

청소년의 건강행위에 미치는 영향 분석

정상혁 · 윤희상*

이화여자대학교 의과대학 예방의학교실 · 서울여자간호대학*

The Effects of Health Behavior Among Adolescents

Sang Hyuk Jung · Hee Sang Yoon*

Department of Preventive medicine, Medical College, Ewha Womans University
Seoul Woman's College of Nursing*

ABSTRACT

Purpose : This study was to describe health behavior, self-esteem, health knowledge, health education needs, and to assess the effects of health behavior on self-esteem, health knowledge and health education needs.

Study Methods : A self-administrated questionnaire was carried out to randomly selected students in two middle schools in Seoul, Korea. The questionnaire contains items of health behavior on self-esteem, health knowledge and health education needs.

Results : The mean score differences of health behavior were not meaningful. Health behavior had significantly positive correlation with self-esteem, health knowledge and health education needs. The multiple regression showed that higher self-esteem, health knowledge and health education needs was associated with higher scores of health behavior.

Discussion : Health knowledge has a significant effect on health behavior. Therefore, regular health education class must be based on health knowledge and health education needs.

I. 서 론

1. 연구의 배경

건강은 인간의 기본권리로 세계보건기구에서는 보건교육과 지역사회 서비스를 통하여 개인의 건강수준향상을 강조한다(WHO, 1997). 건강수

준 향상을 위한 전략 개발은 과거 전통적인 의료 중심의 접근 방법으로부터 개인의 건강습관을 중요시하고, 보건교육을 통하여 지식과 행동의 변화를 유도하여 건강한 태도 형성이 강조된다(문인옥, 2002). 현대에 있어서는 질병관리 위주의 보건교육에서 벗어나 신체적, 사회적, 정서적 건강관리로 전환되고, 적정기능 수준의 건강수준에

도달하기 위해서는 보건교육이 효율적으로 실시되어야 한다.

보건교육이란 인간이 건강을 유지, 증진하고 질병을 예방함으로써 적정기능수준의 건강을 유지하는데 필요한 지식, 태도 습성 등을 바람직한 방향으로 변화시켜 놓는 것이다(박노레, 1999). 보건교육은 건강의 유지와 증진에 관련된 지식이며, 바람직한 생활습관을 형성할 수 있도록 기술을 개발하는 것으로서 학교, 지역사회, 산업장 등 여러 장소에서 실시 될 수 있고, 학교는 자아형성기에 있는 청소년들의 가치형성에 결정적인 영향을 미치는 주요한 기능을 감당하고 있으므로 학교에서의 보건교육은 보다 중요한 가치와 의미를 지닌다.

청소년기는 일생의 주기에서 아동기에서 성인기로 이행하는 과도기로서 성장과 발달로 인한 신체적, 정신적, 변화가 크고 여러 가지 습관이 형성되는 중요한 시기(이명선, 1999). 청소년기는 음주, 흡연, 약물사용 등의 건강위험행위에 가장 관심이 많은 시기이다. 청소년기에 시작한 건강위험행위는 일생 계속되어질 가능성이 크고 성인기 만성질환으로 연결될 수 있으므로, 청소년기의 건강행위를 습관으로 정착하는 것은 평생 건강관리의 기본이 된다(박경옥과 정상혁, 2005).

청소년기의 보건교육이 중요한 이유로 첫째, 청소년 대상 보건교육은 학생시기에 건강한 생활을 영위할 수 있도록 건강에 관한 정보를 습득하고 이러한 지식을 바탕으로 생활 속에서 실천하는 태도를 갖도록 하는 것으로 건강행위로 연결할 수 있는 지식과 기술을 겸비할 수 있도록 도와준다(한기욱, 2002). 둘째, 청소년기는 학습에 대한 동기부여와 준비가 왕성한 시기이므로 이 시기에 받은 보건교육은 쉽게 잊어버리지 않는다. 셋째, 우리나라 청소년은 건강위험행위를 쉽게 행하므로 청소년기에 건강위험행위에 대한 교정이 이루어져야 한다(박경옥과 정상혁, 2005). 우리나라의 20세 이하 사망률은 개인의 건강생활습관과 관계가 깊은 것으로 나타났는데(통계청, 2004) 청소년기의 건강생활습관 형성의 중

요성을 나타내고 있다(전혜경과 문인옥, 1999).

그러나 문기내 등(2003)의 연구에서 학교 보건교육이 형식적이고 비효율적으로 이루어지고 있어 중고등학생들이 보건교육에 대한 관심과 흥미가 떨어져 있고, 현재 이루어지고 있는 형식적인 보건교육보다는 전문인력에 의한 전문적인 보건교육을 원하는 것으로 나타났다.

청소년기는 성인기 건강행위의 기초가 되므로 교육소비자인 학생이 원하는 보건교육을 실시하여 보건교육의 효과를 극대화시켜 청소년기에 형성된 올바른 건강행위가 일생을 지속할 수 있도록 도와주어야 한다. 미국에서는 보건교육이 개인이 건강행위를 선택할 수 있는 올바른 선택법, 문제해결 능력 등의 지식 보급과 건강행위를 강조하는 교육을 실시하고 있다. 우리나라에서는 현재 건강증진부분의 보건교육은 지식제공과 함께 태도와 습관을 변화시킨다는 방침으로 교내 전염병 예방관리, 성인병예방, 학생 흡연, 약물남용 예방교육 등을 중점적으로 하고 있지만(교육인적자원부, 2004) 보건지식이 건강행위로 연결되는 것에 대한 연구는 부족한 실정이므로, 이 연구에서는 청소년기에 본격적으로 접어들은 중학생을 대상으로 건강행위에 영향을 미치는 요인을 파악하여 보건교육 프로그램 개발에 활용할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

이 연구는 우리나라 중학교 1, 2, 3학년을 대상으로 학생의 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도의 실태를 파악하고, 이에 영향을 미치는 변수를 분석하고자 하였다. 이 연구의 결과는 청소년의 건강생활실천을 효과적으로 유도할 수 있는 현실성 있는 건강행위 보건교육 프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

연구의 구체적인 목적은

첫째, 사회경제적인 특성에 따른 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도의 차이를 비교한다.

둘째, 건강행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상

이 연구의 대상은 아파트와 단독주택이 혼합된 서울시 중산층 지역 두 곳의 중학교에 재학 중인 1, 2, 3학년층을 대상으로 무작위로 추출한 학생을 대상으로 설문조사하였다. 자료수집은 2003년 12월 1일부터 12월 20일까지 시행하였고, 설문조사는 학생에게 자료의 사용목적과 연구내용을 충분히 설명한 다음 자기기입방식으로 실시하였다. 총 264부의 설문지를 배부하여 모두 회수하였고, 이 중 응답이 불성실한 25부를 제외한 나머지 239부를 대상으로 분석하였다.

2. 연구 방법

연구도구는 구조화된 설문지를 이용하였다. 설문지의 내용 영역은 크게 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도, 일반적인 특성으로 구성되었다. 일반적인 특성은 성, 나이, 학년, 거주지 등으로 구성되었다.

건강행위에 대한 설문은 기경숙(1985)이 이용한 도구를 수정보완하여 작성한 것으로, 문항구성은 손씻기, 흡연, 음주, 영양, 성, 규칙적 생활, 청결, 운동, 배변습관, 자위행위, 이성친구, 스트레스 등의 문항으로 구성하여 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '때때로만 한다', '그렇다', '매우 그렇다'로 구분하여 1점에서 5점으로 처리하였고, 문항의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.88이다.

자아존중감은 장영숙(2001)이 이용한 도구로 자아개념의 평가적 요소로 자신에 대한 가치, 존경, 능력 태도, 유익 등에 대한 질문으로 '전혀 그렇지 않다'부터 '항상 그렇다'로 구분하여 1점에서 5점으로 처리하였고, 문항의 신뢰도(Cronbach's

α)는 0.84이다.

보건지식, 보건교육 요구도는 학교 보건교육의 내용을 검토하였고, 미국질병관리본부의 보건교육 기준에 따라 작성되었다(CDC, 2004). 공중보건, 건강한 생활습관, 올바른 식습관, 운동이 건강에 미치는 영향, 성에 대한 이해와 지식, 청소년의 신체발달, 질병예방법, 스트레스대처, 안전사고 예방법, 보건의료제도, 물리적 환경과 건강에 관한 것, 환경오염, 생활환경에 대한 문항으로 구성되었다. 보건지식과 보건교육 요구도는 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '때때로만 한다', '그렇다', '매우 그렇다'로 구분하여 1점에서 5점으로 처리하였다.

보건지식 문항의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.83이다. 보건교육 요구도에 대한 문항의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.90이다. 설문지 개발은 보건 및 보건교육영역의 전문가 2인이 담당하였으며, 설문지 문항구성 후, 2인의 보건교육영역 전문가와 2인의 학교 보건교육 담당자에게 의뢰하여 내용의 타당도에 관한 자문을 받았다.

3. 자료수집 및 분석

설문지는 중학교에서 동일한 조건하에 이루어졌다. 설문지는 담임선생님의 협조 하에 배부되었고 회수되었다. 수집된 설문자료는 모두 통계 처리 되었으며, SPSS 프로그램을 이용하여 응답의 특성에 따른 빈도와 백분율, 건강행위, 자아존중감, 보건지식과 보건교육 요구도와의 비교를 위한 t-검정과 각 변수간의 상관관계 분석을 실시하였다. 건강행위에 영향을 주는 의미 있는 변수를 분석하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 통계학적 유의수준은 0.05 이하로 하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 사회경제적 특성

대상자의 일반적인 특성분포는 아파트 거주자

<표 1> 사회경제적 특성

	빈 도	백분율 (%)
거주지형태		
아파트	64	26.8
아파트이외 거주자	175	73.2
아버지의 직업		
사무직	87	36.4
서비스종사자	58	24.3
기타	94	39.3
어머니의 직업		
주부	111	46.4
직장여성	128	53.6
부모의 결혼상태		
결혼	230	96.2
기타	9	3.8
아버지 교육		
고졸이하	152	63.6
대재이상	87	36.4
어머니 교육		
고졸이하	198	82.8
대재이상	41	17.2
가족 전체의 월수입		
상(300만원 이상)	38	15.9
중(150만원~300만원)	150	62.8
하(150만원 이하)	51	21.3
합 계	239	100.0

64명(26.8%), 단독주택 연립주택 등을 포함한 아파트 이외의 거주자가 175명(73.2%)이었다. 어머니의 직업은 직장여성이 128명(53.6%), 주부가 111명(46.4%)으로 어머니가 직장여성인 청소년이 조금 많았다. 부모의 교육수준은 아버지가 고졸이하 152명(63.6%), 어머니가 고졸이하 198명(82.8%)이었다. 가족 전체의 월수입은 150만원에서 300만원 사이로 중의 분류에 속한 청소년이 150명(62.8%)이었다<표 1>.

2. 사회경제적인 특성에 따른 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도와의 비교

건강행위는 사회경제적인 특성에 따라 차이가 없었고, 자아존중감은 아버지가 대학재학 이상, 어머니가 대학재학 이상인 대상자가 높았고, 통계적으로도 유의하였다. 보건지식은 가족전체의 수입이 300만원 이상인 대상자가 높았고 통계적으로 유의하였다<표 2>.

3. 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육요구도와와의 상관관계

상관관계 분석에서 건강행위는 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도와 양의 상관관계가 있고 통계적으로 유의하였으나, 건강행위와 사회경제적인 변수인 아버지 교육년수, 어머니교육년

<표 2> 사회경제적인 특성에 따른 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도와의 비교

	건강행위	자아존중감	보건지식	보건교육 요구도
거주지 형태				
아파트	96.02±7.43	34.41±5.38	43.30±6.90	50.03±9.54
아파트이외의 거주	93.71±7.42	34.79±6.94	41.43±8.04	50.09±9.36
아버지 직업				
사무직	95.03±9.59	33.53±7.16	42.26±7.09	51.11±7.45
서비스종사자	93.95±8.28	35.60±5.79	43.24±8.42	49.78±10.90
기타	93.91±8.49	35.20±6.31	40.81±7.90	49.30±9.98
어머니 직업				
주부	94.49±8.53	35.16±6.21	42.17±8.24	49.40±10.33
직장여성	94.20±9.13	34.28±6.83	41.72±7.39	50.66±8.48
부모의 결혼 형태				
결혼	94.28±8.92	34.60±6.61	42.91±7.90	50.13±9.50
기타	95.67±6.63	36.89±4.26	41.11±3.76	48.67±5.98
아버지 교육				
고졸이하	93.91±8.56	33.96±6.57	41.32±7.38	49.70±9.47
대재이상	95.07±9.31	35.97±6.32*	42.99±8.37	50.74±9.27
어머니 교육				
고졸이하	94.30±8.72	34.12±6.62	41.68±7.56	49.85±9.23
대재이상	94.49±9.49	37.44±5.47*	43.12±8.78	51.17±10.17
가족 전체의 월수입				
상	93.71±10.23	34.76±7.17	43.31±8.27*	49.51±9.55
중	94.99±8.30	34.93±6.52	42.34±6.98	50.46±8.82
하	92.55±8.84	33.60±5.83	38.45±9.23	49.32±11.35

* P < 0.05

수, 가족전체의 월수입과는 상관관계가 약하고, 통계적으로도 유의미하지 않았다. 자아존중감은 보건지식과 보건교육 요구도와 양의 상관관계가 있고, 통계적으로 유의하였다(표 3).

4. 건강행위에 영향을 미치는 변수

자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도는 건강행위에 영향을 미치는 유의한 변수이고 16.8%를 설명해 주고 있다. 자아존중감, 보건지식, 보

건교육 요구도의 점수가 높으면 건강행위의 점수도 높아지는 긍정적인 영향을 주는 변수로, 다른 모든 조건이 일정할 때 자아존중감이 1점 증가하면 건강행위는 0.31점, 보건지식이 1점 증가하면 건강행위는 0.23점, 보건교육 요구도가 1점 증가하면 건강행위는 0.15점 증가하였고 이는 통계적으로 유의하였다(표 4).

<표 3> 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도, 사회경제적 특성과의 상관관계 분석

	건강행위	자아 존중감	보건지식	보건교육 요구도	아버지 교육년수(년)	어머니의 교육년수(년)	가족전체의 월수입(백만원)
건강행위	1	.291*	.262*	.195*	.077	.037	-.038
자아존중감		1	.287*	.178*	.124	.219*	.105
보건지식			1	-.035	.131	.133	.011
보건교육 요구도				1	.038	.032	.00
아버지교육년수(년)					1	.605*	.156*
어머니교육년수(년)						1	.105
가족전체의 월수입(백만원)							1

* p < 0.05

<표 4> 건강행위에 영향을 미치는 변수

	건강행위(점)		
	회귀계수	t 값	유의확률
거주지(아파트)a	1.975	1.563	0.120
부모의 결혼상태(결혼)b	-1.753	-0.610	0.542
아버지직업(서비스종사자)c	0.848	1.301	0.515
아버지직업(사무직)d	-0.603	-0.420	0.675
어머니 교육년수(년)	-0.398	-1.240	0.216
가족전체의 월수입(백만원)	-0.001	-0.610	0.542
어머니직업(주부)e	-0.056	-0.051	0.959
자아존중감	0.310	3.404	0.001
보건지식	0.225	3.057	0.003
보건교육 요구도	0.149	2.535	0.012

$R^2 = 0.168$, $F = 4.18$, $P < 0.05$

준거집단 : a. 아파트 이외의 거주자 ; b. 기타 ; c. 기타 ; d. 기타 ; e. 직장여성

IV. 고 찰

이 연구는 청소년인 중학생의 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도를 사회경제적인 특성에 따라 비교하고, 건강행위에 영향을 미치는 변수를 파악하여 건강행위에 변화를 줄

수 있는 보건교육 내용을 구성하는데 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

사회경제적 특성에 따른 비교에서 건강행위는 사회경제적인 특성에 따라 차이가 없었다. 상관관계 분석에서는 건강행위와 상관관계가 있는 변수는 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도로

나타났고 건강행위에 영향을 미치는 변수를 알아 보기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다.

다른 모든 조건이 일정할 때 건강행위에 영향을 미치는 것은 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도로 나타났고, 통계적으로 유의하였다. 그러나 사회경제적인 요인은 통계적으로 유의하지 않았다. 청소년의 건강행위는 청소년이 가지고 있는 가정적인 요인에 의해 영향을 받는 것이 아니고, 청소년 개인이 형성한 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도에 영향을 받는 것으로 나타났다. 초등학생은 어머니와 가정환경이 건강생활에 중요한 변수이지만(Stevenson & Baker, 1996), 중학생의 건강행위는 가정에서 영향을 받기보다는 스스로에 의해 결정된다고 볼 수 있다. 이 결과는 청소년의 긍정적인 건강행위를 이끌어내기 위해서는 학교 보건교육이 강화되어야 하고, 청소년은 가정에서보다 학교 보건교육으로 건강행위를 유도할 수 있는 것으로 해석된다. 이것은 사회경제적인 환경이 상대적으로 열악한 청소년은 학교에서의 보건교육으로 건강행위를 유도할 수 있고, 청소년기에 관심이 많은 음주, 흡연, 약물사용 등의 건강위험행위로부터 보호되어 청소년기 보건교육의 목적인 건강위험행위로부터 청소년을 보호하고 올바른 건강습관을 형성할 수 있음을 예측할 수 있다(유재순, 2000).

이 연구에서 건강행위에 가장 영향을 많이 미치는 것은 자아존중감이다. 박경옥과 정상혁(2005)은 보건지식은 건강행위를 예측할 수 있는 중요변수이고, 자아존중감을 형성하는 것은 건강행위전략을 구성하는데 중요변수로 지적하였다. 장희정과 신윤희(2002)의 자아존중감과 지각한 건강상태와의 연구에서도 자아존중감과 지각한 건강상태는 순상관관계(상관계수 = 0.27, $P < 0.001$)로 나타났다. 그러므로 자아존중감의 향상은 긍정적인 건강행위를 유도하여 지각하는 건강상태를 향상시킬 수 있는 것으로 해석할 수 있다. 그러므로 보건교육안 작성에서 자아존중감 향상 계획은 청소년의 건강행위를 증진시킬 수 있으므로 보건교사는 청소년의 자아존중감을 향

상시킬 수 있는 방법에 대하여 연구하는 것이 필요하다.

건강행위에 두 번째로 영향을 미치는 변수는 보건지식이다. 보건지식이 건강행위에 영향을 미치는 것은 초등학생의 연구에서도 동일한 결과를 나타내고 있으므로(박경옥과 정상혁, 2005)보건지식형성은 중요하다. 습득된 지식은 건강행위에 영향을 미치므로 학교에서는 청소년의 보건지식을 측정하여 보건지식이 저조한 학생에게는 지식향상을 위한 다양한 프로그램을 제공하고, 축적된 지식이 태도를 변화시키고 건강행위로 연결될 수 있는 연계교육계획이 필요하다. 지식수준에 따른 수준별 수업도 하나의 대안이 될 수 있다. Lee(2002)는 보건지식에 대한 보건교사의 의견과 교육목표는 보건지식향상에 중요하다고 지적하였다. 그러므로 보건교사가 건강행위에 대한 올바른 인식과 교육목표를 가지고 교육하는 것은 무엇보다도 중요하다고 할 수 있다.

건강행위에 세 번째로 영향을 미치는 것은 보건교육 요구도이다. 알고 싶은 주제에 대한 조사를 통하여 교육프로그램을 작성하는 것은 건강행위를 증진시킬 수 있으므로 교육 전 요구도 조사를 실시하는 것은 건강행위를 증진시킬 수 있는 대안이다.

이 연구 결과를 토대로 청소년기의 보건교육은 건강행위를 유도하는데 중요하므로 학교에서의 정규적인 보건교육실시를 제안한다. 현재 재량활동으로 구성되어 있는 보건교육을 체계적으로 접근하여 정규교과과정에 편성하는 것은 청소년의 건강행위를 향상시킬 수 있는 방법이 될 수 있다.

V. 요약 및 결론

이 연구는 중학생을 중심으로 청소년의 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도를 사회경제적인 특성에 따른 차이와 건강행위에 영향을 미치는 변수를 파악하여 학교보건교육 계획

에 기초자료를 제공하고자 실시되었다. 연구 대상은 아파트와 단독주택이 혼합된 서울시 중산층 지역 두 곳의 중학교에 재학 중인 1, 2, 3학년층 대상으로 무작위로 추출한 학생을 대상으로 설문 조사하였다. 자료수집은 2003년 12월 1일부터 12월 20일까지 시행하였고, 설문조사는 자기기입방식으로, 239부를 분석하였다. 설문지의 내용은 건강행위, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도와 사회경제적 상태로 구성되었고, 이를 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 조사대상자의 73.2%가 연립주택, 단독주택에 거주하였고, 가족의 월수입은 150만원에서 300만원사이에 속하는 대상자가 전체의 62.8%에 해당하였다.
2. 건강행위는 사회경제적인 특성에 따라 차이가 없었고, 자아존중감은 아버지가 대학 재학이상, 어머니가 대학재학이상인 대상자가 높았고 통계적으로도 유의하였다. 보건지식은 가족전체의 수입이 300만원 이상인 대상자가 높았고 통계적으로 유의하였다.
3. 상관관계 분석에서 건강행위는 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도와 양의 상관관계가 있고 통계적으로 유의하였으나, 건강행위와 사회경제적인 변수인 아버지 교육년수, 어머니 교육년수, 가족전체의 월수입과는 상관관계가 통계적으로 유의하지 않았다. 자아존중감은 보건지식과 보건교육 요구도와 양적상관관계가 있고 통계적으로 유의하였다.
4. 건강행위에 영향을 미치는 유의한 변수는 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도의 순서이고, 자아존중감, 보건지식, 보건교육 요구도의 점수가 높으면 건강행위의 점수도 높아지는 긍정적인 영향을 주는 변수이다.

이 연구 결과를 토대로 청소년기의 보건지식은 건강행위를 구성하는 것을 알 수 있다. 보건교육은 건강행위를 유도하는데 중요하므로 학교에서의 정규적인 보건교육실시와 함께, 보건교육

계획을 계획할 때에 자아존중감향상 프로그램을 삽입하면 효과가 상승할 수 있다. 그리고 청소년이 갖고 있는 보건지식을 기초로 하고 보건교육 요구도를 측정하여 청소년 눈높이에 맞추는 보건교육이 전개되어야 하겠다.

참 고 문 헌

1. 교육인적자원부. 2004 학교보건 급식 기본방향. 2004.
2. 기경숙. 중학교 남학생들의 건강관리실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사 연구. 연세대학교 석사학위청구논문. 서울. 1984.
3. 문기내, 남철현, 김귀희, 위광복, 박경옥. 중고등학생들의 보건교육 요구도 조사 연구. 보건복지연구. 2003;(8):11-34.
4. 문인옥. 성교육을 통한 성지식 및 성태도 변화에 관한 연구. 대한보건협회학술지. 2000; 26(4):415-425.
5. 박노례. 보건교육. 서울, 수문사. 2003.
6. 유재순. 제 6차 초등학교 교육과정의 보건교육 시간 수 및 내용의 분석. 한국학교보건학회지. 2000;13(1):63-84.
7. 이명선. 청소년의 보건교육 요구도에 대한 연구. 보건교육 건강증진학회지. 1999;16(2):41-54.
8. 장영숙. 실업계 고등학생의 자아존중감 및 스트레스 수준과 문제행동과의 관계. 연세대학교 석사학위청구논문. 2001.
9. 장희정, 신윤희. 청소년이 지각한 건강상태, 자아존중감, 자가간호역량간의 관계 분석. 대한간호학회지. 2002;32(2):186-195.
10. 전해경, 문인옥. 중년여성의 보건교육 요구도에 관한 연구. 보건교육 건강증진학회지. 1999;16(1):45-59.
11. 정상혁, 박경옥. 지각하는 보건지식과 보건교육 요구도가 어린이의 보건행동에 미치는 영향: 성별 비교를 중심으로. 보건교육 건강

- 증진학회지. 2005;22(2).
12. 통계청. 청소년 통계. 2004.
 13. 한기옥. 서울지역고등학생의 보건교육 요구도 조사. 경희대학교 교육대학원 석사학위 청구논문. 2002.
 14. CDC. Improving the Health of Adolescents and Young Adults: A Guide for States and Communities. U.S.. Department of Health and Humans Services. 2004.
 15. Lee, A. Should school health educators be regarded as professionals and what professional knowledge and skills should they process: the Hong Kong experience. Promotion & Education. 2002;9(1):3-8.
 16. Stevenson, D.L., & Baker DP. The family-school relation and the child's school performance. Child Development. 1996;58:1348-1357.
 17. WHO. The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21th century. The 4th International Conference Proceeding on Health Promotion. Jakarta: Indonesia. 1997.