



# 여고생의 섭식태도와 우울, 부모-자녀 상호작용, 가족기능

백수연<sup>1</sup> · 박지영<sup>1</sup> · 김희순<sup>1</sup> · 김태형<sup>2</sup>연세대학교 간호대학<sup>1</sup>, 목원대학교 사회과학대학<sup>2</sup>

## Eating Attitudes, Depression, Parent-child Interaction, and Family Function of Adolescent Girls

Baek, Suyon<sup>1</sup> · Park, Jiyoung<sup>1</sup> · Kim, Heesoon<sup>1</sup> · Kim, Taehyung<sup>2</sup><sup>1</sup>College of Nursing, Yonsei University, Seoul<sup>2</sup>College of Social Sciences, Mokwon University, Daejeon, Korea

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate the prevalence of abnormal eating attitudes and to identify possible risk factors associated with these attitudes among Korean adolescent girls. **Methods:** A convenience sample of 1,126 girls aged 15 to 19 years was recruited from thirteen high schools. A self-report survey was conducted including Eating Attitude Test for diagnosing abnormal eating attitudes. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression with PASW statistics 18.0. **Results:** Of the participants, 8.3% met the criteria for abnormal eating attitudes. Misperception of body image, depression, and high or low economical status were significantly associated with abnormal eating attitudes (OR=3.50, 95% CI=1.95~6.28; OR=5.47, 95% CI=3.17~9.44; OR=2.26, 95% CI=1.14~4.47; OR=2.41, 95% CI=1.25~4.66). **Conclusion:** The current study identified the family factors as well as internal ones related to abnormal eating attitudes of Korean adolescent girls. The results indicate that the most effective prevention strategies for this population would be to correct their misperception of body image and control depression. Results also suggest that further studies are necessary to develop a predictive model that could explain the influence of family factors including parent-child interaction and family function to abnormal eating attitudes.

**Key Words:** Adolescent, Body image, Depression, Eating disorders, Parent-child relations

## 서론

### 1. 연구의 필요성

섭식장애(eating disorders)는 개인의 신체적 건강과 사회 심리적 기능을 심각하게 저해하는 섭식행동 또는 체중조절 행동을 지속적으로 보이는 장애로서 대표적인 유형인 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 신경성 폭식증(bulimia ner-

vosa)은 각각 13~20세, 15~18세의 청소년기와 초기 성인기에 호발하며 남성보다 여성의 유병률이 높은 것으로 보고되고 있다. 미국 여성들의 섭식장애 평생 유병률은 약 1~3%이며 (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007), 국내의 경우 2001년부터 5년마다 실시하는 정신질환실태 역학조사에 따르면 2011년 여성의 섭식장애 유병률은 0.2%로 미국의 여성에 비해 낮은 수준이다(Ministry of Health and Welfare, 2011). 하지만 이러한 조사결과는 18세에서 64세의 성인들

**주요어:** 여고생, 신체상, 우울, 섭식장애, 부모-자녀 상호작용

**Corresponding author:** Park, Jiyoung

College of Nursing, Yonsei University, 250 Seongsan-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea.

Tel: +82-2-2228-3324, Fax: +82-2-2227-7927, E-mail: sky831113@naver.com

투고일 2012년 3월 19일 / 수정일 2012년 6월 15일 / 게재확정일 2012년 9월 24일

대상으로 한 것이어서 실제 섭식장애의 고위험 그룹인 여고생의 섭식장애 유병률에 대한 객관적인 지표는 부족한 실정이다.

정상적인 발달과정상 급격한 신체적 변화, 즉 체지방의 과도한 증가를 경험하는 여고생들은 그들의 변화가 현 사회의 문화적 기준과 일치하지 않는다는 잘못된 믿음으로 인해 절식, 단식 및 감식 등의 부적절한 방법으로 체중 조절을 시도할 수 있다(Kim, Son, Lee, Kim, & Jung, 2009). 또한 청소년기는 또래와의 친밀한 대인관계 형성이 중요한 발달과업이며, 매력적인 외모가 이러한 과업의 성취를 위해 중요한 역할을 하기 때문에 더욱 부적절한 체중 조절의 위험에 노출될 수 있다(Sung, 2005). 그 결과 성장과 발달을 이루어야 하는 중요한 시기에 영양부족으로 인한 골밀도의 저하, 어지러움증, 무월경 등 신체적 건강을 해치는 결과를 초래하게 되며, 자아의식이 형성되고 가치관이 정립되는 등 정신적 발달을 이루어야 하는 중요한 시기를 지나치게 체중 감량에 집착하며 보내게 된다(Yoo & Kim, 2004). 이렇듯 섭식장애로 인한 신체적·사회 심리적 문제를 고려하여 볼 때 여고생을 대상으로 하는 섭식장애의 예방 및 중재의 필요성은 보다 강조될 필요가 있으며, 이를 위해 여고생 섭식장애 위험군의 특성을 확인하기 위한 노력이 선행되어야 한다.

섭식장애를 설명하는 다양한 원인 중 하나는 극도로 마른 몸을 여성의 이상적인 아름다움으로 여기고 여성의 몸을 대상화하는 매스컴이나 사회적 분위기의 영향으로 개인의 신체적, 생물학적 특성을 고려하지 않은 채 위험을 감수하고서라도 식이를 제한하는 등의 부적절한 체중 조절을 시도하는 것이다(Halliwell & Harvey, 2006). 하지만 하나의 원인 모델만으로 섭식장애를 설명하기에는 한계를 가지며, 개인의 생물학적 및 유전적 특성(Grice et al., 2002), 외모에 대한 불만족(Lee & Lee, 2006) 및 우울(Lee, Kim, & Kang, 2001) 등의 심리적 특성과 가족의 사회경제적 수준(Lindberg & Hjern, 2003) 및 의사소통 유형(Kim & Yang, 2008) 등의 가족적 특성이 복합적으로 관여한다.

섭식장애에 대한 연구가 시작된 이래로 와해된 가족 기능이 섭식장애와 관련이 있다는 견해가 일반적이다. Shoebridge와 Gowers (2000)의 연구에서 신경성 식욕부진증은 과보호적인 가족 환경에서 발생하고, 신경성 폭식증은 비체계적인 가족 환경에서 나타난다고 보고되었다. 또한 부모의 무관심, 불화, 돌봄의 부족이 일반 청소년과 비교하여 섭식장애군에게 나타났으며, 신경성 식욕부진증 환자의 어머니에게서 과보호와 지나친 관심이 보고되었다. 이러한 국외 선행연구의 결과

뿐만 아니라 발달단계의 특성상 청소년은 아동이 성인으로 변해가는 중간상태에 있으며 호르몬의 변화와 더불어 급격한 신체적, 심리적 변화로 불안정한 상태에 놓여 있으므로(Kim & Yang, 2008), 청소년이 접하는 일차적인 환경인 가족의 특성은 섭식장애의 발생과 치료에 있어 중요한 영향력을 가지는 것이다(Soh, Touyz, & Surgenor, 2006).

그러나 현재까지 섭식장애에 관한 국내의 선행연구는 여대생을 대상으로 한 연구가 주를 이루고 있으며 고위험군인 여고생을 대상으로 한 연구는 상대적으로 적을 뿐 아니라, 그 영향요인으로서 신체상, 체형 만족도, 체형 인식, 우울 등 개인의 내적 특성에 초점을 둔 연구가 대부분이다. 또한 청소년을 대상으로 섭식장애에 대한 가족의 영향요인을 살펴본 연구는 부모와 자녀 사이의 의사소통기술, 체중과 외모에 대한 가족의 메시지, 가족관계, 부모애착 등 각각의 연구에서 가족에 관한 단편적인 요인만을 다루고 있어, 다양한 요인을 포함한 포괄적인 연구가 필요한 실정이다. 뿐만 아니라 그 동안 국내의 간호학계에서 이루어진 섭식장애 관련 연구는 섭식장애와 같은 상대적으로 드물거나 흔하지 않은 질병과 관련된 광범위한 위험 요인들을 확인하기에는 표본수가 제한적이라는 한계점을 가진다.

이에 본 연구에서는 4개 지역에 위치한 13개 고등학교 1,126명의 여고생을 대상으로 이상 섭식태도의 발생 정도를 조사하고, 이상 섭식태도군의 특성으로서 개인의 내적인 요인 뿐 아니라 대상자와 일차적인 관계에 놓여있는 가족의 영향력에 대한 다각적인 분석을 시행하고자 한다. 본 연구의 결과는 섭식장애 위험군인 여고생 뿐 아니라 그의 가족을 대상으로 하여 간호중재의 영역을 확장하기 위한 기초자료를 제공할 것으로 기대한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 여고생의 이상 섭식태도의 발생 정도를 파악하고, 이상 섭식태도군의 특성을 다각적으로 이해하기 위함이며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 여고생의 이상 섭식태도의 발생 정도를 파악한다.
- 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 간의 내적 요인의 차이를 파악한다.
- 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 간의 가족적 요인의 차이를 파악한다.
- 이상 섭식태도군의 특성을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 여고생의 이상 섭식태도의 발생 정도를 파악하고 이상 섭식태도에 영향을 미치는 내적 요인과 가족적 요인을 다각적으로 이해하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 표적 모집단은 2011년 현재 국내 고등학교에 재학 중인 여고생이며 전국 보건 교사회의 도움을 받아 편의 추출에 의해 S시, P시, I시, G도에 위치한 일 여자 고등학교 13곳의 여고생 1,300명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 연구대상은 자료수집 전 각 학교 보건교사에 의해 선정된 학급의 학생 중 연구의 목적 및 방법을 이해하고 본 연구에 자발적인 참여를 희망한 학생을 대상으로 하였다. 배부한 1,300부의 설문지 중 1,191부를 회수하였으며(회수율: 91.6%), 이 중 불성실한 응답을 보인 65부를 제외한 1,126명을 최종 분석단위로 선정하였다. G\*Power 3.1.3을 통한 통계적 검정력 분석(power analyses) 결과 두 집단의 차이를 비교하는데 있어 양측검정(two-tailed), 중간 정도의 효과크기 .5, 유의수준 .05, 표본 수 1,126명으로 검정력은 .99로 산출되었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 섭식태도

대상자의 섭식태도를 측정하기 위해 Choi 등(1998)이 번안한 한국판 청소년용 식이 태도 검사(EAT-26KA)를 사용하였다. 자가보고식 형태의 Eating Attitudes Test는 개발 당시 40문항으로 구성되었으며 이후 Garner 등(1982)에 의해 26문항의 단축형 Eating Attitudes Test (EAT-26)가 소개되었다. 현재 EAT-26은 다양한 언어로 번안되어 섭식장애 위험(Eating disorder risk)을 사정하기 위한 경제적이고 신뢰도와 타당도가 검증된 도구로 널리 활용되고 있다. EAT-26KA는 총 26문항, 6점 Likert식 척도로 1점 '전혀 아니다'에서 6점 '항상 그렇다'로 평가하며 부정문항 1문항은 역산 처리된다. 1~3점은 0점으로, 4점은 1점으로, 5점은 2점으로, 6점은 3점으로 배점 처리되며 총점의 범위는 0~78점으로 점수가 높을수록 부정적인 섭식태도를 가짐을 의미한다. 본 도구에서 섭식장애 위험군의 판정 점수는 20점 이상이며, 본 연구에서는

20점 이상을 이상 섭식태도군, 20점 미만을 정상 섭식태도군으로 정의하였다. Choi 등(1998)의 연구에서 도구의 Cronbach's  $\alpha = .83$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .79$ 였다.

#### 2) 내적 요인

##### (1) 우울

대상자의 우울을 측정하기 위해 Kovacs (1985)가 개발한 Children's Depression Inventory (CDI)를 Cho와 Lee (1990)가 번안한 한국판 아동용 우울척도(Korean form of the Kovacs' Children's Depression Inventory)를 사용하였다. CDI는 7세에서 17세의 아동과 청소년에게 적용가능하며 지난 2주일 동안의 기분상태를 자가 보고식 형태로 기입한다. 본 도구는 총 27문항, 3점 척도로 구성되어 있다. 0~2점으로 배점 처리되며 총점의 범위는 0~54점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구에서 0~21점은 정상, 22점 이상은 우울로 진단한다. Cho와 Lee (1990)의 연구에서 도구의 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다.

##### (2) 체중 상태

대상자의 체중 상태는 체중(kg)을 신장(m)의 제곱으로 나누어 계산한 체질량지수(Body Mass Index, BMI)에 대해 소아 및 청소년 표준 성장도표(Centers for Disease Control & Korean Pediatric Society, 2007)에 제시된 체질량지수의 성장도표 백분위수를 기준으로 하였다. 본 기준에서는 성별·연령별 체질량지수가 5백분위수 미만은 저체중, 5백분위수 이상 85백분위수 미만은 정상체중, 85백분위수 이상 95백분위수 미만은 과체중, 95백분위수 이상은 비만으로 규정한다.

##### (3) 체형인식에 대한 오인

대상자의 체형인식에 대한 오인 여부는 체중 상태가 저체중으로 평가된 대상자가 자신의 체형을 보통인 편 혹은 뚱뚱한 편으로 인식하고 있거나 정상체중으로 평가된 대상자가 뚱뚱한 편으로 인식하고 있을 경우 체형인식에 대한 오인이 있는 것으로 정의하였다.

#### 3) 가족적 요인

##### (1) 부모-자녀 상호작용

대상자의 부모-자녀 상호작용을 측정하기 위해 Parker, Tupling과 Brown (1979)이 개발한 Parental Bonding Instrument (PBI)를 Song (1992)이 번안한 한국판 부모-자녀 결

합 형태 검사를 사용하였다. 본 도구는 총 25문항으로 돌봄 영역 12문항과 과보호 영역 13문항으로 구성된다. 4점 Likert 척도로 1점 '전혀 안 그랬다'에서 4점 '아주 그랬다'로 평가하며 돌봄 영역의 3문항과 과보호 영역의 7문항은 역산 처리된다. 돌봄 영역의 범위는 12~48점, 과보호 영역의 범위는 13~52점으로 점수가 높을수록 돌봄과 과보호 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구에서 부모-자녀 상호작용은 돌봄의 점수가 높을수록 과보호의 점수가 낮을수록 바람직한 것으로 해석한다. 도구는 대상자가 16세 이전까지 자신에 대한 어머니와 아버지의 태도나 행동을 기억하여 부모 각각의 돌봄과 과보호 수준을 측정할 수 있도록 구성되어 있다. 하지만 본 연구에서는 여고생 섭식태도에 있어 어머니, 아버지 각각의 영향력을 확인하고자 한 것은 아니므로 부모로 통합하여 그 수준을 측정하였다. Song (1992)의 연구에서 어머니와 아버지에 대한 각각의 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 돌봄 영역이 .87, .90, 과보호 영역이 .87, .88이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 돌봄 영역이 .89, 과보호 영역이 .82였다.

## (2) 가족 기능

대상자의 가족 기능을 측정하기 위해 Choi와 Yoo (2003)의 한국형 가족기능도 척도(Korean Family Functioning Scale)를 사용하였다. 본 도구는 정서적 지지, 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족 의사소통, 가족규칙, 가족원의 자율성 지지의 6개 하부영역, 36문항으로 구성된다. 5점 Likert 척도로 1점 '전혀 그렇지 않다'에서 5점 '매우 그렇다'로 평가하며 부정문항 8문항은 역산 처리된다. 총점의 범위는 0~180점으로 점수가 높을수록 가족기능도가 높음을 의미한다. Choi와 Yoo (2003)의 연구에서 도구의 전체 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93, 영역별 신뢰도는 .88, .84, .73, .81, .75, .71이었으며, 본 연구에서 도구의 전체 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .95, 영역별 신뢰도는 .93, .87, .74, .84, .73, .69였다.

## 4. 자료수집

자료수집은 Y대학교 간호대학의 연구윤리심의위원회의 심의를 통과한 후 진행되었다(승인번호: 2011-1014). 편의 추출에 의해 S시, P시, I시, G도에 위치한 일 여자 고등학교 13곳의 보건교사에게 본 연구의 협조를 요청하는 공문을 발송하여 연구 진행을 위한 기관의 승인을 받았다. 자료수집기간은 2011년 10월 10일부터 11월 10일까지였으며 각 학교의 보건교사에게 미리 본 연구의 목적, 방법 등에 대해 안내하고 설문

조사 시 학생들에게 자세히 설명해 줄 것을 요청하였다. 특히 학생들에게 설문지는 무기명 처리되며 연구목적으로만 이용되고 참여를 철회하고 싶을 경우 언제든지 가능하며 그에 따른 불이익이 없음을 설명한 후 연구참여에 서면 동의한 대상자에게 자료수집이 이루어졌다. 설문에 활용된 모든 연구도구는 원저자에게 사용에 대한 승인을 받았으며, 자료수집 전 간호학 교수 1인, 전국보건교사회 학술위원 2인에 의해 설문지의 내용을 확인하고 생소한 단어나 이해하기 어려운 문맥을 수정하는 과정을 거쳤다. 설문에 소요되는 시간은 약 15분 정도였으며 연구에 참여한 대상자에게는 사례로 문구류를, 연구의 진행에 도움을 주신 각 학교 보건교사와 담임교사에게는 문화상품권을 제공하였다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 PASW statistics 18.0을 사용하여 다음과 같이 분석하였으며, 모든 분석 결과는 유의수준 .05 미만일 경우 통계학적으로 유의한 것으로 해석하였다.

- 여고생의 이상 섭식태도의 발생 정도 및 대상자의 내적·가족적 요인은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술통계를 사용하여 분석하였다.
- 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 간의 내적·가족적 요인의 차이는  $\chi^2$  검정(chi-square test), 독립표본 t검정(independent t-test)을 사용하여 분석하였다.
- 여고생의 이상 섭식태도군의 특성을 파악하기 위해 단변량 분석결과 유의수준 .05 미만에서 유의하였던 내적 요인과 가족적 요인을 독립변수로 이분형 변수인 이상 섭식태도와 정상 섭식태도를 종속변수로 하여 전진선택방법을 이용한 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression analysis)을 시행하였다. 이를 통해 각 변수별 오즈비(Odds Ratio, OR)와 95% 신뢰구간을 산출하였다.

## 연구결과

### 1. 이상 섭식태도군의 발생 정도와 대상자 특성

총 1,126명의 대상자 중 Choi 등(1998)의 한국형 청소년용식이 태도 검사(EAT-26KA)에서 섭식장애 위험군의 판정 점수인 20점 이상의 이상 섭식태도군은 8.3%, 정상 섭식태도군은 91.7%였다. S시 42.2%, P시 27.8%, I시 11.9%, G도 13.1%가 참여하였으며, 학교 유형은 일반고 75.3%, 상업고 17.6%,

자율고 7.1% 순이었다.

대상자의 내적·가족적 요인은 Table 1과 같다. 대상자의 내적 요인을 살펴보면, 평균 연령은 16.4세(최소 15세~최대 19세)였으며 평균 체질량지수는  $20.1 \pm 2.57 \text{ kg/m}^2$ 였다. 대상자의 체중 상태는 소아 및 청소년 표준 성장도표(Centers for Disease Control & Korean Pediatric Society, 2007)에 제시된 체질량지수의 성장도표 백분위수를 기준으로 저체중은 10.6%, 정상체중은 82.3%, 과체중은 3.1%, 비만은 4.0%였다. 체형인식에 대한 오인에서 13.3%가 자신의 현 체중 상태에 비해 뚱뚱하다고 인식하였다. 학업 성적은 70.3%가 중상위권, 29.7%가 하위권으로 응답하였다. 평균 우울점수는  $14.3 \pm 7.37$ 점으로 우울 진단 점수인 22점 이상의 우울 그룹은 15.1%, 21점 이하의 정상 그룹은 84.9%였다.

대상자의 가족적 요인을 살펴보면, 핵가족과 대가족을 포함하는 정상 가정은 91.2%, 한 부모 가족과 조손 가족을 포함하는 결손 가정은 8.8%였다. 아버지와 어머니의 평균 연령은 각각 47.7세(최소 34세~최대 61세), 44.8세(최소 33세~최대 66세)였으며, 아버지의 학력은 대졸 이상 53.3%, 고졸 42.0%, 중졸 이하 4.7% 순이었으며, 어머니의 학력은 고졸 57.6%, 대졸 이상 37.3%, 중졸 이하 5.2% 순이었다. 아버지 직업은 사무직이 29.8%로 가장 많았으며 어머니의 경우 38.9%는 주부였으며 61.1%는 직업을 가지고 있었다. 경제 수준은 보통이라고 응답한 대상자가 72.5%로 가장 많았으며 넉넉한 편이 15.2%, 어려운 편이 12.3% 순이었다. 부모-자녀 상호작용에서 평균 돌봄 점수는  $36.5 \pm 6.29$ 점, 과보호 점수는  $26.3 \pm 6.10$ 점이었다. 가족 기능의 총점은  $119.2 \pm 23.36$ 점이었으며 6가지 하부영역 점수는 정서적 지지  $29.9 \pm 6.46$ 점, 생활시간 공유  $21.4 \pm 6.16$ 점, 가족원 간의 친밀감  $21.8 \pm 4.38$ 점, 가족 의사소통  $17.4 \pm 4.87$ 점, 가족규칙  $15.3 \pm 3.64$ 점, 가족원의 자율성 지지  $13.5 \pm 2.87$ 점이었다.

## 2. 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군의 내적 요인 비교

이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군의 내적 요인은 Table 2와 같이 체형인식에 대한 오인, 학업 성적, 우울에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이상 섭식태도군에서 자신의 현 체중 상태에 비해 뚱뚱하다고 인식하는 비율은 30.0%로 정상 섭식태도군의 11.8%에 비해 높았으며( $\chi^2=21.12, p<.001$ ), 학업성적은 이상 섭식태도군에서 중상위권이 57.6%인 반면 정상 섭식태도군에서 중상위권은 71.5%로 정상 섭식태도군에서 상위권의 비율이 높았다( $\chi^2=7.77, p=.005$ ). 우울점수

는 이상 섭식태도군에서  $19.8 \pm 8.86$ 점, 정상 섭식태도군에서  $13.8 \pm 7.02$ 점으로 이상 섭식태도군에서 유의하게 높았으며( $t=-6.18, p<.001$ ), 이상 섭식태도군에서 우울로 진단 받은 대상자의 비율은 41.1%로 정상 섭식태도군 12.8%에 비해 높았다( $\chi^2=51.69, p<.001$ ).

대상자의 체질량지수에 영향을 줄 수 있는 연령을 통제하였을 경우, 이상 섭식태도군의 체질량지수는  $20.7 \text{ kg/m}^2$ 로 정상 섭식태도군의  $20.1 \text{ kg/m}^2$ 보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $F=3.08, p=.080$ ).

## 3. 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군의 가족적 요인 비교

이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군의 가족적 요인은 Table 3과 같이 경제 수준, 부모-자녀 상호작용의 하부영역인 과보호, 가족기능에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이상 섭식태도군에서 경제 수준이 보통이라 응답한 비율은 57.8%로 정상 섭식태도군의 73.8%에 비해 낮았으며 상대적으로 이상 섭식태도군에서 어려운 편, 넉넉한 편이라 응답한 비율은 각각 22.2%, 20.0%로 정상 섭식태도군의 11.4%, 14.8%에 비해 높았다( $\chi^2=12.23, p=.002$ ). 부모-자녀 상호작용의 하부영역인 과보호의 점수는 이상 섭식태도군이  $28.5 \pm 6.47$ 점으로 정상 섭식태도군의  $26.1 \pm 6.03$ 점에 비해 높았다( $t=-3.58, p<.001$ ). 이상 섭식태도군에서 가족 기능의 총점은  $111.5 \pm 27.77$ 점으로 정상 섭식태도군의  $119.8 \pm 22.85$ 점보다 낮았으며( $t=2.65, p=.009$ ), 특히 6가지 하부영역 중 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족 의사소통에서 통계적으로 유의하게 낮았다( $t=2.88, p=.005; t=3.48, p=.001; t=2.51, p=.013$ ).

## 4. 여고생의 이상 섭식태도군의 특성

여고생의 이상 섭식태도군의 특성을 파악하기 위해 문헌에 의해 지지된 내적·가족적 요인 중 그룹별로 유의한 차이를 보이는 즉 단변량 분석(univariate analysis) 결과 유의수준 0.05 미만의 변수인 체형인식에 대한 오인, 학업 성적, 우울, 경제 수준, 부모-자녀 상호작용 중 하부영역인 과보호, 가족기능 중 하부영역인 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족 의사소통의 8가지 예측변수를 포함하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 영향요인 변수 중에서 체형인식에 대한 오인(0=없음, 1=있음), 학업 성적(0=중상위권, 1=하위권), 우울(0=정상, 1=우울)을 가변수로 처리하였으며, 경제 수준은 보통을

**Table 1.** Internal and Family Factors of Participants

(N=1,126)

Variables	Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	Range
Eating attitudes		Abnormal	93 (8.3)		
		Normal	1,033 (91.7)		
Internal factors	Age (year)			16.4±0.82	15~19
	Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )			20.1±2.57	13.8~34.9
	Degree of obesity <sup>†</sup>	Under-weight	106 (10.6)		
		Normal	824 (82.3)		
		Over-weight	31 (3.1)		
		Obesity	40 (4.0)		
	Misperception of body image <sup>‡</sup>	Yes	132 (13.3)		
		No	862 (86.7)		
	Scholastic performance	Upper-middle rank	782 (70.3)		
		Lower rank	330 (29.7)		
	Children's depression inventory	Depression	164 (15.1)	14.3±7.37	0~48
		Normal	921 (84.9)		
Family factors	Type of family <sup>§</sup>	Intact family	1,004 (91.2)		
		Deficient family	97 (8.8)		
	Order of sibling	1st	520 (47.6)		
		2nd	523 (47.8)		
		3rd or 4th	24 (2.2)		
	Number of sibling	None	80 (7.3)	1.2±0.60	0~4
		1~2 persons	991 (90.5)		
		3~4 persons	24 (2.2)		
	Paternal age (year)			47.7±3.65	34~61
	Maternal age (year)			44.8±3.70	33~66
	Paternal education	≤ Middle school	51 (4.7)		
		High school	451 (42.0)		
		≥ College	572 (53.3)		
	Maternal education	≤ Middle school	56 (5.2)		
		High school	624 (57.6)		
		≥ College	404 (37.3)		
	Paternal occupation	Office worker	327 (29.8)		
		Public official	91 (8.1)		
		Professional	182 (16.6)		
		Business	276 (25.2)		
		Etc.	220 (20.1)		
	Maternal occupation	Housewife	430 (38.9)		
		Having occupation	674 (61.1)		
	Economic status	Poor	137 (12.3)		
		Average	808 (72.5)		
		Rich	170 (15.2)		
	Parental bonding instrument	Care		36.5±6.29	12~48
		Overprotection		26.3±6.10	13~48
	Family functioning scale	Total		119.2±23.36	44~177
		Emotion support		29.9±6.46	8~40
		Time spent together		21.4±6.16	7~35
		Family intimacy		21.8±4.38	6~30
		Communication		17.4±4.87	6~30
		Family rules		15.3±3.64	5~25
		Respect for autonomy		13.5±2.87	4~20

<sup>†</sup> Under-weight: BMI is less than 5th percentile for sex and age, normal: 5~85 percentile; Over-weight: 85~95 percentile, obesity: above the 95th percentile; <sup>‡</sup> Despite being thin or normal, they think they are over-weight; <sup>§</sup> Intact family: nuclear and large family, Deficient family: single parent and grandparent family.

**Table 2.** Comparison of Internal Factors between Abnormal and Normal Eating Attitudes Group

(N=1,126)

Variables	Categories	Abnormal (n=93)	Normal (n=1,033)	$\chi^2$ or t or F	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Age (year)		16.6±0.92	16.4±0.81	-1.42	.159
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>†</sup>		20.7±2.73	20.1±2.56	3.08	.080
Degree of obesity <sup>‡</sup>	Underweight	4 (5.0)	102 (11.1)	3.12	.374
	Normal	71 (88.8)	753 (81.8)		
	Overweight	2 (2.5)	29 (3.1)		
	Obesity	3 (3.8)	37 (4.0)		
Misperception of body image <sup>§</sup>	Yes	24 (30.0)	108 (11.8)	21.12	< .001
	No	56 (70.0)	806 (88.2)		
Scholastic performance	Upper-middle rank	53 (57.6)	729 (71.5)	7.77	.005
	Lower rank	39 (42.4)	291 (28.5)		
Children's depression inventory		19.8±8.86	13.8±7.02	-6.18	< .001
	Depression	37 (41.1)	127 (12.8)	51.69	< .001
	Normal	53 (58.9)	868 (87.2)		

<sup>†</sup> Measured by ANCOVA (Analysis of Covariance) with age as covariate; <sup>‡</sup> Under-weight: BMI is less than 5th percentile for sex and age, Normal: 5-85 percentile, Over-weight: 85-95 percentile, Obesity: above the 95th percentile; <sup>§</sup> Despite being thin or normal, they think they are over-weight.

기준(0, 0)으로 어려운 편(1, 0), 넉넉한 편(0, 1)으로 2개의 더미변수(dummy variable)로 바꾸어 회귀분석에 포함하였다. 본 분석에는 다양한 독립변수들이 포함되어 변수 선택 방법으로는 전진선택방법을 이용하였다. 일반적으로 공변량의 개수가 많은 경우에 로지스틱 회귀모형에 중요한 공변량들을 선택할 필요가 있으며, 모형에 중요하지 않은 공변량들을 회귀함수에 포함시킬 경우에는 오히려 추측 오류율을 증가시킬 수 있기 때문이다. 다중 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 체형 인식에 대한 오인( $p < .001$ ), 우울( $p < .001$ ), 경제수준이 어려운 편( $p = .019$ ), 경제수준이 넉넉한 편( $p = .009$ )이 선택되었다(Table 4). 모형계수 전체 테스트에서 절편(상수)만 있는 기저모형과 예측변수 4개가 포함된 모형이 동일하다는 귀무가설은 예측변수가 포함된 모형이 유의하게 다른 것으로 나타나( $\chi^2 = 58.64$ ,  $df = 4$ ,  $p < .001$ ) 기각되었고, 따라서 기저모형에 비해 예측변수 4개가 포함된 모형이 더 완전한 모형으로 평가되었다. 또한 종속변수의 실제치와 모형에 의한 예측치 간의 일치정도를 나타내는 Hosmer-Lemeshow 통계량은  $\chi^2 = 1.83$ ,  $df = 4$ ,  $p = .767$ 로 모형의 적합도가 수용할만한 수준임을 나타내었다.

형성된 회귀모형의 종속변수에 대한 설명력은 14.9% (Nagelkerke의  $R^2$ )였으며, 회귀모형의 분류 정확도는 92.6%였다. 이상 섭식태도군의 발생 가능성을 개념별 승산비로 설명하면, 다른 독립변수들을 통제한 상태에서 자신의 현 체중 상태에 비해 뚱뚱하다고 인식하는 대상자는 그렇지 않은 대상자에 비

해 이상 섭식태도의 발생 확률이 3.50배 증가하였으며(OR=3.50, 95% CI=1.95~6.28), 우울한 대상자는 정상인 대상자에 비해 이상 섭식태도의 발생 확률이 5.47배 증가하였다(OR=5.47, 95% CI=3.17~9.44). 또한 경제수준이 어려운 편이라 응답한 대상자는 경제수준이 보통이라 응답한 대상자에 비해 이상 섭식태도의 발생률이 2.26배 증가하였으며(OR=2.26, 95% CI=1.14~4.47), 경제수준이 넉넉한 편이라 응답한 대상자는 보통이라 응답한 대상자에 비해 이상 섭식태도의 발생률이 2.41배 증가하였다(OR=2.41, 95% CI=1.25~4.66). 즉 현 체중 상태에 비해 뚱뚱하다고 인식하고, 우울하며, 경제형편이 어려운 편, 넉넉한 편으로 응답한 대상자에게서 이상 섭식태도의 발생 가능성이 증가하는 것으로 예측되었다(Table 4).

## 논 의

본 연구는 4개 지역 13개 고등학교에 재학 중인 1, 2학년 여 고생을 대상으로 이상 섭식태도군의 발생정도를 파악하고 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군의 내적 요인과 가족적 요인의 비교를 통해 이상 섭식태도군의 특성을 확인하고자 하였다. 연구대상자 1,126명 중 Choi 등(1998)의 한국판 청소년용 식이 태도 검사(EAT-26KA)에서 20점 이상의 이상 섭식태도군은 8.3%로 Lee와 Lee (2006)의 연구에서 9.1%, Lee, Rhie와 Won (2008) 연구에서의 7.9%와 유사한 결과를 나타내었으나, 동일한 도구를 사용하여 조사한 Cheon (2007)의

**Table 3.** Comparison of Family Factors between Abnormal and Normal Eating Attitudes Group (N=1,126)

Variables	Categories	Abnormal (n=93)	Normal (n=1,033)	$\chi^2$ or t	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Type of family <sup>†</sup>	Intact family	78 (85.7)	926 (91.7)	3.70	.054
	Deficient family	13 (14.3)	84 (8.3)		
Order of sibling	1st	43 (47.8)	477 (47.6)	1.05	.592
	2nd	41 (45.6)	482 (48.1)		
	3rd or 4th	6 (6.7)	44 (4.4)		
Number of sibling	None	4 (4.4)	76 (7.6)	3.37	.185
	1~2 persons	82 (91.1)	909 (90.4)		
	3~4 persons	4 (4.4)	20 (2.0)		
Paternal age (year)		47.9±3.45	47.7±3.67	-0.48	.633
Maternal age (year)		44.6±3.42	44.8±3.73	0.43	.670
Paternal education	≤ Middle school	3 (3.4)	48 (4.9)	0.45	.798
	High school	37 (41.6)	414 (42.0)		
	≥ College	49 (55.1)	523 (53.1)		
Maternal education	≤ Middle school	5 (5.6)	51 (5.1)	0.09	.954
	High school	50 (56.2)	574 (57.7)		
	≥ College	34 (38.2)	370 (37.2)		
Paternal occupation	Office worker	26 (29.2)	301 (29.9)	4.16	.385
	Public official	6 (6.7)	85 (8.4)		
	Professional	12 (13.5)	170 (16.9)		
	Business	30 (33.7)	246 (24.4)		
	Etc.	15 (16.9)	205 (20.4)		
Maternal occupation	Housewife	28 (30.1)	402 (39.8)	3.34	.068
	Having occupation	65 (69.9)	609 (60.2)		
Economic status	Poor	20 (22.2)	117 (11.4)	12.23	.002
	Average	52 (57.8)	756 (73.8)		
	Rich	18 (20.0)	152 (14.8)		
Parental bonding instrument	Care	35.2±7.50	36.6±6.16	1.69	.095
	Overprotection	28.5±6.47	26.1±6.03	-3.58	< .001
Family functioning scale	Total	111.5±27.77	119.8±22.85	2.65	.009
	Emotion support	28.5±8.32	30.0±6.26	1.74	.084
	Time spent together	19.3±7.11	21.5±6.04	2.88	.005
	Family intimacy	19.9±5.24	21.9±4.26	3.48	.001
	Communication	16.0±5.51	17.5±4.79	2.51	.013
	Family rules	14.6±4.06	15.3±3.59	1.91	.057
	Respect for autonomy	13.2±3.15	13.5±2.85	0.99	.325

<sup>†</sup> Intact family=nuclear and large family, Deficient family: single parent and grandparent family.

연구에서 23.5%로 조사된 것과는 큰 차이가 있었다. 이렇듯 Cheon (2007)의 연구에서만 큰 차이를 보인 것은 시간에 따른 이상 섭식태도 발생률 자체의 변화이기보다는 대상자의 표집과정과 측정의 차이를 원인으로 생각해 볼 수 있을 것이다. 앞으로 여고생의 이상 섭식태도 발생률을 지속적으로 관리하고 다른 연구와의 원활한 비교를 위해 국가통계를 활용한 정기적인 이상 섭식태도 발생률 조사의 필요성을 강조하

는 바이다.

본 연구에서 내적 요인으로서 조사된 우울은 이상 섭식태도 군에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 우울한 경우가 그렇지 않은 경우보다 이상 섭식태도의 발생 확률이 5.47배 증가하는 것으로 나타났다. 섭식장애의 가장 공통적인 위험요인은 성별(여성)과 우울, 불안, 체형불만족과 같은 부정적인 정서 상태이다. 남성에 비하여 여성에게 섭



**Table 4.** Factors associated with Abnormal Eating Attitudes of Adolescent Girls(N=907<sup>†</sup>)

Variables	$\beta$	SE	<i>p</i>	OR	95% CI	
					Lower	Upper
(Constant)	-3.44	0.22	< .001	0.03		
Misperception of body image <sup>†</sup>	1.25	0.30	< .001	3.50	1.95	6.28
Children's depression inventory <sup>†</sup>	1.70	0.28	< .001	5.47	3.17	9.44
Economic status d1 <sup>§</sup>	0.82	0.35	.019	2.26	1.14	4.47
Economic status d2 <sup>§</sup>	0.88	0.34	.009	2.41	1.25	4.66

Nagelkerke  $R^2=$ .15;  $\chi^2=58.64$ ,  $df=4$ ,  $p< .001$ ; Hit ratio=92.6%; Each variable adjusted for all other variables in the table; SE=standardized error; OR=odds ratio; CI=confidence interval.

<sup>†</sup> Excluded missing values; <sup>†</sup> Dummy variables (Misperception of body image: no=0, yes=1; Children's depression inventory: normal=0, depression=1);

<sup>§</sup> Dummy variables (Economic status: poor=d1, rich=d2); The base group of economic status is average; Dummy variables were coded as (1, 0) for poor and (0, 1) for rich.

식장애가 호발하는 것은 연구를 통해 일관적으로 입증되고 있으며(Stice, 2002), 부정적인 정서 상태가 섭식장애의 발병과 지속, 재발에 미치는 영향력에 대한 증거 또한 일관적이다(Stice, 2002). 또한 국내의 고등학교 1학년 남녀 학생을 대상으로 섭식장애와 우울 및 불안 성향과의 관련성을 보고한 Lee, Kim과 Kang (2001)의 연구결과도 섭식장애에 속한 남녀 학생 모두 정상군에 비해 유의하게 높은 우울척도 점수를 보였다. 이와 같은 결과에서 알 수 있는 것은 이상 섭식태도에 대한 치료적 접근에서 겉으로 드러나는 행동상의 문제와 식행동과 관련된 특정 정신 병리에만 초점을 둘 것이 아니라 환자의 전반적인 정신병리를 명확히 파악하고 행동상의 문제 이면에 있는 우울, 대인관계상의 어려움, 자신감 부족, 기본적인 성격상의 문제에도 초점을 두어 치료를 진행하는 것이 증상의 호전에 매우 중요하며 장기적으로 재발방지도 필수적이라는 것이다(Bae & Choi, 1997). 이를 위해 학교에서 매년 실시하고 있는 신체검진에 청소년 우울 선별 검사를 포함하는 것은 섭식장애의 예방 및 치료를 위한 중요한 전략일 수 있다. 또한 정신보건간호사는 청소년을 대상으로 우울에 대한 교육 및 상담자로서의 역할을 도모하여 우울과 섭식장애 등의 관련 질환에 대한 청소년들의 인식을 증진시킬 필요가 있다.

본 연구에서 체중과 체질량지수는 영향요인으로 나타나지 않은 반면, 체형에 대한 인식에는 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 간에 유의한 차이가 있었다. 비만도 분포를 살펴보면 이상 섭식태도군에서는 저체중 5.0%, 정상체중 88.8%, 과체중 2.5%, 비만 3.8%였으며, 정상 섭식태도군에서는 저체중 11.1%, 정상체중 81.8%, 과체중 3.1%, 비만 4.0%였다. 즉 과체중이나 비만에 속한 대상자는 이상 섭식태도군에서 6.3%, 정상 섭식태도군에서 7.1%로 유의한 차이를 보이지 않음에도

불구하고, 자신의 체형을 오인하는 비율은 이상 섭식태도군에서 30.0%, 정상 섭식태도군에서 11.8%로 유의한 차이를 보여, 이상 섭식태도군에서 자신의 체형을 오인하는 정도가 심각함을 알 수 있었다. 또한 자신의 체형을 오인하는 대상자는 체형을 바르게 인식하는 대상자에 비해 이상 섭식태도를 가질 확률이 3.5배 증가하는 것으로 나타났다. 이는 선행연구의 결과와도 일치하는 것으로 Lee, Kim과 Kang (2001)의 연구에서 섭식장애 고위험군의 여학생들은 정상군의 여학생들에 비해 자신을 더 뚱뚱하다고 여기고 있었고, 여자 중학생을 대상으로 한 Kim 등(2009)의 연구에서도 지금의 체형에 만족하지 못하고 조금 더 마르기를 원하는 군의 섭식장애 정도가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 마른 체형이건 살찐 체형이건 간에 자신의 체형에 대한 불만을 가진 청소년은 자신의 몸매와 체형에 대한 염려가 매우 커지고, 그 결과 극단적인 식이제한을 하여 자신의 신체상을 향상시키려는 시도를 하게 되며 섭식장애로까지 이어지게 된다는 것이다(Kim, 2002). 따라서 청소년들에게 자신의 체형에 대한 올바른 인식을 심어주고, 적절한 체중의 유지가 청소년기의 충분한 성장과 발달에 필요함을 알 수 있도록 교육이 이루어져야 한다. 이미 국외에서는 청소년을 대상으로 건강한 체형과 신체상에 대한 교육의 필요성에 대해 인식하여, 학교와 지역사회 기반의 중재를 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 진행되고 있다(Dalle Grave, 2003). 특히 학교 기반 중재 프로그램의 효과가 입증되고 있어(Dalle Grave, 2003), 국내에서도 보건교육 커리큘럼에 이에 대한 부분을 포함시키고, 정신간호학 영역에서 다양한 중재방법을 개발하여 그 효과를 검증하는 연구가 이루어질 필요가 있다.

본 연구에서 여고생 이상 섭식태도군의 특성으로 나타난 우울, 체형인식에 대한 오인은 선행연구에서도 이미 논란의 여

지가 없이 확정적으로 밝혀진 요인이다(Stice, 2002). 그러나 일관된 연구결과에 비해 우울, 체형인식에 대한 오인을 중점적으로 다루는 중재 프로그램의 개발과 효과성 검증에 대한 국내연구는 부족한 실정이다. 또한 그 동안의 중재연구에 관한 메타분석 결과(Pratt & Woolfenden, 2002), 그 효과에 대한 증거는 아직 불충분함을 알 수 있다. 따라서 날로 증대되는 여고생 섭식문제의 중요성과 심각성을 감안할 때, 섭식장애가 발병하기 전 고위험군인 여고생을 대상으로 우울, 체형인식에 대한 오인을 다루는 예방적 차원의 중재 개발과 효과성 검증 연구가 시작되어야 하는 시점이라 할 수 있겠다.

Le Grange, Lock, Loeb와 Nicholls (2010)는 섭식장애의 영향요인에 관하여 대상자의 내적 요인 뿐 아니라 가족적 요인의 중요성에 대해 강조하고 있으며, 또한 임상적으로 섭식장애의 발병원인과 이의 치료에 있어 가족의 영향력을 인식하고 있다. 이에 여고생의 섭식태도에 영향을 미치는 가족적 요인에 관한 광범위한 고찰을 시도한 본 연구에서, 이상 섭식태도군은 정상 섭식태도군에 비해 가족의 경제 수준을 보통이라고 인식하기보다는 넉넉한 편 혹은 어려운 편이라고 인식하는 비율이 높았으며, 경제 수준에 대해 어려운 편이라고 인식할수록 이상 섭식태도의 발생률이 2.26배 증가하고, 넉넉한 편이라고 인식할수록 이상 섭식태도의 발생률이 2.41배 증가하는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 섭식장애가 사회경제적 수준이 높은 집단에서 호발한다는 기존의 연구결과(Lindberg & Hjerm, 2003)를 지지하면서도, 동시에 가족의 경제 수준에 대해 낮게 인식하는 청소년들에게도 섭식장애가 나타날 위험성이 높다는 것을 보여주고 있다. 뿐만 아니라 본 연구에서 통계적으로 유의한 차이는 확인되지 않았지만, 이상 섭식태도군에서 한 부모가족 또는 조손가족 등의 결손가정 비율은 14.3%로 정상 섭식태도군의 8.3%에 비해 높았다. 따라서 경제 수준이 낮고 비정상적 가족 구조를 가진 청소년에게서 발생할 수 있는 섭식장애에 대한 세심한 주의를 필요로 하며 이들의 관계를 확인하기 위한 추후 반복 연구가 필요할 것이라 사료된다.

국외의 선행연구에서 부모-자녀 관계는 가족 대상의 연구에서 중심에 있었으며, 많은 연구들이 부모의 양육과 가족 기능의 특성들이 섭식장애의 발병에 영향요인이 된다고 밝히고 있다(Le Grange et al., 2010). 이러한 선행연구를 바탕으로 본 연구에서 조사된 부모-자녀 상호작용의 하부영역인 돌봄은 두 군 간의 유의한 차이가 없었으나, 과보호는 이상 섭식태도군에서 정상 섭식태도군보다 유의하게 높게 나타났다. 이는 Shoebrieger와 Gowers (2000)의 연구결과에서 대조군과 비

교하여 신경성 식욕부진증 환자의 어머니에게서 과보호와 지나친 관심이 나타난 것과 같은 결과이다. 또한 본 연구의 이상 섭식태도군에서 가족 기능의 총점은 정상 섭식태도군보다 낮았으며, 특히 가족원 사이의 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족원 간의 의사소통에 대해 이상 섭식태도군에서 정상 섭식태도군에 비해 낮은 수준으로 인식하고 있었다. 이는 청소년을 대상으로 한 Luis, Teresa, Antonia와 Cristobal (2004)의 연구에서 정상군보다 섭식장애 고위험군에서 가족기능 점수(Family APGAR score)가 유의하게 낮은 것으로 나타난 것과 같은 결과로서 가족 기능과 청소년의 섭식태도와 관련성을 일부 입증한 것이라 할 수 있다.

본 연구결과 가족적 요인 중 경제 수준, 부모-자녀 상호작용의 하부영역인 과보호, 가족기능의 하부영역인 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족 의사소통에서 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 사이에 통계적으로 유의한 차이가 확인되었다. 하지만 그룹 사이에 유의한 차이를 보인 내적 요인과 가족적 요인 모두를 이상 섭식태도군의 예측변수로 포함하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 가족적 요인 중 경제 수준을 제외하고는 이상 섭식태도군의 특성을 확인하기 위한 회귀모형으로 설명되지 않았다. 이는 다른 예측변수들과 비교하여 볼 때 여고생의 이상 섭식태도군에 있어 우울, 체형인식에 대한 오인과 같은 개인의 내적요인이 보다 직접적으로 영향을 미치며 가족적 요인은 간접적으로 섭식태도에 영향을 미칠 수 있음을 고려해 볼 수 있다. 섭식장애에 있어 가족의 역할에 대한 임상적 중요성에도 불구하고 그 경로와 기전을 확인하기 위해 검증 가능한 개념적 기틀을 활용한 국내의 연구는 부족한 실정이다. 따라서 추후 섭식장애의 예측변수 간의 관련성을 확인하기 위한 구조모형의 구축을 통해 가족적 요인의 영향력을 확인해 볼 필요가 있을 것으로 사료된다.

또한 본 연구는 다음과 같은 방법론적인 제한점을 생각해 볼 수 있다.

첫째, 연구도구로 사용된 설문지의 측정오차(measurement error)와 관련한 문제이다. 본 연구에서는 자료수집 전 간호학 교수 1인, 전국보건교사회 학술위원 2인의 전문가 평가를 통해 도구의 내용을 점검하고 대상자에게 쉽게 이해되고 응답될 수 있는지에 대해 검토하였다. 하지만 본 연구의 대상자인 여고생을 대상으로 본 연구도구가 일관성 있게 이해되는지, 쉽게 이해되는지 등의 평가과정은 생략되었다. 추후 여고생의 섭식태도와 관련한 연구에서는 자료수집 전 여고생을 대상으로 한 초점집단면담이나 사전 조사를 통한 설문지의 평가를 통해 도구의 측정오차를 줄이기 위한 노력이 요구된다.

둘째, 편의 추출에 의한 표본 오차(sampling error)와 관련된 문제이다. 본 연구의 표적 모집단은 2011년 현재 국내 고등학교에 재학 중인 여고생 전수이지만 자료수집의 비용과 시간의 한계로 인하여 전국 보건 교사회의 도움을 받아 편의 추출에 의해 S시, P시, G도, I시에 위치한 일 여자고등학교 13곳의 여고생 1,300명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 본 연구 결과의 일반화를 위해서는 반복 연구가 필요하며 추후 연구에서는 전국 여자고등학교 리스트를 표집틀(sampling frame)로 한 다단계추출(multistage sampling) 등의 확률표집 방법을 고려해 볼 필요가 있다.

## 결론

본 연구는 4개 지역에 위치한 13개 고등학교 1,126명의 여고생을 대상으로 이상 섭식태도의 발생 정도와 우울, 부모-자녀 상호작용, 가족기능을 조사하여 여고생의 섭식장애 예방을 위해 간호중재의 영역을 넓히기 위한 기초자료를 제시하고자 시도되었다. 연구결과 여고생의 이상 섭식태도군의 특성 중 내적 요인은 체형에 대한 오인, 우울로 나타났으며, 가족적 요인은 경제 수준에 대한 인식으로 밝혀졌다. 이와 같은 결과를 통해 청소년 대상의 정기적인 우울 선별 검사를 통한 우울의 조기 치료와 체형에 대한 올바른 인식을 심어주는 내용의 보건교육이 필요할 것으로 사료된다. 또한 단변량 분석 결과 가족 요인으로 조사한 변수 중 부모-자녀 상호작용의 하부영역인 과보호, 가족기능의 하부영역인 생활시간 공유, 가족원 간의 친밀감, 가족 의사소통에서 이상 섭식태도군과 정상 섭식태도군 간에 통계적으로 유의한 차이가 확인된 바 청소년의 섭식장애에 있어 가족의 영향력을 확인하는 후속 연구를 제안한다.

## REFERENCES

- Bae, J. H., & Choi, J. Y. (1997). A study on psychological characteristics of eating disorders: A comparison with restrained, unrestrained (normal) eaters, and overweighters. *Korean Journal of Clinical Psychology, 16*, 209-217.
- Centers for Disease Control & Korean Pediatric Society. (2007). *2007 Korean national growth charts*. Seoul: Author.
- Cheon, S. H. (2007). A study on eating behavior, depression, anger, anger expression and BAS/BIS in adolescent women. *Korean Journal of Women Health Nursing, 13*, 310-319.
- Cho, S. C., & Lee, Y. S. (1990). Development of the Korean form of the Kovacs' children's depression inventory. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 29*, 943-956.
- Choi, J. H., Ahn, D. H., Nam, J. H., Cho, Y. G., & Choi, B. Y. (1998). Reliability testing of eating attitude test for Korean adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychiatry, 9*, 91-97.
- Choi, H. J., & Yoo, Y. J. (2003). The development of Korean family functioning scale. *Journal of Korean Home Management Association, 21*(3), 15-28.
- Dalle Grave, R. (2003). School-based prevention programs for eating disorders: Achievements and opportunities. *Disease Management & Health Outcomes, 11*, 579-593.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Strober, M., Woodside, D. B., Treasure, J. T., et al. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal of Human Genetics, 70*, 787-792.
- Halliwel, E., & Harvey, M. (2006). Examination of sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology, 11*, 235-248.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 61*, 348-358.
- Kim, J. K. (2002). Body image and eating disorder of adolescent. *Journal of the Korean Society of School Health, 15*, 151-155.
- Kim, J. Y., Son, S. J., Lee, J. E., Kim, J. H., & Jung, I. K. (2009). The effects of body image satisfaction on obesity stress, weight control attitudes, and eating disorders among female junior high school students. *Journal of the Korean Home Economics Association, 47*, 49-59.
- Kim, K. H., & Yang, K. M. (2008). The relationship between eating disorders and parent-adolescent communication in middle school students in rural areas. *Journal of Korean Academy of Nursing, 38*, 55-63.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 27*, 955-988.
- Lee, H. J., Rhie, S. G., & Won, H. R. (2008). Weight, eating habits and dietary self-efficacy of middle school girls with eating disorder. *Korean Journal of Community Living Science, 19*, 283-295.
- Lee, J. E., & Lee, L. H. (2006). Classification of eating disorder patterns of female middle school students and their association with self-body image, weight control behavior, and eating behavior. *Korean Journal of Community Living Science, 17*, 89-103.
- Lee, S. Y., Kim, S. W., & Kang, J. H. (2001). The prevalence of eating disorder risk group among high school students in seoul-relationship of eating disorder symptoms with anxiety and depression tendency. *Korean Journal of Obesity,*

- 10, 376-391.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 1-5.
- Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 397-408.
- Luis, B. F., Teresa, R. C., Antonia, B. L., & Cristobal, M. D. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents, A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, 287-294.
- Ministry of Health and Welfare. (2011, December). *The epidemiological survey of psychiatric illnesses in Korea 2011*. Seoul: Seoul National University College of Medicine.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.
- Pratt, B. M., & Woolfenden, S. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, 1-39.
- Shoebriidge, P. J., & Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry, 176*, 132-137.
- Soh, N. L., Touyz, S. W., & Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review, 14*, 54-65.
- Song, J. Y. (1992). The development of the parental bonding instrument-Korean version: Evaluation of the test reliability and validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 31*, 979-991.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825-848.
- Sung, M. H. (2005). Factors influencing eating disorders of college women. *Journal of Korean Society of School Health, 18*, 71-82.
- Yoo, W. S., & Kim, Y. N. (2004). A study on eating disorders and it's related factors in high school girls. *Korean Journal of Community Nutrition, 9*, 274-284.