올바른 건강 정보를 활용하고 경험을 통해 바람직한 태도를 강화함으로써 자기 주도적으로 건강증진행위를 실천할 수 있도록 지원해야 할 필요가 있다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 요약 및 결론

본 연구는 정보-동기-행동기술 모델(IMB model)을 기반으로 학령기 아동의 건강정보이해능력, 건강 행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 정도를 파악하고, 이들 간의 관계와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 수행되었다.

자료 수집을 위하여 2023년 3월 13일부터 2023년 3월 31일까지 서울시에 소재한 2곳의 초등학교 5, 6학년 학생을 편의표집하였다. 탈락률 10%를 고려하여, 설문지 220부를 배부하였다. 이 중 응답 내용이 불완전한 11부를 제외한 209부를 분석하였다.

수집한 자료는 SPSS/WIN Version 29.0을 이용하여 빈도분석, 기술통계, independent t-test, one-way ANOVA, Scheffé post hoc test, Pearson's Correlation Coefficient, Multiple Regression Analysis로 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대상자는 성별은 남자가 104명(49.8%), 여자가 105명(50.2%)이었고, 학년은 5학년 77명(36.8%), 6학년 132명(63.2%)이었다. 주관적 건강상태는 '건강하다'가 96명(45.9%), 학업성적은 '좋은 편이다' 109명(52.2%)으로 가장 많았다. 병원입원경험은 '없다'가 120명(57.4%), '있다'가 89명(42.6%)이었다. 건강정보원은 주로 '친구, 가족 등 주변 사람들'이 65명(31.1%)으로 가장 많았으며, 다음으로는 '인터넷, SNS, 애플리케이션 등'이 62명(29.7%)이었다. 건강에 대한 관심도는 '보통이다'가 84명(40.2%)으로 가장 많았고, 학교 보건 교육 경험 유무는 '없다'가 111명(53.1%), '있다'가 98명(46.9%)이었다. 주관적 가정 경제상태는 '중'이 129명(61.7%)으로 가장 많았다.

둘째, 대상자의 건강정보이해능력의 평균은 42점 만점을 기준으로  $29.35 \pm 4.22$ 점이었다. 건강행위에 대한 태도의 평균은 25점 만점을 기준으로  $19.62 \pm 3.36$ 점이었다. 사회적 지지의 평균은 120점 만점을 기준으로  $97.18 \pm 13.02$ 점이었다. 자기효능감의 평균은 50점 만점을 기준으로  $35.87 \pm 7.34$ 점이었다. 건강증진행위의 평균은 145점 만점을 기준으로  $113.07 \pm 14.09$ 점이었다.

셋째, 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 학년( $t=2.546, p=.012$ ), 주관적 건강상태( $F=8.731, p<.001$ ), 학업성적( $F=5.918, p=.003$ ), 건강에 대한 관심도( $F=12.960, p<.001$ ), 학교 보건교육 경험 유무( $t=2.848, p=.005$ ), 주관적 가정경제상태( $F=18.844, p<.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

넷째, 건강증진행위는 사회적 지지( $r=.696, p<.001$ ), 건강행위에 대한 태도( $r=.622, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.561, p<.001$ ), 건강정보이해능력( $r=.330, p<.001$ ) 순으로 유의한 양의 상관관계가 나타났다.

다섯째, 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과, 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강에 대한 관심도로 나타났다. 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사회적 지지( $\beta=.419, p<.001$ )로 나타났다. 다음으로, 건강행위에 대한 태도( $\beta=.267, p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.134, p=.021$ ), 건강정보이해능력( $\beta=.109, p=.025$ ), 건강에 대한 관심도( $\beta=.102, p=.043$ )의 순서로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 모델의 설명력은 60.4%로 나타났다( $F=32.677, p<.001$ ).

## 2. 제언

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울 지역에 소재한 2곳의 초등학교 5, 6학년 학생을 편의 표집하여 시행한 연구이므로 본 연구결과를 전체 학령기 아동에게 적용하는 것에는 한계가 있다. 후속 연구에서 표집의 확대 혹은 대상자가 다양화된 연구가 이루어질 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 IMB 모델을 기반으로 수정된 개념적 기틀을 설정하여 각 변수들 간의 직·간접적인 영향을 모두 확인할 수는 없다는 한계가 있다. 따라서 추후 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수들 간의 조절효과나 매개효과를 확인하고, 보다 구체적인 인과관계를 규명하기 위한 구조모형을 적용한 연구가 이루어질 필요가 있다.

셋째, IMB 모델을 기반으로 한 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에 대한 다각적이고 반복적인 연구가 필요하다. 그리고 이러한 결과를 반영하여 IMB 모델을 기반으로 한 학령기 아동 대상의 보건교육 또는 건강증진프로그램을 수행하여 효과를 평가하는 연구가 이루어질 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강귀애. (1991). 초등학교 6학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 고해숙. (2020). 청소년의 정보활용능력이 건강정보이해능력에 미치는 영향에 관한 연구. 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 서울.
- 교육부. (2009). 2009 개정 교육과정 총론. 교육부 고시 제 2009-41호.
- 교육부. (2015). 2015 개정 교육과정 총론. 교육부 고시 제 2015-74호.
- 권수자, 김은희, 김태경. (2004). 초등학생의 가족기능, 자아개념 및 건강증진행위와의 관계. *지역사회간호학회지*, 15(4), 69-78.
- 김귀례. (1992). 초등학교 아동의 건강지식과 건강행위와의 관계연구. 석사학위논문, 조선대학교 대학원, 광주.
- 김성은, 오진아, 이윤미. (2013). 건강정보이해능력(Health Literacy)에 대한 개념 분석. *한국간호교육학회지*, 19(4), 558-570.
- 김성희. (2003). 학령기 아동의 건강증진행위와 어머니의 건강신념과의 관계 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김성희. (2007). 학령기 아동의 건강증진행위 예측모형. 박사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김수현, 이은주. (2008). 노인의 기능적 의료정보 이해능력이 지각된 건강상태에 미치는 영향. *대한간호학회지*, 38(2), 195-203.
- 김신정, 양순옥, 정금희, 이승희. (2007). 학령기 아동의 건강증진 행위 실천 정도. *아동간호학회지*, 13(4), 407-415.
- 김영일, 박정숙. (2017). 재가 무릎 골관절염 환자의 관절건강 자가관리 프로그램 개발 및 효과: IMB 모델 적용. *지역사회간호학회지*, 28(1), 55-68.

- 김영임, 박은옥. (2013). 초등학생의 건강지식과 건강증진행위에 관한 보건과 교육의 효과. *한국학교보건학회지*, 26(2), 55-61.
- 김은희. (2017). 체험적 보건교육이 초등학생의 학습요구도와 건강증진행위에 미치는 영향. 석사학위논문, 한국체육대학교 대학원, 서울.
- 김지영. (2016). 청소년의 건강정보이해능력과 건강증진행위. 석사학위논문, 차의과학대학교 대학원, 경기 포천.
- 김학령. (2019). 개인-가족-환경요인이 정신장애인의 신체건강행동에 미치는 영향: Theory of Triadic Influence의 적용을 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 47(2), 127-163.
- 김현섭. (2009). 학령기 후기 아동의 건강증진행위 관련요인 분석. 석사학위논문, 한국방송통신대학교 평생대학원, 서울.
- 김현섭, 김영임. (2010). 학령기 후기 아동의 건강증진행위 관련요인. *한국학교보건학회지*, 23(1), 1-10.
- 김혜원. (2003). 주제중심 독서활동을 통한 중학생의 장애인에 대한 태도 변화. 석사학위논문, 가톨릭대학교 교육대학원, 경기 부천.
- 나주영. (2011). 체계적 보건교육이 초등학생의 건강지식과 건강증진행위에 미치는 영향. 석사학위논문, 한국방송통신대학교 평생대학원, 서울.
- 노행인. (2002). 서울시내 일부 고등학생의 건강에 대한 지식·태도 및 실천행위간의 관련성 비교. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 박미숙. (2003). 학령후기 아동의 스트레스와 건강지각 및 건강증진 행위에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 박선희, 김경숙. (2022). 학령기 아동의 건강증진행위 관련요인. *한국엔터테인먼트산업학회논문지*, 16(2), 131-142.
- 박순주, 이영혜. (2016). 성인의 지각된 건강상태, 건강태도, 건강관심도가 건강증진행위에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(12), 192-202.

- 박윤주. (2021). 미국 Healthy People 2030이 한국 국민건강증진종합계획 2030에 주는 시사점: 아동·청소년을 중심으로. *한국보건교육건강증진학회지*, 38(4), 19-31.
- 변영순, 장희정. (1992). 건강증진개념분석에 관한 연구. *대한간호학회지*, 22(3), 362-372.
- 배진순. (2013). 일부 농촌지역 초등학생들의 정신건강 문제와 건강증진행위와의 관련성. *한국학교보건학회지*, 26(1), 26-33.
- 보건복지부, 대한의학회. (2016). 소비자 건강정보 제공을 위한 증장기 전략 수립에 관한 연구. 보건복지부, 세종.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2022). 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030). <https://www.khepi.or.kr/healthplan>
- 안은정. (2014). 초등학교 5, 6학년의 건강정보문해력. 석사학위논문, 경상국립대학교 대학원, 경남 진주.
- 우종범, 안은주, 김진호. (2013). 건강증진행위의 다차원적 구조에 관한 연구. *소비자학연구*, 24(2), 183-200.
- 유춘애, 이종태. (2002). 부산지역 초등학교 6학년 아동들의 건강증진행위에 영향을 주는 요인. *대한보건연구*, 28(1), 95-105.
- 위광복. (2005). 초등학교 아동들의 자기효능감 및 건강증진행위에 대한 관련요인분석. *대한보건연구*, 31(2), 138-145.
- 이덕원. (2000). 초등학생의 자아개념이 건강증진행위에 미치는 영향. *한국보건교육건강증진학회 학술대회 발표논문집*, 265-266.
- 이미애, 정희욱. (2004). 아동이 지각한 사회적 지지와 자아존중감과의 관계. *교육연구*, 16, 17(1) 123-137.
- 이선경. (2021). 코로나19 상황에서 간호사의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인: 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로. 석사학위논문, 경상국립대학교 대

- 학원, 경남 진주.
- 이후연, 최은경, 김희정, 김호성, 김희순. (2019). 제1형 당뇨병 청소년의 자기관리 영향요인: 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로. *Child Health Nursing Research*, 25(2), 234-243.
- 장병순, 김동희. (2015). 학령기 후기 아동의 건강정보이해능력과 건강증진행위. *지역사회간호학회지*, 27(3), 199-208.
- 장영숙. (2012) 지역아동센터 이용 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. *부모자녀건강학회지*, 15(2), 51-59.
- 장지연. (2006) 학령기 아동의 비만도에 따른 건강통제위와 건강증진행위. 석사학위논문, 아주대학교 대학원, 경기 수원.
- 전가을, 권인수. (2017). 학령 후기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. *Child Health Nurses*, 23(3), 319-328.
- 전가을. (2018). 학령후기 아동의 건강증진행위 구조모형. 박사학위논문, 경상국립대학교 대학원, 경남 진주.
- 전미숙, 김현옥. (2008). 초등학교 비만아동의 자아존중감, 자기효능감과 건강증진행위와의 관계. *한국간호과학회 학술대회*, 184-184.
- 전미숙, 김현옥. (2010). 학령기 비만아동의 건강증진행위 예측모형. *대한간호학회지*, 40(2), 264-276.
- 전재희, 최은희, 김진희. (2020). 간호대학생의 손씻기 실천에 영향을 미치는 요인: 건강신념, 자기효능감, 손씻기 태도를 중심으로. *근관절건강학회지*, 27(2), 132-141.
- 전제균, 이정임. (2002). 비만 아동의 자기효능감과 건강증진행위에 관한 연구. *대한물리학회지*. 14(2), 199-218.
- 정아영. (2017). 중학생의 건강정보이해능력이 건강증진행위에 미치는 영향. 석사학위논문, 우석대학교 대학원, 전북 완주.

- 조정민, 전미영, 김명희. (2006). 일 지역 초등학생이 지각한 경제상태와 건강상태 및 건강증진행위와의 관계. *한국보건간호학회지*, 20(1), 95-103.
- 조정민. (2009). 보건교과교육이 중학생의 건강지식, 태도, 행위에 미치는 효과. *한국학교보건학회지*, 22(2), 49-59.
- 차동필. (2004). IMB 모델을 적용한 에이즈(AIDS)예방행동의 이해 : 대학생 집단을 중심으로. *한국광고홍보학보*, 6(3), 196-228.
- 최슬기. (2020). 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구. 연구보고서, 한국보건사회연구원.
- 최은영. (2000). 초등학생이 지각한 사회적 지지와 자아존중감간의 상관관계. *상담심리연구*, 2(1), 299-316.
- 하은혜. (2020). 지역사회 거주 노인의 치매예방행위에 영향을 미치는 요인: 정보-동기-행동기술 모델의 적용. 석사학위논문, 경상국립대학교 대학원, 경남 진주.
- 하현수. (2015). 초등학생의 자아존중감과 주관적 안녕감의 관계에서 사회적 지지의 조절 효과. 석사학위논문, 아주대학교 대학원, 경기 수원.
- 한미현, 유안진. (1996). 아동의 스트레스 및 사회적 지지 지각과 행동문제. *아동학회지*, 17(1), 173-188.
- 한창현, 김귀영, 김동식. (2005). 초등학생의 건강증진행위 실천에 영향을 미치는 요인. *보건교육건강증진학회지*, 22(2), 155-171.
- 홍연란. (2006). 초등학교 고학년 아동의 건강증진행위 구조모형. *지역사회간호학회지*, 17(1), 102-111.
- 홍현미, 이효균. (2000). 초등학교 보건학습이 건강증진행위에 미치는 영향. *한국학교지역보건교육학회지*, 1(1), 1-9.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The

- challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ashrafioun, L., Bonar, E., & Conner, K. R. (2016). Health attitudes and suicidal ideation among university students. *Journal of American college health*, 64(3), 256 - 260.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33 - 42.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*, 92(8), 1278-1283.
- Baker D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878 - 883.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC public health*, 17(1),

1-25.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, *38*(5), 300-314.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress 1. *Journal of applied social psychology*, *13*(2), 99-125.
- Davis, T., Long, S., Jackson, R., Ronald, P., Mayeaux, E., George, R., et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, *25*(6), 391-395.
- DeBate, R. D., Gatto, A., & Rafal, G. (2018). The Effects of Stigma on Determinants of Mental Health Help-Seeking Behaviors Among Male College Students: An Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *American journal of men's health*, *12*(5), 1286-1296.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, *19*(12), 1228-1239.
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, *124*(Supplement 3), S265-S274.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research. Reading MA : Addison-Wesley.
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin*, *111*(3), 455-474.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information motivation-behavioral skills model: A general social psychological

- approach to understanding and promoting health behavior. *Social psychological foundations of health and illness*, 82-106.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*, *25*(4), 462-473.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. *Emerging theories in health promotion practice and research*, *2*, 21-64.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, *21*(6), 1016 - 1024.
- Howard, J. K. H., Bindler, R. M., Synoground, G., & Vangemert, F. C. (1996). A cardiovascular risk reduction program for the classroom. *Journal of School Nurse*, *12*(4), 4-11.
- Institute of Medicine(2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. The National Academies Press, Washington DC.
- Kelly, S., Melnyk, B. M., & Belyea, M. (2012). Predicting physical activity and fruit and vegetable intake in adolescents: a test of the information, motivation, behavioral skills model. *Research in nursing & health*, *35*(2), 146 - 163.
- Lee, Y. M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1994). Korean adaptation of the general self-efficacy scale. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/korean.htm>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*(Extra Issue), 80-94.

- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099 - 1104.
- Marlow, D. R., & Reading, B. A. (1989). Textbook of pediatric nursing (6th ed.). W. B. Saunders, Philadelphia.
- Misovich, S. J., Martinez, T., Fisher, J. D., Bryan, A. and Catapano, N. (2003), Predicting Breast Self-Examination: A Test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 775-790.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259 - 267.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). Healthy People 2030. <https://health.gov/healthypeople>
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Diabetes Self-Care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79(1), 49-54.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior: A Review of Current Research. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2011). Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes?. *Global health promotion*, 18(2), 54 - 57.
- Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd Edition). Appleton and Lange Stamford, Connecticut.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice(3rd Edition).

Appleton and Lange Stamford, Connecticut.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice (5th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Rosenberg, M. J. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. *Attitude organization and change*, 1-14.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S., Hoffmann, W., & Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health education research*, 25(4), 542 - 551.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*, 40(5), 395-404.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1-10.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1 - e17.
- Talley, C. H., Yang, L., & Williams, K. P. (2017). Breast Cancer Screening Paved with Good Intentions: Application of the

Information–Motivation–Behavioral Skills Model to Racial/Ethnic Minority Women. *Journal of immigrant and minority health*, 19(6), 1362 - 1371.

Torabi, M. R., & Jeng, I. (2001). Health attitude scale construction: importance of psychometric evidence. *American journal of health behavior*, 25(3), 290 - 298.

Torabi, M. R., Seo, D. C., & Jeng, I. (2004). Alternate forms of health attitude scale, *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 166-172.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010. 2, Washington, DC.

World Health Organization. (1997). Promoting health through schools. Report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. (2016). Shanghai Declaration on Health Literacy. World Health Organization, Geneva.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20, 95-203.

Zhu, C., Cai, Y., Ma, J., Li, N., Zhu, J., He, Y., ... & Qiao, Y. (2013). Predictors of intention to smoke among junior high school students in Shanghai, China: An empirical test of the information–motivation–behavioral skills (IMB) model. *PloS one*, 8(11), e80482.

## ABSTRACT

### Factors Affecting Health Promotion Behavior of School-Aged Children: Application of Information-Motivation-Behavioral skills Model

Lim, Bo Ra

Department of Nursing Science

Graduate School of Nursing

Sungshin Women's University

Based on the Information-Motivation-Behavioral Skills Model(IMB model), this is a descriptive research study to identify the factors influencing health promotion behavior among school-age children's health literacy, attitude toward health behavior, social support, and self-efficacy.

The subjects of the study were selected by convenience sampling from 209 fifth and sixth graders of elementary schools located in S city. Data were collected from March 13, 2023, to March 31, 2023, using a self-written questionnaire. The research tool consisted of questions that measured general characteristics, health literacy, attitude toward health behavior, social support, self-efficacy, and health promotion behavior. The

collected data were analyzed by frequency analysis, descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Scheffé post-hoc test, Pearson's Correlation Coefficient, and Multiple Regression Analysis according to the purpose of the study and the characteristics of the variables.

The results of this study are as follows.

First, the gender of the subjects was 104 (49.8%) for men and 105 (50.2%) for women, 77 (36.8%) for fifth grade and 132 (63.2%) for sixth grade. As for subjective health status, 96 students (45.9%) were 'healthy', and academic performance was 'good' with 109 students (52.2%). As for the experience of hospitalization, 120 students (57.4%) answered 'no' and 89 students (42.6%) answered 'yes'. As for health-related information, 65 students (31.1%) received the most information from 'friends and family', and 84 students (40.2%) expressed interest in health as 'normal'. Regarding school health education experience, 111 students (53.1%) answered 'no' and 98 students (46.9%) answered 'yes', and the subjective family economic status was 'middle' with 129 students (61.7%).

Second, the average score of health literacy was  $29.35 \pm 4.22$  points out of 42 points. The average score of attitude toward health behavior was  $19.62 \pm 3.36$  points out of 25 points. The average score of social support was  $97.18 \pm 13.02$  points out of 120 points. The average score of self-efficacy was  $35.87 \pm 7.34$  points out of 50 points. The average score of health promotion behavior was  $113.07 \pm 14.09$  points out of 145 points.

Third, in the difference in health promotion behavior according to general characteristics, there was a statistically significant difference according to grade ( $t=2.546$ ,  $p=.012$ ), subjective health status ( $F=8.731$ ,  $p<.001$ ), academic performance ( $F=5.918$ ,  $p=.003$ ), interest in health ( $F=12.960$ ,  $p<.001$ ), school health education experience ( $t=2.848$ ,  $p=.005$ ) and subjective family economic status ( $F=18.844$ ,  $p<.001$ ).

Fourth, health promotion behavior showed a significant positive correlation with social support ( $r=.696$ ,  $p<.001$ ), attitude toward health behavior ( $r=.622$ ,  $p<.001$ ), self-efficacy ( $r=.561$ ,  $p<.001$ ), health literacy ( $r=.330$ ,  $p<.001$ ).

Fifth, as a result of confirming the factors influencing the health promotion behaviors of school-age children, health literacy, attitude toward health behavior, social support, self-efficacy, and interest in health were found. Social support ( $\beta=.419$ ,  $p<.001$ ) appeared to have the greatest influence on health promotion behavior. Next, attitude toward health behavior ( $\beta=.267$ ,  $p<.001$ ), self-efficacy ( $\beta=.134$ ,  $p=.021$ ), health literacy ( $\beta=.109$ ,  $p=.025$ ), and interest in health ( $\beta=.102$ ,  $p=.043$ ). The explanatory power of this model was 60.4% ( $F=32.677$ ,  $p<.001$ ).

In view of the above results, it is necessary to develop and apply health education and health promotion programs that consider health literacy, attitude toward health behavior, social support, self-efficacy and interest in health in order to promote the practice of school-age children's

health promotion behavior.

Keywords: IMB model, Health Promotion Behavior, Health Literacy, Attitude toward Health Behavior, Social Support, Self-efficacy, School-Aged Children

## [부록 1] 설문지

### <언어적 건강정보이해능력>

다음은 건강정보이해능력에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽고 현재의 여러분의 생각을 가장 잘 나타냈다고 생각하는 칸에 V 표로 응답하여 주시기 바랍니다.

| 영역                 | 항목 | 질문   | 그<br>렇<br>다 | 아<br>니<br>다 | 모<br>른<br>다 |
|--------------------|----|--|-------------|-------------|-------------|
| 건강의<br>이해와<br>질병예방 | 1  | 건강이란 질병이 없거나 허약하지 않을 뿐 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 편안한 상태이다.                                 |             |             |             |
|                    | 2  | 세계보건기구는 국제적으로 협력하여 인류를 최고의 건강 상태에 도달하게 하자는 취지로 설립된 국제기구이다.                             |             |             |             |
|                    | 3  | 비만은 키와 상관없이 몸무게가 많이 나가는 것을 말한다.  |             |             |             |
|                    | 4  | 치아우식증(충치)이란 치태 안의 충치균이 치아의 법랑질을 녹여 치아를 손상시키는 질환이다.                                     |             |             |             |
|                    | 5  | 병원체란 사람이나 동·식물에 감염 증상을 일으키는 미생물이다.   |             |             |             |
|                    | 6  | 감기는 인플루엔자 바이러스로 인한 호흡기계 질환이다.  |             |             |             |
|                    | 7  | 적혈구는 외부에서 침입한 이물질을 잡아먹어 감염에 저항하여 신체를 보호하는 혈액성분이다.                                      |             |             |             |
|                    | 8  | 소장(작은 창자)은 길이가 6~7m 정도로 길며 음식물을 빠르게 이동시켜 영양분을 흡수하는 소화기관이다.                             |             |             |             |
| 생활습관의<br>건강한<br>선택 | 9  | 물질 대사란 생명 유지를 위해 생체 내에서 이루어지는 물질의 화학변화로, 원래의 물질이 성질이 전혀 다른 물질로 변화하는 현상을 말한다.           |             |             |             |
|                    | 10 | 니코틴은 강력한 습관성 중독을 일으키는 마약성 물질이다.  |             |             |             |
|                    | 11 | 일산화탄소는 담배가 불완전 연소되면서 나오는 기체이다.   |             |             |             |
|                    | 12 | 간접흡연이란 담배를 끊기 위해 하는 행동을 말한다.   |             |             |             |
|                    | 13 | 사춘기란 성호르몬의 분비로 신체적, 정서적으로 많은 변화가 일어나 2차 성징이 나타나는 시기이다.                                 |             |             |             |
|                    | 14 | 월경이란 정자와 난자가 수정되지 않으면 준비된 자궁 내막이 떨어져 나가는 것을 말한다.                                       |             |             |             |
|                    | 15 | 고환은 소변을 저장하는 장소이다.   |             |             |             |
| 안전과<br>응급처치        | 16 | 성폭력이란 상대방의 동의 없이 강제로 몸을 만지거나 자신의 몸을 보여주거나 성적인 말이나 행동으로 상대방이 수치심이나 굴욕감을 느끼게 하는 언행을 말한다. |             |             |             |
|                    | 17 | 감정이란 어떤 일이나 대상에 느끼는 기분이나 심정을 말한다.  |             |             |             |
|                    | 18 | 자아존중감이란 자기 자신의 잘못을 반성하는 것을 말한다.  |             |             |             |
|                    | 19 | 의사소통은 생각이나 뜻을 나누는 것으로 언어로만 전달되는 것이다.   |             |             |             |
|                    | 20 | 안전사고란 안전 규칙을 지키지 않거나 주의가 부족하여 일어날 수 있는 사고이다.   |             |             |             |
|                    | 21 | 아동학대란 보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 막는 신체적·정신적·성적 폭력이나 가혹행위를 하는 행동을 말한다.     |             |             |             |
|                    | 22 | 응급처치는 갑자기 몸이 심하게 아프거나 다친 사람에게 현장에서 즉시 해주는 임시적인 처치를 말한다.                                |             |             |             |
| 건강자원과<br>사회문화      | 23 | 소독이란 병의 감염이나 전염을 예방하기 위해 병원균을 죽이는 일이다.   |             |             |             |
|                    | 24 | 화상은 병원체에 감염되었을 때에 일어나는 피부의 손상이다.   |             |             |             |
|                    | 25 | 질식은 기도가 막히거나 산소가 부족하여 숨을 쉴 수 없게 되는 상태이다.   |             |             |             |
|                    | 26 | 복부밀어내기란 복부를 위로 밀어내어 기도를 막고 있는 이물질을 꺼내는 방법이다.   |             |             |             |
|                    | 27 | 119구조대란 범죄가 발생했을 때 신고하는 기관이다.  |             |             |             |
|                    | 28 | 보건 의료기관은 보건 의료인이 아픈 사람을 위하여 보건 의료 서비스를 제공하는 곳으로, 예를 들어 보건소, 약국, 병원 등이 있다.              |             |             |             |
|                    | 29 | 내과는 상처나 내장 기관의 질병을 수술 등의 방법으로 치료하는 진료과이다.  |             |             |             |
|                    | 30 | 건강 정보란 건강을 유지하거나 증진하는데 필요한 정보이다.   |             |             |             |

<기능적 건강정보이해능력>

1. 수 리 영 역

▣ 다음은 약 복용에 관한 안내문입니다. 각 안내문을 읽고 질문에 답하세요.

내일 아침 7시부터 약을 복용하기 시작하세요.  
이 약은 하루에 4회 6시간마다 한 알씩 복용하세요.

(1) 처음 약을 먹고 다음 약은 몇 시에 복용해야 할까요? ( )

- ① 오후 1시
- ② 오후 7시
- ③ 모른다.

(2) 3회째 약은 몇 시에 복용해야 할까요? ( )

- ① 오전 7시
- ② 오후 7시
- ③ 모른다.

3일마다 약을 복용하세요.

(3) 화요일에 약을 복용했다면 다음 약은 언제 복용해야 할까요? ( )

- ① 목요일
- ② 금요일
- ③ 모른다.

식사 1시간 전이나 식사 2시간 후에 복용하세요.  
(점심시간 : 낮 12시)

(4) 점심 전에 약을 복용해야 한다면 몇 시에 복용해야 할까요? ( )

- ① 오전 10시
- ② 오전 11시
- ③ 모른다.

(5) 점심시간 전에 약을 복용하는 것을 잊었다면 몇 시에 약을 복용해야 할까요? ( )

- ① 오후 1시
- ② 오후 2시
- ③ 모른다.

이 약의 유효기간은 2013년 12월 25일입니다.

(6) 이 약은 2014년 4월 1일에 복용할 수 있을까요? ( )

- ① 복용해도 된다.
- ② 복용하면 안된다.
- ③ 모른다.

## 2. 독해 영역

### 1) 과자 설명서

• 제품명: 치토스바베큐맛 • 식품의 유영: 과자(유당처리 제품) • 롯데제과주식회사 경기도 평택시 진위면 가곡리 538-3 • 직사광선 및 습기를 피해 진열하시고, 유통중 변질품은 구입상점 및 본사에서 항상 교환해 드립니다.

• 본 제품은 소비자기본법에 의한 소비자분쟁해결 기준에 의거 정당한 소비자 피해에 대해 교환·환불해 드립니다. • 휴지주는 고운마음, 안버리는 밝은마음

• 유통기한: 후면표기일까지(연.월.일) • 내포장재질: 폴리에틸렌 • 원재료명: 옥수수(수입산), 식물성유지(말레이시아산), 바베큐맛씨즈닝(백설탕, 정제소금, 옥수수 전분, 양조간장분말(대두), 분말, 결정포도당, 파마산치즈 파우더(우유)), 쌀 • 합성감미료: 이스파탐(페닐알라닌함유)

• 제품의 품질보존을 위해 질소충전 포장을 하였습니다.

• 이 제품은 계란, 밀을 사용한 제품과 같은 제조시설에서 제조하고 있습니다. • 부정·불량식품 신고는 국번없이 1399

| 영양성분       |   |      |
|------------|---|------|
|            | 1회 제공량 1/3봉 (30g)                         |      |
|            | 총 약 3회 제공량 (88g)                          |      |
|            | <small>*%영양소기준치</small>                   |      |
| 1회 제공량당 함량 |   |      |
| 열량         | 175 kcal                                  |      |
| 탄수화물       | 18 g                                      | 5 %  |
| 당류         | 1 g                                       |      |
| 단백질        | 2 g                                       | 3 %  |
| 지방         | 11 g                                      | 21 % |
| 포화지방       | 5 g                                       | 36 % |
| 트랜스지방      | 0 g                                       |      |
| 콜레스테롤      | 0 mg                                      | 0 %  |
| 나트륨        | 130 mg                                    | 7 %  |
|            | <small>*%영양소기준치, 1일 영양소기준치에 대한 비율</small> |      |

13.04.08

13.10.07B4

부터

까지

(1) 1일 영양소를 기준으로 이 과자에 함유된 영양성분을 많은 순서대로 적은 것은? ( )

- ① 포화지방 - 지방 - 나트륨 - 탄수화물 - 단백질
- ② 나트륨 - 탄수화물 - 지방 - 포화지방 - 단백질
- ③ 모른다.

(2) 이 과자의 유통기한은 언제까지 일까요? ( )


- ① 2013년 04월 08일
- ② 2013년 10월 07일
- ③ 모른다.

(3) 과자 품질이 변질된 경우 어디서 교환해야 할까요? ( )

- ① 구입상점이나 본사
- ② 국번없이 1399
- ③ 모른다.

2) 어린이동아 11월 14일자 3면 기사

**청소년 78%, 비타민 D 부족**



우리나라 청소년의 78%가 비타민 D가 부족한 것으로 나타났다. 비타민 D는 칼슘의 흡수를 늘려 뼈가 건강하게 자라도록 돕는다.

인제대 상계백병원 소아청소년과 박미정 교수팀이 2008년부터 2009년까지 국민건강영양조사에 참여한 10~18세 어린이·청소년 2062명의 비타민 D 농도를 분석한 결과, 평균이 정상범위인 25ng/mL보다 낮은 17.7ng(나노그램)/mL(남자 18.4ng/mL, 여자 17.0ng/mL)로 나타났다. 20ng/mL 미만을 결핍(모자람)으로 보기 때문에 전체 청소년의 78%가 비타민 D 결핍에 해당했다. 비타민 D는 주로 햇빛의 자외선B를 받은 피부에서 합성되는데, 우리나라 청소년들은 낮에 주로 실내에 있어 햇볕에 노출되는 시간이 적기 때문에 비타민 D가 부족한 것으로 분석된다.

- (1) 비타민 D의 역할은? (     )
- ① 세포의 성장과 면역기능을 한다.
  - ② 칼슘의 흡수를 늘려 뼈가 건강하게 자라도록 돕는다.
  - ③ 모른다.
- (2) 우리나라 청소년들이 비타민 D가 부족하게 된 이유는? (     )
- ① 운동량이 부족해서
  - ② 낮에 주로 실내에 있어서
  - ③ 모른다.
- (3) 소희의 몸 속 비타민 D 농도가 19ng/mL이다. 어떤 상태인가요? (     )
- ① 비타민D가 정상 수치이다.
  - ② 비타민D가 부족한 상태이다.
  - ③ 모른다.

<건강행위에 대한 태도>

다음은 건강행위에 대한 태도에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽고 현재의 여러분의 생각을 가장 잘 나타냈다고 생각하는 칸에 V 표로 응답하여 주시기 바랍니다.

| 번호 | 문항                                  | 전혀<br>그렇<br>지<br>않다 | 별로<br>그렇<br>지<br>않다 | 보통<br>이다 | 약간<br>그렇<br>다 | 매우<br>그렇<br>다 |
|----|-------------------------------------|---------------------|---------------------|----------|---------------|---------------|
| 1  | 나는 나의 건강이 좋아질 수 있다면 무엇이든 할 것이다.     |                     |                     |          |               |               |
| 2  | 나는 더욱 건강해지기 위해 무엇이든 하고자 한다.         |                     |                     |          |               |               |
| 3  | 나는 나의 건강에 위해하다고 알려진 행동을 기꺼이 하고자 한다. |                     |                     |          |               |               |
| 4  | 나는 나의 건강에 대해 책임질 것이다.               |                     |                     |          |               |               |
| 5  | 나는 건강한 생활양식을 취하고자 한다.               |                     |                     |          |               |               |

<사회적 지지>

다음은 사회적 지지에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽고 현재의 여러분의 생각을 가장 잘 나타냈다고 생각하는 칸에 V 표로 응답하여 주시기 바랍니다.

| 번호 | 문항  | 전혀 그렇지 않다 | 별로 그렇지 않다 | 보통이다 | 약간 그렇다 | 매우 그렇다 |
|----|---|-----------|-----------|------|--------|--------|
| 1  | 내 친구들은 나를 좋아하는 것 같다.                        |           |           |      |        |        |
| 2  | 내 친구들은 나를 따돌리는 것 같다.                        |           |           |      |        |        |
| 3  | 내 친구들은 내 생각이나 말을 잘 들어주는 것 같다.               |           |           |      |        |        |
| 4  | 내게 어려운 일이 생기면 내 친구들은 나를 위로해주고 격려해준다.        |           |           |      |        |        |
| 5  | 나는 내가 어려울 때 격려해줄 수 있는 친구들이 있다고 생각 한다.       |           |           |      |        |        |
| 6  | 내 친구들은 나에게 관심이 많은 것 같다                      |           |           |      |        |        |
| 7  | 내 친구들은 나와 함께 지내는 것을 좋아하는 것 같다.              |           |           |      |        |        |
| 8  | 내 친구들은 나를 잘 이해해주는 것 같다                      |           |           |      |        |        |
| 9  | 우리 가족은 나를 별로 사랑하지 않는 것 같다.                  |           |           |      |        |        |
| 10 | 우리 가족은 서로 많이 도와주는 것 같다.                     |           |           |      |        |        |
| 11 | 우리 가족은 나를 잘 이해해 주는 것 같다.                    |           |           |      |        |        |
| 12 | 우리 가족은 갖고 있는 것을 서로 나누어 가지는 것 같다.            |           |           |      |        |        |
| 13 | 내가 힘들어 할 때 우리 가족은 내게 힘과 용기를 주는 것 같다.        |           |           |      |        |        |
| 14 | 우리 가족은 내 생각이나 말을 잘 들어주는 것 같다.               |           |           |      |        |        |
| 15 | 우리 가족은 나를 중요한 사람으로 생각하는 것 같다.               |           |           |      |        |        |
| 16 | 우리 가족은 나에게 관심이 많은 것 같다.                     |           |           |      |        |        |
| 17 | 나는 우리 선생님과 친한 것 같다.                         |           |           |      |        |        |
| 18 | 우리 선생님은 날 잘 도와주시는 것 같다.                     |           |           |      |        |        |
| 19 | 나는 선생님과 이야기하기가 어려운 것 같다.                    |           |           |      |        |        |
| 20 | 우리 선생님은 내 기분을 별로 중요하게 여기는 것 같지 않다.          |           |           |      |        |        |
| 21 | 우리 선생님은 날 좋아하시는 것 같다.                       |           |           |      |        |        |
| 22 | 우리 선생님은 나에게 관심이 많으신 것 같다.                   |           |           |      |        |        |
| 23 | 내가 아프거나 내게 무슨 일이 생기면 우리 선생님은 날 걱정해주시는 것 같다. |           |           |      |        |        |
| 24 | 우리 선생님은 나를 중요한 사람으로 인정해주시는 것 같다.            |           |           |      |        |        |

### <자기효능감>

다음은 자기효능감에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽고 현재의 여러분의 생각을 가장 잘 나타냈다고 생각하는 칸에 V 표로 응답하여 주시기 바랍니다.

| 번호 | 문항                                       | 전혀<br>그렇<br>지<br>않다 | 별로<br>그렇<br>지<br>않다 | 보통<br>이다 | 약간<br>그렇<br>다 | 매우<br>그렇<br>다 |
|----|--|---------------------|---------------------|----------|---------------|---------------|
| 1  | 다른 사람이 내 의견에 반대해도 나는 끝까지 내 뜻대로 한다.       |                     |                     |          |               |               |
| 2  | 어려운 일도 내가 노력하면 해결할 수 있다.                 |                     |                     |          |               |               |
| 3  | 나는 마음먹은 일을 해내는데 어려움이 없다고 생각한다.           |                     |                     |          |               |               |
| 4  | 생각지도 않은 일이 있어도 나는 적당한 태도를 취할 수 있다.       |                     |                     |          |               |               |
| 5  | 뜻밖의 결과를 접해도 나는 잘 대처해나갈 수 있다고 믿는다.        |                     |                     |          |               |               |
| 6  | 언제나 나의 능력을 믿기 때문에 어려운 상황에도 당황하지 않을 수 있다. |                     |                     |          |               |               |
| 7  | 언제 어떤 일이 일어나더라도 나는 올바른 판단을 내릴 수 있다.      |                     |                     |          |               |               |
| 8  | 어떠한 문제에 부딪혀도 나는 해결방법을 찾아낸다.              |                     |                     |          |               |               |
| 9  | 새로운 문제에 부딪혀도 나는 잘 처리해 나갈 수 있다.           |                     |                     |          |               |               |
| 10 | 어떤 문제에 처해도 나는 여러 가지 해결방법을 가지고 있다.        |                     |                     |          |               |               |

<건강증진행위>

다음은 건강증진행위에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽고 현재의 여러분의 생각을 가장 잘 나타냈다고 생각하는 칸에 V 표로 응답하여 주시기 바랍니다.

| 영역            | 항목 | 질문   | 전혀 그렇지 않다 | 별로 그렇지 않다 | 보통이다 | 약간 그렇다 | 매우 그렇다 |
|---------------|----|--|-----------|-----------|------|--------|--------|
| 건강의 이해와 질병 예방 | 1  | 일주일에 3회 이상 운동을 한다.                                   |           |           |      |        |        |
|               | 2  | 잠자기 30분 전에는 컴퓨터, 텔레비전, 스마트폰 등을 사용하지 않는다.             |           |           |      |        |        |
|               | 3  | 잠자기 전 이를 꼭 닦는다.                                      |           |           |      |        |        |
|               | 4  | 정기적으로 치아 검진을 한다.                                     |           |           |      |        |        |
|               | 5  | 질병에 걸렸을 때에는 면역력을 높이기 위해 영양과 휴식을 충분히 취한다.             |           |           |      |        |        |
|               | 6  | 눈이 피로할 때는 '눈운동'을 하여 눈의 피로를 푼다.                       |           |           |      |        |        |
|               | 7  | 눈병이 난 친구의 물건은 같이 쓰지 않는다.                             |           |           |      |        |        |
|               | 8  | 식사 전에 손을 씻는다.  |           |           |      |        |        |
|               | 9  | 기침할 때는 옷소매로 입과 코를 가리고 한다.                            |           |           |      |        |        |
|               | 10 | 식사는 거르지 않고 먹는다.                                      |           |           |      |        |        |
|               | 11 | 짜고, 맵고, 단 음식은 피한다.                                   |           |           |      |        |        |
|               | 12 | 지방이 많이 함유된 음식(패스트푸드, 튀긴 음식)은 가끔씩 피한다.                |           |           |      |        |        |
| 생활 속의 건강한 선택  | 13 | 유효기간을 확인한 후 약을 복용한다.                                 |           |           |      |        |        |
|               | 14 | 같은 증상이라도 그전에 지어 둔 약을 먹지 않는다.                         |           |           |      |        |        |
|               | 15 | 친한 친구가 담배를 피우자고 하면 거절한다.                             |           |           |      |        |        |
|               | 16 | 형제, 부모가 담배를 피우면 끊으라고 설득한다.                           |           |           |      |        |        |
|               | 17 | 사춘기에 고민이 생기면 부모님이나 선생님과 상담한다.                        |           |           |      |        |        |
|               | 18 | 내 몸의 변화에 관심을 두고 관찰한다.                                |           |           |      |        |        |
|               | 19 | 이성(남자는 여자, 여자는 남자)친구 간에 예절을 지킨다.                     |           |           |      |        |        |
|               | 20 | 생식기를 청결히 관리한다.                                       |           |           |      |        |        |
|               | 21 | 상대방이 원치 않을 성행동을 할 경우 분명하게 '싫어요'라고 말한다.               |           |           |      |        |        |
|               | 22 | 음란물을 보지 않는다.   |           |           |      |        |        |
|               | 23 | 스트레스가 쌓일 때는 적절한 방법으로 스트레스를 푼다.                       |           |           |      |        |        |
|               | 24 | 친구들과 편안한 대인관계를 유지할 수 있다.                             |           |           |      |        |        |
|               | 25 | 나는 친구들과 잘 어울린다.                                      |           |           |      |        |        |
| 안전과 응급처치      | 26 | 운동이나 놀이 중 안전을 우선으로 생각한다.                             |           |           |      |        |        |
|               | 27 | 계단을 오르내릴 때는 뛰지 않고 한 칸씩만 밟는다                          |           |           |      |        |        |
|               | 28 | 응급환자가 생기면 즉시 119에 신고한다.                              |           |           |      |        |        |
| 건강자원과 사회문화    | 29 | 건강에 이상이 생기면 건강관리기관(병원, 학교 보건실, 약국 등)을 방문하여 원인을 알아본다. |           |           |      |        |        |

### <일반적 특성>

다음은 학생의 개인적인 사항에 대한 질문입니다. 해당되는 항목에 V표를 하거나 내용을 글로 적어주세요.  
※모든 내용은 비밀이 보장되오니 솔직하게 답변해주시면 감사하겠습니다.

1. 성별은 무엇입니까?  
①남자( ) ②여자( )
2. 몇 학년입니까?  
①5학년( ) ②6학년( )
3. 지금 나의 건강상태는 스스로 생각하기에 어느 정도라고 생각합니까?  
①매우 건강하다 ②건강하다 ③보통이다 ④나쁘다 ⑤매우 나쁘다
4. 스스로 생각하기에 가정의 경제적 상태는 어느 정도라고 생각합니까?  
①상( ) ②중( ) ③하( )
5. 학교에서의 학생의 성적은 어느정도 입니까?  
①좋은 편이다( ) ②보통이다( ) ③좋지 못한 편이다( )
6. 학생은 병원에 입원한 적이 있습니까?  
①없다( ) ②있다 : 입원한 적이 있다면, 몇 번입니까? ( )회
7. 건강과 관련된 정보를 주로 얻는 곳은 무엇입니까?  
①TV, 라디오 등 방송매체  
②인터넷, SNS, 애플리케이션 등  
③책, 신문, 잡지 등 인쇄매체  
④친구, 가족 등 주변 사람들  
⑤학교수업이나 선생님(담임, 보건선생님 등)  
⑥의료인(약사, 의사, 간호사 등)  
⑦기타(내용을 적어주세요: )
8. 학생은 자신의 건강에 대한 관심은 어느 정도라고 생각합니까?  
①매우 많다 ②많다 ③보통이다 ④적다 ⑤매우 적다
9. 학교에서 보건교육을 받은 적이 있습니까?  
①없다( ) ②있다( )



본 통지서에 기재된 사항은 성신여자대학교 기관생명윤리위원회에 기록된 내용과 일치함을 증명합니다.  
본 성신여자대학교 기관생명윤리위원회는 생명윤리 및 안전에 관한 법률과 관련 법규를 준수합니다.  
본 연구와 이행상충(Conflict of Interest)이 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.  
본 통지서의 사본은 성신여자대학교 기관생명윤리위원회에서 보관합니다.

※ 모든 연구자들은 아래의 사항을 준수하여야 합니다.

1. 승인된 계획서에 따라 연구를 수행하여야 합니다.
2. 위원회의 승인을 받은 동의서를 사용하여야 합니다.
3. 모국어가 한국어가 아닌 연구대상자들에게는 승인된 동의서 연구대상자의 모국어로 인증된 번역본을 사용할 것이며 이러한 동의서 번역본은 반드시 위원회의 승인을 받아야 합니다.
4. 연구진행에 있어 연구대상자를 보호하기 위해 불가피한 경우를 제외하고 연구의 어떠한 변경 이든 위원회의 사전 승인을 받고 수행하여야 하며 연구대상자들의 보호를 위해 취해진 어떠한 응급상황에서의 변경도 즉각 위원회에 보고하여야 합니다.
5. 위원회에서 승인된 계획서에 따라 등록된 어떠한 연구대상자라도 사망, 입원, 심각한 질병에 대하여는 위원회에 서면으로 보고하여야 합니다.
6. 연구 또는 연구대상자의 안전에 대해 유해한 영향을 미칠 수 있는 어떠한 새로운 정보도 즉각적으로 위원회에 보고하여야 합니다.
7. 위원회의 요구가 있을 때에는 연구의 진행과 관련된 보고를 위원회에 제출하여야 합니다.
8. 위원회가 심의한 과제에 대해 조사 및 감독 차원에서 현장점검을 실시할 시 원활한 점검절차 진행을 위해 연구자는 연구진행과 관련된 서류를 준비하고 협조하여야 합니다.
9. 연구대상자 모집광고를 사용할 시에는 사용 전에 위원회의 승인을 받아야 합니다.
10. 동의는 강제 혹은 부당한 영향이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거하여 수행되어야 하며, 잠재적인 연구대상자에게 연구에 참여부를 고려할 수 있도록 충분히 기회를 제공하여야 한다.
11. 연구계획서 승인을 광고나 홍보에 사용할 수 없습니다.
12. 성신여자대학교 기관생명윤리위원회의 심의결과 시정요구에 대해 모두 이행 및 충족될 경우에만 연구를 진행할 수 있습니다.
13. 성신여자대학교 기관생명윤리위원회가 수정 및 보완을 요구한 경우 요청 기간 이내에 수정·보완된 계획서를 제출하여야 하며, 심의일로부터 3개월 이내에 수정·보완 계획을 제출하지 않은 경우 위원회는 접수 취소 처리를 할 수 있습니다.
14. 시정계획은 신속심으로 진행되고 보완계획은 정규심으로 진행되며, 승인일과 승인 유효기간은 심의 결과에 따라 결정됩니다.
15. 승인기간 이후에도 연구를 지속하기 위해서는 승인 유효기간 만료 2개월 전에 지속심의를 신청하여야 합니다.
16. 연구 종료 후 3개월 이내에 종료보고를 하여야 합니다.
17. 연구와 관련된 기록은 연구가 종료된 시점을 기준으로 최소 3년간 보관하여야 합니다.

2023년 01월 26일

성신여자대학교 기관생명윤리위원회 위원장



※ 본 결과통지서는 원본으로서의 효력이 없으며, 결과확인용으로만 사용가능합니다.

## [부록 3] 연구대상자 설명서, 동의서

### 연구대상자 설명서

**연구과제명 : 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로 한 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인**

이 연구는 여러분이 포함되는 학령기 어린이의 건강증진행위를 살펴보기 위한 연구입니다. 여러분의 건강한 생활습관을 확인하고, 건강에 도움이 되고 건강 수준을 높일 수 있는 행동을 더욱 많이 할 수 있도록 다양한 방법을 찾아보려고 합니다.

여러분이 이 연구에 참여할 것인지 참여하지 않을지 결정하기 전에, 설명서와 동의서를 잘 읽어보고 결정하기 바랍니다. 이 연구를 수행하는 연구담당자(성신여자대학교 간호대학 석사과정 임보라)가 여러분에게 자세히 설명해줄 것이며, 질문이 있다면 담당자에게 물어보면 즉시 답변을 해줄 것입니다.

이 연구는 스스로 참여하겠다고 한 학생만 참여하여 이루어지게 됩니다. 아래의 내용을 잘 읽어보고 참여할지 알려주기를 바랍니다. 필요하다면 가족이나 친구들과 상의해보아도 좋습니다.

여러분의 서명은 여러분이 이 연구에 대해 설명을 들었고 연구에 참여하기를 원한다는 것을 의미합니다.

#### 1. 연구의 배경과 목적

여러분이 포함되는 학령기(약 6~12세)는 건강한 생활습관을 만드는 중요한 때입니다. 그리고 건강한 생활습관은 어른이 되어서도 평생 지속될 수 있습니다. 그렇기 때문에 여러분이 건강에 도움이 되고 건강 수준을 높일 수 있는 행동을 더욱 많이 할 수 있도록 다양한 방법을 찾아보는 것이 중요합니다. 최근 인터넷, SNS 등을 통해 사실인지 아닌지 분명하지 않은 여러 정보들이 마치 홍수처럼 쏟아지고 있습니다. 이 상황에서 여러분이 적절한 건강정보를 찾고 판단하는 것이 중요합니다.

따라서 이 연구를 통해 여러분이 건강정보를 이해하는 능력, 건강행동에 대한 태도, 부모님, 친구, 선생님에게 얼마나 지지를 받는다고 느끼는지, 스스로 얼마나 자기효능감을 가지고 있는지 건강을 증진시키기 위한 행동에 영향을 주는지 확인해보려고 합니다.

## 2. 연구 참여 대상

아래와 같은 기준에 따라 연구에 참여할 학생 모집합니다(초등학교 5, 6학년 학생 169명 이상).

○연구에 참여할 수 있는 학생

- ①말로 하는 의사소통과 읽고 쓰기가 가능한 학생
- ②인지 기능에 문제가 없는 학생
- ③연구 목적을 이해하여 부모님(보호자)의 동의를 받고 스스로 연구참여에 동의한 학생

○연구에 참여하기 어려운 학생

- ①미리 부모님(보호자)과 학생의 서면동의를 이루어지지 않은 경우
- ②연구 진행하는 중에 부모님(보호자) 또는 학생이 참여를 원하지 않는 경우

## 3. 연구 방법

여러분이 참여하겠다고 하는 경우에 아래와 같은 순서로 진행됩니다.

여러분은 30분 정도의 시간이 필요한 설문지를 보게 될 것입니다. 여러분은 설문지의 질문을 읽고 스스로 생각하는 칸에 응답하면 됩니다. 설문지는 건강정보를 이해하는 능력, 건강행위에 대한 태도, 부모님, 친구, 선생님에게 얼마나 지지를 받는다고 느끼는지, 스스로 얼마나 자기효능감을 가지고 있는지, 건강을 증진시키기 위한 행동을 얼마나 하는지로 이루어져 있습니다.

## 4. 연구 참여 기간

여러분은 30분 정도 시간이 필요한 설문지에 스스로 생각해보고 응답해보게 됩니다(1회).

## 5. 자발적 연구 참여와 중지

여러분은 이 연구에 참여하지 않아도 되고, 참여하지 않더라도 불이익이 생기거나 어려운 상황에 놓이게 되지 않습니다. 또한, 여러분은 연구에 참여하더라도 언제든지 도중에 그만둘 수 있습니다. 만약 여러분이 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶으면 연구담당자에게 바로 말해주세요. 참여 도중에 그만두는 경우 여러분의 자료는 더 이상 연구에 사용되지 않고 바로 폐기될 것입니다.

## 6. 부작용 또는 위험과 불편함

이 연구의 참여하게 되었을 때 여러분에게 부작용이나 불이익, 위험은 없습니다.

## 7. 연구 참여에 따른 보상 또는 비용

여러분이 연구에 참여한 경우 기념품으로 3,000원 상당의 학용품을 나누어드립니다.

## 8. 연구 참여에 따른 이익

여러분이 연구에 참여하면서 스스로 자신이 건강정보를 이해하는 능력, 건강행위에 대한 태도, 부모님, 친구, 선생님에게 얼마나 지지를 받는다고 느끼는지, 스스로 얼마나 자기효능감을 가지고 있는지, 건강을 증진시키기 위한 행동을 얼마나 하는지 생각해 볼 수 있는 기회가 될 수 있습니다.

## 9. 개인정보와 비밀보장

이 연구에 참여하는 경우 여러분의 이름이나 전화번호 등의 개인정보는 수집하지 않습니다. 설문지의 질문으로 건강정보를 이해하는 능력, 건강행위에 대한 태도, 부모님, 친구, 선생님에게 얼마나 지지를 받는다고 느끼는지, 스스로 얼마나 자기효능감을 가지고 있는지, 건강을 증진시키기 위한 행동을 얼마나 하는지, 성별 등의 일반적인 특성에 대한 여러분의 응답을 수집합니다.

이 정보는 연구를 위해 1년간 사용되며 개인정보보호법에 따라 관리됩니다. 여러분이 응답한 정보는 숫자로 암호화하여 보관함을 잠구어 보관하여 여러분의 개인정보가 노출되지 않도록 비밀보장을 위해 최선을 다 할 것입니다. 하지만 만약 법이 요구하면 여러분의 개인정보는 제공될 수도 있고 모니터 요원, 점검 요원, 성신여자대학교 기관생명윤리위원회는 여러분의 비밀보장을 침해하지 않고 관련 규정이 정하는 내에서 자료를 직접 살펴보거나 제출하도록 할 수 있습니다.

여러분이 동의서에 서명하는 것은 이런 내용에 대해 미리 알고 있었으며 허용한다는 것을 의미합니다. 연구가 끝난 후 연구관련 자료(기관위원회 심의결과, 서면동의서, 개인정보수집/이용·제공현황, 연구종료보고서)는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 시행규칙 제15조에 따라 연구 종료 후 3년간 보관되고 기간이 끝나면 분쇄하여 폐기될 것입니다.

## 10. 연구문의

이 연구에 대해 궁금한 점이 있거나 연구 중간에 문제점을 발견하는 경우 연구담당자에게 언제든지 연락해주세요.

연구 담당자: 임보라      전화번호: 0000-00000-00000

연구 책임자: 조정민      전화번호: 00-0000-00000

연구에서 여러분의 권리에 대해 궁금한 점이 있다면 성신여자대학교 기관생명윤리위원회에 연락해주세요.

성신여자대학교 기관생명윤리위원회      전화번호: 00-0000-00000



## [부록 4] 법정대리인 설명서, 동의서

### 법정대리인용 설명서

연구과제명 : 정보-동기-행동기술 모델을 기반으로 한 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

본 연구는 학령기 아동의 건강증진행위를 정보-동기-행동기술 모델을 적용하여 분석하기 위해 수행되는 연구입니다. 학령기는 건강생활습관을 형성하고 평생 지속될 수 있는 중요한 시기이므로 이 시기에 건강증진행위를 촉진하기 위한 다양한 전략을 모색하는 것이 중요합니다.

본 연구는 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 규명하여 학령기 아동의 건강증진행위를 촉진할 수 있는 중재 프로그램 개발에 기초자료를 제공하는데 목적이 있습니다.

자발적으로 참여 의사를 밝히신 학부모님과 학생에 한하여 이 연구가 수행될 것입니다. 학부모님께서 아래의 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바랍니다. 이 연구가 왜 수행되며, 무엇을 수행하는지 학부모님과 학생이 이해하시는 것이 중요합니다. 학부모님과 학생에게 연구담당자(성신여자대학교 간호대학 석사과정 임보라)가 이 연구에 대해 설명해드리고, 연구에 대한 궁금하신 점은 연구담당자가 자세히 설명해드릴 것입니다.

학부모님의 서명은 학부모님께서 본 연구에 대해 그리고 위험성에 대해 설명을 들었음을 의미하며, 학생이 동의하는 경우 학생이 본 연구에 참가하기를 원한다는 것을 의미합니다.

#### 1. 연구의 배경과 목적

학령기는 건강생활습관을 형성하고 건강한 생활 습관이 평생 지속될 수 있는 중요한 시기입니다. 그러므로 이 시기에 건강증진행위를 촉진하기 위한 다양한 전략을 모색하는 것이 중요합니다. 본 연구에서 사용하는 정보-동기-행동기술 모델(IMB 모델)은 건강증진행위 관련 변인 간 명확하고 단순한 인과관계의 제시가 가능하다는 장점이 있어 학령기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 분석하기에 적절합니다. 최근 인터넷, SNS 등을 통해 불분명한 정보가 홍수처럼 쏟아지는 인포데믹(infodemic) 상황에서 적절한 건강정보를 찾고 판단하는 것이 중요한 점을 고려한다면, 건강정보이해능력은 그 어느 때보다 중요합니다.

따라서 본 연구는 IMB모델을 기반으로 하여 학령기 아동의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것을 목적으로 합니다.

## 2. 연구 참여 대상

본 연구에서는 아래와 같은 기준에 따라 연구에 참여할 학생을 선정할 예정입니다.

### ○대상자 선정 기준

(의사 소통) 언어적 의사소통이 가능하고 읽고 쓰기가 가능한 학생

(인지 기능) 인지 기능에 문제가 없는 학생

(사전 동의) 연구 목적을 이해하고 학부모(보호자)의 동의를 받고 연구참여에 동의한 학생

### ○대상자 제외 기준

(참여 거부) 연구 진행 이전에 학부모(보호자) 및 학생의 서면동의를 이루어지지 않은 경우

(참여 중단) 연구 진행 중에 학부모(보호자) 또는 학생이 참여를 원하지 않는 경우

본 연구에 참여하는 인원은 초등학교 5, 6학년 학생 169명 이상입니다.

## 3. 연구 방법

학부모님께서 참여의사를 밝혀 주신 학생들을 대상으로 연구가 진행될 것입니다.

학생은 30분 내외 분량의 설문지를 보게 될 것입니다. 설문지는 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위의 영역으로 구성되어 있으며 질문을 읽고 스스로 응답하는 형식으로 되어있습니다. 설문조사에는 총 30분 내외의 시간이 소요될 것입니다.

## 4. 연구 참여 기간

학생은 30분 내외의 설문지를 작성합니다(1회).

## 5. 자발적 연구 참여와 중지

학부모님과 학생은 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있으며 본 연구에 참여하지 않아도 학부모님과 학생에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 또한, 학생은 연구에 참여 중이더라도 언제든지 도중에 그만둘 수 있습니다. 만일 학부모님과 학생이 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 연구담당자에게 즉시 말씀해주시기 바랍니다. 참여 중지 의사를 밝힐 경우 학생의 자료는 더 이상 연구에 사용되지 않고 즉시 폐기될 것입니다.

## 6. 부작용 또는 위험과 불편함

본 연구의 참여에 따른 부작용이나 불이익, 위험은 없습니다.

## 7. 연구 참여에 따른 보상 또는 비용

연구에 참여한 학생에게는 소정의 기념품으로 3,000원 상당의 학용품을 제공할 예정입니다.

## 8. 연구 참여에 따른 이익

학부모님과 학생이 이 연구에 참여하여 얻게되는 직접적인 이익은 없습니다. 다만 연구에 참여하면서 간접적인 효과로 학생 스스로 자신의 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위에 대해 생각해 볼 수 있는 기회가 될 수 있습니다.

## 9. 개인정보와 비밀보장

본 연구에 참여하는 학생에게서 수집되는 개인정보는 다음과 같습니다. 성명과 연락처 등의 개인정보는 수집하지 않으며 건강정보이해능력, 건강행위에 대한 태도, 사회적 지지, 자기효능감, 건강증진행위에, 일반적 특성에 대한 응답을 수집합니다. 이 정보는 연구를 위해 1년간 사용되며 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리됩니다. 관련 정보는 잠금장치가 있는 서류함에 보관되며 자료는 설문조사 결과를 숫자로 암호화하여, 설문에 응한 대상자의 어떤 개인정보자료도 노출되지 않도록 할 것입니다. 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개될 때 학생의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 학생의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 성신여자대학교 기관생명윤리위원회는 연구대상자의 비밀보장을 침해하지 않고 관련 규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 관련 자료를 직접 열람하거나 제출을 요청할 수 있습니다. 학부모님께서 본 동의서에 서명하시는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 의사로 간주될 것입니다. 연구 종료 후 연구관련 자료(기관위원회 심의결과, 서면동의서, 개인정보수집/이용·제공현황, 연구종료보고서)는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 시행규칙 제15조에 따라 연구종료 후 3년간 보관됩니다. 보관기간이 끝나면 분쇄하여 폐기될 것입니다.

## 10. 연구문의

이 연구에 대해 궁금한 점이 있거나 연구 중간에 문제점을 발견하는 경우 연구담당자에게 언제든지 연락해주세요.

연구 담당자: 임보라      전화번호: 000-0000-0000

연구 책임자: 조정민      전화번호: 00-0000-0000

연구에서 여러분의 권리에 대해 궁금한 점이 있다면 성신여자대학교 기관생명윤리위원회에 연락해주세요.

성신여자대학교 기관생명윤리위원회      전화번호: 00-0000-0000

