

아동·청소년의 건강불평등 결정요인 분석

안진상* · 김희정**

초 록

본 연구는 아동·청소년의 주관적 건강인식에 따른 건강불평등 결정요인을 한국청소년정책연구원의 한국아동·청소년 패널조사 2차년도(2011년) 데이터를 사용하여 분석하였다. 분석 대상은 아동·청소년으로, 초등학교 5학년 2,264명과 중학교 2학년 2,280명이다. 연구 결과는 첫째, 주관적 건강인식에 따르면 아동이 청소년에 비해 건강하였다. 둘째, 건강결정요인 중 아동은 신체적 조건 및 건강행태가, 청소년은 사회심리적 요인이 가장 유의미한 변수로 나타났다. 셋째, 사회적 환경변수 중 아동은 어머니의 교육수준이, 청소년은 가구소득이 가장 유의한 건강결정 요인으로 밝혀졌다. 넷째, 신체적 조건 및 건강행태에서 아동은 신체적 조건이, 청소년은 건강행태가 결정요인으로 작용하였다. 다섯째, 사회심리적 요인 중 아동은 삶의 만족도와 공동체 지지만이 유의하였으나, 청소년은 공격성, 스트레스, 우울, 성적만족도, 친구지지, 보호자의 건강이 유의미한 것으로 나타났다. 아동·청소년은 생애발달 단계라는 시기적 특징으로 인해 성인과는 유의미한 결정요인의 영향력이 다르게 나타났으며, 아동과 청소년 역시 각기 다소 다르게 나타났다. 끝으로 아동·청소년기의 '건강한 출발'을 위하여 각 단계에 맞는 건강수준의 불평등 구조를 정확히 파악한 정책수립의 필요성을 강조하였다.

주제어 : 아동·청소년, 건강불평등, 사회적 결정요인, 주관적 건강인식

* 한국교원대학교 교육학과 교육사회 박사과정, 교신저자, hollandopus@hanmail.net

** 한국교원대학교 교육학과 교육사회 박사과정

I. 서 론

건강과 불건강의 차이는 어디에서 오며, 왜 어떤 사람은 다른 사람보다 더 건강한가? 건강은 인간의 삶을 구성하는 가장 중요한 조건으로 건강의 차이는 삶의 차이로 나타난다. 질병이나 불건강은 단순히 건강의 결핍이 아닌 능력의 결핍으로 이어지기 때문이다. 건강이 나쁘면 핵심적 기능인 교육을 제대로 받을 수 없고 공동체 생활에 참여하는 것도 제약을 받을 수 있다(김창엽, 2009). 그러므로 대부분의 국가에서 국가 보건정책의 목표를 건강증진으로 잡고 있으며, 이는 우리나라 역시 마찬가지이다. 그러나 최근 몇 년 사이 건강은 기대수명 연장이나 건강증진이라는 양적정책지향을 뛰어 넘는 건강형평성¹⁾ 혹은 건강불평등이라는 새로운 의제화가 시도되고 있다. 건강불평등 문제는 사회 전체적으로 건강의 절대 수준이 향상되었음에도 불구하고 건강증진의 혜택과 결과 면에서 사회 구성원들 간의 차이가 나고 그 차이가 증가하는 현상을 의미한다(이미숙, 2005). 개인의 건강결정 요인은 생물학적 요소인 유전, 생활습관, 사회경제적 상태 등 매우 다양하다. 과거에는 건강불평등을 주로 건강행위나 생활습관으로 인한 개인의 책임으로 돌렸으나, 근래에는 다수의 경험적 연구를 통해 빈곤과 불건강은 상호영향을 미치며 악순환하고, 사회경제적 상태가 건강수준의 차이를 가져오는 가장 강력하고 장기적이며 보편적인 인과관계의 하나임을 입증하였다(배상수, 2006). 사회경제적 상태는 구체적인 지표로 나타낼 수 있는 소득격차, 교육격차, 직업의 차이를 만들고, 이러한 사회적 조건들은 건강유지에 필요한 구조적, 물질적 환경을 만든다. 또 그 환경은 건강에 영향을 주는 생활습관의 차이를 만들고, 더 나아가 사회심리적 스트레스의 수준까지도 결정함으로써 건강결정요인으로 작동한다. 이렇듯 건강결정요인은 사회구조적 요인을 매개로 하여 매우 다양하게 상호영향을 받는다. 또한 인구 집단별로 다르게 분포하고 그 반응 역시 집단마다 상이하다(배상수, 2006).

본 연구에서는 건강결정요인의 집단별 차이에 주목하고자 하는데, 그 대상은 삶의 초기단계인 아동과 청소년이다. 이 시기의 사회 구조적 문제로 인한 건강 차이는 한

1) 강영호(2005b)는 이에 대해 “불평등(inequality)은 영어의 차이(difference), 부등(disparity), 변이(variation)와 같은 의미이다. 이에 비해 비형평성은 불평등한 현상에 대한 윤리적인 가치판단을 담고 있다. 불평등은 다분히 현상기술적인 성격의 술어인데 비해 형평성은 윤리적이며 이데올로기적인 성격이 강한 술어이다.”라고 말한다. 본 글에서는 윤리적 판단에 근거하느냐 하는 의미적 차이는 있지만 현상기술적인 성격의 ‘건강불평등’을 사용하였다.

개인의 평생에 걸쳐 지속적인 영향을 미치기에 더 적극적인 관심을 필요로 한다. 또한 하나의 인격체라는 기본적 권리 측면에서도 아동·청소년은 개인 및 집단 간 건강격차에 대한 관심을 가져야하는 중요 대상이다(김명희, 전경자, 서상희, 2011). 이와 관련하여 이전 연구들을 살펴보면 성인 대상의 개별적 연구는 많이 이루어졌으나, 아동과 청소년의 건강수준을 결정하는 요인들을 검증하는 연구는 아직 부족한 실정이다.

이에 본 연구는 2011년 한국 아동·청소년 패널자료를 통해 아동(초등학교 5학년)·청소년(중학교 2학년)의 주관적 건강결정요인을 탐색해보고자 한다. 특히 본 연구는 일반적으로 많은 연구들이 한정된 변인만을 사용해 아동이나 청소년 건강에 영향을 미치는 요인을 찾으려 한 것과 달리, 사회적 환경, 신체적 조건 및 건강행태, 사회심리적 요인 등 폭넓은 변인을 투입해 아동·청소년의 건강결정요인을 찾고자 한다. 더불어 건강결정은 생애 각 단계에서 영향을 받는 사회적 조건들이 다르기 때문에 아동과 청소년의 비교연구 또한 가치가 있을 것으로 추측된다.

II. 이론적 배경

1. 건강불평등에 대한 사회적 인식

현대 서양의학은 두 가지 가정을 전제로 한다. 첫째는, 생의학적 모형(Biomedical model)이다. 이 가정은 특정 질환을 일으키는 원인이 있다는 원칙에 근거한다. 둘째는, 경험적인 관찰과 추리를 통한 객관적 과학에 근거를 두고 있다는 믿음이다. 이는 의학은 질환과 질병을 이해하는데 유일하고 타당한 설명을 제공한다고 주장한다. 이러한 현대 서양의학의 생의학적 모델에 대한 가정에 대해 의학과 사회학에서 비판이 제기되었다. 의학의 효능이 너무 과대평가되었고 몸을 사회·환경적 맥락으로 바라보고 있지 못하다는 것이다. 이것은 사람들이 건강과 질병을 인지하고 경험하는 것을 단순히 신체적 변화에 대한 반응으로만 볼 수 없으며, 사회·문화적인 요인의 영향도 중요하다는 점을 지적한 것이라고 할 수 있다(네틀턴, 1997). 1980년 영국에서 발간된 블랙리포트(Black Report)는 국가적 차원에서 건강에 대해 구조적 요인이 작용한다는 것을 보여주었다. 그 후 1997년 애치슨리포트(Acheson Report)가 영국 노동당 정

부에 의해 발간되었고, 정부주도하에 건강불평등 의제가 정책에 반영되기 시작하였다. 이와 같이 사회구성원 사이에 심화되는 건강수준 격차에 대한 논의는 사회경제적 지위, 성별, 인종, 또는 지리적 위치와 같은 전통적인 사회구조적 불평등 요인이 건강수준 차이에 관련되는 것에 주목하고, 이를 건강의 사회적 불평등(Social Inequality in Health) 또는 건강불평등(Health Inequality)으로 개념화하였다(House, 2001).

우리나라에서도 「2005 국민건강종합계획」에서 제시하고 있는 건강형평성 확보의 목적을 ‘사회계층별 사망률 및 건강행태의 차이 감소’로 명기한 것으로 보아, 건강불평등을 사회계층 집단 간의 차이로 보고 있음을 확인할 수 있다.

건강불평등 논의에서 중요하게 다루어지고 논쟁이 되는 것이 바로 건강불평등에 미치는 요인에 관련된 것이다. 강영호(2005c)에 따르면 초기에는 주로 사회경제적 요인에 관련된 연구가 주를 이루었으나, 이러한 설명방법은 기본적인 물질적 조건이 충족된 사회에서도 건강불평등이 지속되는 이유를 설명하지 못하였다. 그로 인해 1980년대 이후 사회적 위계질서로 인한 사회심리적 요인이라는 설명들이 주목 받아왔다. 또한 최근 들어서는 건강불평등이 성인기 이후의 폭로뿐 아니라 태아기, 아동기, 청소년기, 성인기, 노년기 전 생애에 걸친 다양한 사회경제적 요인의 폭로에 의해 나타난다는 생애적 관점이 주목받고 있다.

이러한 건강불평등 결정요인은 폭넓게 사회적 결정요인(Social Determinants)으로 볼 수 있다. Marmot(2005)은 사회적 결정요인으로 사회 불평등 정도, 스트레스, 초기 삶, 사회적 배제, 일, 실업, 사회적 지지, 중독, 음식, 교통을 제시하면서, 사회적 결정요인들을 고려한 정책은 국가 내 그리고 국가 간 건강불평등을 피할 수 있게 만드는 것이라며 그 중요성을 강조하였다. Graham(2004)은 이 사회적 결정요인의 이중적 의미에 주목하였다. 개인과 집단의 건강을 증진하고 결정하는 사회적 요인과 집단 간 사회적 요인들의 불평등한 분배에 대한 강조를 동시에 하고 있다. 따라서 건강결정요인(Social Determinants of Health)과 건강불평등 결정요인(Social Determinants of Health Inequalities)을 구별하여야 하며, 건강 결정요인만으로는 건강불평등을 설명하지 못한다고 하였다. 예를 들어 국민 전체 흡연율이 낮아진 것은 사실이나, 소득수준에 따라 흡연율의 격차는 더 커졌다(이창곤, 2007). 이러한 현상에 대한 설명과 해결을 위해서는 ‘건강불평등 결정요인’에 대한 이해가 필요하다고 볼 수 있다. 김명희, 전경자와 서상희(2011)는 아동의 국내 연구들을 살펴본 후 대부분의 건강관련연구들이 사회

경제적 위치에 따른 다양한 요소들의 분포를 보여주고만 있고, 어떻게 건강불평등으로 이어지는지 제도적, 정치경제학적 측면에 대한 탐구가 절대적으로 부족하다고 지적하며 아동빈곤, 노동시장, 필수적 공공서비스 등을 언급하였다.

이상의 논의를 보면, 최근 들어 건강불평등에 대한 사회적, 정책적 관심이 증가하고 있다고 할 수 있으며, 더불어 건강을 바라보는 관점이 유전적 신체적 물리적 개념에서 사회적 환경요인을 중심으로 바라보는 관점으로 변화되고 있다고 할 수 있다.

2. 아동·청소년의 건강 불평등 결정요인

아동·청소년기의 건강상태에 중요하게 검토되어야 할 요인으로 첫째, 성별이다. 성별에 따라 건강상태와 건강행위에 차이가 난다는 보고가 있다(조원정, 김모임, 1987; 김민경 외, 2010). 하지만 박남희와 이해정(2002)의 연구에 따르면 성별에 따라 서로 상반된 연구결과가 보고되었다고 언급하고 있으며 이는 성별차이라기 보다는 대상자의 발달수준과 성장환경이 다르기 때문으로 설명하고 있다. 따라서 성별에 관한 연구는 더 많은 반복연구가 필요하다고 지적하고 있다. 둘째, 사회적 환경요인을 들 수 있다(김민경 외, 2010; 윤태오 외, 2007; 박지현, 전진숙, 이선행, 2011; Lucht & Groothoff, 1995; Chappel & Funk, 2010). 많은 선행연구들이 보여 주듯이 사회경제적 요인 및 거주지 등의 물리적 환경은 이미 건강불평등의 주요 요인으로 확인되었다. 셋째, 신체적 조건 및 건강행태에 관한 요인이다. 신장은 유전적 영향도 있지만 아동기의 영양상태를 통한 사회계층을 반영한다고 보았으며(강영호, 2005a), 건강행태는 아동·청소년의 건강상태에 영향을 미치는 요인이라 할 수 있다(박순우, 2009; 김정은, 2008). 마지막으로 최근 관심이 증가하고 있는 사회심리적 요인으로, 관련연구 또한 많이 보고되고 있다(강은정, 2008; 서효정, 2009; 석민현, 오원욱, 2002; 조원정, 김모임, 1987; 소선숙, 김희경, 김청송, 2011; 김호준, 김청송, 2008; Gromley, Neumark-Sztainer, Story & Boutelle, 2010; Chappel & Funk, 2010). 이 요인은 특히 아동·청소년기가 발달단계상 자아에 대한 의식이 생성되고 확립되어 가는 시기라고 볼 때 중요한 요인으로 보인다.

또한 본 연구에서 사용되어 지는 주관적 건강인식(Self-rated Health)은 이환률과 사망률과 함께 측정도구로 많이 사용되어지는 것이다. 주관적 건강인식은 보건연구에서

일반적인 건강지위를 측정하는데 가장 빈번하게 사용되는 척도로서, 비교적 측정이 간단하고 국제적 비교가 가능하여 연구자들이 가장 많이 사용하는 척도라고 할 수 있으며 또한 다른 세심한 건강질문들보다 더 나은 신뢰도를 보여주고 있다는 연구결과도 있다(김형용, 2010; Lundberg & Manderbacka, 1996). 또한 청소년들은 의학적, 심리적, 사회적, 라이프 스타일과 관련하여 건강의 개념을 구성한다고 할 수 있다(Breidablik, Meland & Lydersen, 2008).

3. 아동·청소년의 건강불평등 결정요인에 대한 선행연구

한국 성인의 건강불평등에 관련하여 연구된 보고를 살펴보면, 한국 성인의 주관적 건강인식을 토대로 교육수준과 직업을 포함하는 사회계층과 거주 지역에 따라 건강불평등이 존재한다고 보고된(이미숙, 2005) 바와 같이 사회경제적인 요인에 초점을 맞추어 경험적 규명을 실시한 연구들이 주로 보고 되었으나(이광옥, 윤희상, 2001; 김민경 외, 2010; 김진구, 2012; Blank & Diderichsen, 1996; Kennedy, Kawachi, Glass & Prothrow-stith 1998), 김형용(2010)은 사회자본(신뢰, 조직네트워크)이 건강상태에 주요한 설명요인 될 수 있다고 보고 하였다. 또한 생애적 관점에서 아동기의 경제적 차이가 성인기의 사망률에 영향을 준다는 결과도 있으며(강영호, 2005a; Galobardes, Lynch & Smith, 2004). 소비행태와 같은 상징적 자본(Symbolic Capital; 집의크기, 가전제품의 소유여부, 방의 수 등)을 매개로 나타나는 상대적 박탈감(Relative Deprivation)에 의한 만성스트레스로 인해 건강불평등이 존재한다고 하였다(Sweet, 2011).

아동을 대상으로 한 건강불평등 연구에 대해서는 김명희 외(2011)의 보고를 통해 살펴보면, 성장과 발달과 관련한 연구는 비교적 덜 되어 있다고 보고 있고, 건강관련 행태에 대한 연구결과들은 많이 있지만 이를 건강불평등의 관점에서 바라보는 연구들은 많지 않다고 지적하고 있다. 또한 이환 및 사망 수준에 대해서도 뚜렷한 건강불평등 현상이 있다고 보고했다. 특히, 신체적 이환보다는 정신건강문제는 아동, 특히 청소년 집단에서 상당히 중요한 문제라고 강조하고 있다. 부모의 사회경제적 지위에 따른 아동기의 건강불평등 현상에 대한 연구가 많은 부분 이루어 졌는데(윤태호 외, 2007; 박지현 외, 2011; Lucht & Groothoff, 1995), 이중 네델란드의 10-11세의 아동 908명을 대상으로 Lucht와 Groothoff(1995)에 의해 이루어진 연구결과 중 사회경제적

건강차이(Socioeconomic Health Differences)는 아동기에 상대적으로 작게 나타나며, 청소년기에 거의 사라지는 것처럼 보이다가 성인기에 다시 나타난다는 보고를 하고 있다. 그 이유로 아동기는 상대적으로 건강한 시기이며, 또 직업적 건강위험에 노출되지 않기 때문이라고 제시하고 있다. 이외에도 주거환경과 부부관계가 아이의 신체 및 정신건강에 영향을 주고(김윤희, 유선정, 2000), 가족 구성형태(김정은, 2008)와 부모의 건강인지(오진아, 2011)도 아동의 건강과 관련이 있는 것으로 나타났다.

청소년의 건강행위에 관련한 연구동향을 분석한 박남희와 이해정(2002)은 건강불평등에 관련한 연구는 아니지만 이 보고에서 부모의 학력과 청소년의 건강이행정도는 일관성이 없게 나타났다고 보았으며, 대부분의 학생들은 또래 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 더불어 청소년은 성장 발달과정 특성상 행위 이행에 여러 가지 복합적인 요인들이 영향을 미치므로 내면적 동기요소를 고려한 접근법이 청소년의 건강행위 개선에 도움이 될 것이라고 하였다.

III. 연구방법

1. 분석자료 및 표본선정

본 연구는 한국청소년정책연구원의 한국아동·청소년 패널조사 2차년도 데이터를 사용하였다. 표본은 초등 5학년, 중학교 2학년 자료이며, 결측치가 있는 사례를 제거하고 분석에 사용된 표본은 초등 2,264명(남 1,180명, 여 1,084명), 중등 2,280명(남 1,152명, 여 1,128명)이다.

2. 변수설정

아동·청소년의 건강결정요인을 확인하기 위해 선정한 변수의 기술통계치는 표 1과 같다. 본 연구의 종속변수는 주관적 건강상태로, 자신의 주관적 건강상태를 묻는 4점 척도의 문항에서 ‘매우 건강하지 못하다’, ‘건강하지 못한 편이다’를 ‘건강취약집

단'으로, '매우 건강하다', '건강한 편이다'를 '건강집단'으로 이분하였으며, 건강취약집단을 준거집단으로 하였다.

독립변수로는 개인변수, 사회적 환경 변수, 신체적조건 및 건강행태 변수, 사회심리적 변수로 나누어 투입하였다. 개인변수는 성별로 '남(1)'과 '여(2)'로 구분하였다.

사회적 환경 변수로는 부의 교육수준, 모의 교육수준, 연평균 가구소득, 부의 직업, 모의 직업 유무, 가족구성, 거주지역을 변수로 사용하였다. 교육수준은 부모 모두 '중졸이하(1)', '고졸(2)', '대졸이상(3)'의 3개 등급으로 구분하였다. 가구소득은 편포를 완화하기 위하여 연 평균 가구소득을 자연로그값으로 변환하였다. 부의 직업은 관리·사무·전문·군인·서비스·판매를 '비육체노동(1)', 기능·농어업·기계·단순노무를 '육체노동(2)'으로 묶어 분류하였다. 모의 직업 유무는 직업을 갖고 노동을 하는지 '유(1)'와 '무(2)'로 나누었다. 가족구성은 조사 대상과 현재 함께 살고 있는 가족구성원에 대한 문항으로, 양친부모와 자녀가 함께 사는 '부모가족(1)'과 그렇지 않은 그 외는 '기타가족(2)'으로 분류하였다. 거주지역은 대도시인 '서울특별시·광역시(1)'와 중소도시와 농촌인 '시·군(2)'으로 분류하여 투입하였다.

신체적 조건 및 건강행태 요인으로는 운동시간, 공부시간, 키, 체질량지수, 음주와 흡연 경험여부를 투입하였다. 운동시간은 지난 일주일 동안 학교 체육시간 중 땀을 흘리며 운동한 시간을 묻는 문항으로 5점 척도(1=없다, 5=4시간 이상)로 조사되어, 변수의 값이 클수록 운동시간이 많음을 의미한다. 공부시간은 '학교 가는 날의 학원(과외)에서 지내는 시간'과 '학교 숙제를 하는 시간', '학원(과외) 숙제를 하는 시간', '학교나 학원(과외) 숙제 이외에 공부하는 시간'을 모두 합하여 분으로 환산한 후 자연로그값으로 변환하였다. 키는 성장기 아이들의 경우 임상적으로 동일 연령대 평균에 비해 10cm 이상 작을 경우 저신장으로 진단하기도 하므로, 표본의 평균을 구한 후 평균보다 10cm 이상 작으면 '작다(1)', 10cm 이상 크면 '크다(3)'로 나머지는 '보통(2)'으로 분류하였다. 체질량지수(Body Mass Index)는 체중(kg)을 키의 제곱(m²)으로 나눈 값을 통해 지방의 양을 추정하는 비만측정법으로 통상 백분위수 5 미만을 저체중, 85~95를 과체중, 95 이상을 비만으로 본다. 본 연구에서는 백분위수 5 미만을 '저체중'(1), 85 이상을 '비만(3)'으로 묶고, 나머지를 '보통(2)'으로 분류하였다. 음주와 흡연 경험 여부는 중학교 설문지에만 있는 문항으로 음주와 흡연의 경험 '있음(1)'과 '없음(2)' 2개 범주이다.

사회심리적 요인은 성적만족도와 사회적지지, 사회정서발달 영역으로 구성하였다. 성적만족도는 자신의 성적에 대해 만족하느냐는 질문에 ‘매우 만족한다’, ‘만족하는 편이다’를 ‘만족한다(1)’로 ‘만족하지 않는 편이다’, ‘전혀 만족하지 않는다’는 ‘불만족한다(2)’로 나누어 투입하였다. 사회적 지지는 부모지지, 친구지지, 공동체지지이다. 부모지지는 허묘연(2000), 김세원(2003)이 구성한 아동학대 문항 중 일부를 참고로 하여 제작된 것이다. 문항으로는 ‘부모님께서는 다른 일보다 나를 더 중요하게 생각하신다’, ‘부모님께서는 내가 학교에서 어떻게 생활하는지 관심을 갖고 물어보신다’, ‘부모님께서는 내 몸이나, 옷, 이불 등이 깨끗하도록 항상 신경을 쓰신다’, ‘부모님께서는 내가 많이 아프면 적절한 치료를 받게 하신다’는 4문항 4점 척도의 평균값을 사용하며, 신뢰도(Cronbach's α)는 .770이었다. 친구지지는 문선보(1989)의 학교생활적응척도와 이상필(1990)의 어린이들의 학교생활 적응에 관한 설문지를 참고하여 민병수(1991)가 초등학생용으로 제작한 학교생활적응 척도의 문항(정화실, 1991 재인용)을 제외하고 수정·보완하여 제작된 질문지 중 교우관계 문항이다. ‘우리반 아이들과 잘 어울린다’, ‘친구와 다투었을 때 먼저 사과한다’, ‘내 짝이 교과서나 준비물을 안 가져왔을 때 함께 보거나 빌려준다’, ‘친구가 하는 일을 방해한다’, ‘놀이나 모둠활동을 할 때 친구들이 내 말을 잘 따라준다’는 5문항이 4점 척도(1=매우 그렇다, 4=전혀 그렇지 않다)로 측정되며, 네 번째 문항을 제외한 나머지를 역코딩한 후 5문항에 대한 평균값을 산출해 사용하였다. 이들 문항의 신뢰도(Cronbach's α)는 .568이다. 공동체지지는 ADD health의 문항을 번안하여 우리 실정에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. ‘나는 우리 동네 사람들 대부분을 알고 있다’, ‘나는 거리에서 우리 동네 사람을 만나면 인사를 한다’, ‘우리 동네에서는 이웃끼리 서로 경계한다’, ‘나는 우리 동네가 안전하다고 느낀다’, ‘나는 우리 동네 사람들과 지내는 것이 좋다’, ‘나는 우리 동네에서 계속 살고 싶다’에서 3번째 문항을 제외하곤 모두 역코딩한 후 6문항에 대한 평균값을 산출해 사용하였으며, 신뢰도(Cronbach's α)는 .687이었다. 아동의 사회정서발달 변수는 자존감과 삶의 만족도이다. 자존감은 Rogenberge(1965)의 자존감 척도를 번안하여 사용(고려대학교 부설 행동과학 연구소, 2000 재인용)하였다. 문항은 긍정적 내용과 부정적 내용으로 나뉘어 있는데, 그 중 긍정적 내용만을 사용하였다. ‘나는 나에게 만족한다’, ‘나는 내가 장점이 많다고 느낀다’, ‘나는 남들만큼의 일을 할 수 있다’, ‘나는 내가 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이라고 느낀다’, ‘나는 나에게 대해 긍

정적인 태도를 지니고 있다'의 5문항을 역코딩 한 후 평균하여 투입하였으며, 신뢰도(Cronbach's α)는 .803이었다. 삶의 만족감은 '나는 사는게 즐겁다', '나는 걱정거리가 별로 없다', '나는 내 삶이 행복하다고 생각한다'의 3문항을 역코딩한 후 평균하여 투입하였고, 신뢰도(Cronbach's α)는 .807이었다. 청소년의 사회정서발달 변수는 공격성, 스트레스, 우울감이다. 공격성과 스트레스는 조봉환과 임경희(2003)가 개발한 척도에서 중복문항을 제외하고 문항을 수정하여 사용하였다. 우선 공격성은 '작은 일에도 트집을 잡을 때가 있다', '남이 하는 일을 방해할 때가 있다', '내가 원하는 것을 못하게 하면 따지거나 덤빈다', '별 것 아닌 일로 싸우곤 한다', '하루 종일 화가 날 때가 있다', '아무 이유 없이 울 때가 있다' 6문항을 역코딩 한 후 평균값을 투입하였고, 신뢰도(Cronbach's α)는 .810이었다. 스트레스는 '깊이 잠들지 못하고 자다가 잠에서 깨곤 한다', '머리가 자주 아프다', '속이 자주 메스거린다', '공부를 하면 배가 아플 때가 있다', '입맛이 없을 때가 있다', '자주 피곤하다', '숨쉬기가 어려울 때가 있다', '자주 열이 나는 것처럼 느껴진다' 8문항을 역코딩한 후 평균하여 투입하였고, 신뢰도(Cronbach's α)는 .738이었다. 우울증은 간이정신진단검사(김광일, 김재환, 원호택, 1984) 중 우울척도 13문항에서 3문항을 제외하고 수정하여 사용하였다. '기운이 별로 없다', '불행하다고 생각하거나 슬퍼하고 우울해한다', '걱정이 많다', '죽고 싶은 생각이 든다', '울기를 잘 한다', '어떤 일이 잘못 되었을 때 나 때문이라는 생각을 자주 한다', '외롭다', '모든 일에 관심과 흥미가 없다', '장래가 희망적이지 않은 것 같다', '모든 일이 힘들다' 10문항을 역 코딩한 후 평균하여 투입하였고, 신뢰도(Cronbach's α)는 .816이었다.

의미 있는 타인의 영향을 규명해보기 위해 부모의 건강수준 변수를 투입하였는데, 동년배와 비교해 볼 때의 건강상태에 대한 물음에 '매우 건강하다', '건강한 편이다'는 '건강하다(1)'로 '건강하지 못한 편이다', '매우 건강하지 못한 편이다'는 '건강하지 못하다(2)' 2개 범주로 분류하였다.

표 1
변수별 기술 통계

		아 동				청소년			
		N	최소값	최대값	M(SD)	N	최소값	최대값	M(SD)
개인 변수	성별	2264	1,00	2,00	1.48(.50)	2280	1,00	2,00	1.49(.50)
	부 교육	2105	1,00	3,00	2.57(.54)	2042	1,00	3,00	2.53(.56)
	모 교육	2138	1,00	3,00	2.48(.54)	2073	1,00	3,00	2.40(.55)
사회적 환경 변수	부 직업	2156	1,00	2,00	1.36(.48)	2011	1,00	2,00	1.40(.49)
	모 직업	2145	1,00	2,00	1.37(.48)	2082	1,00	2,00	1.33(.47)
	가구소득	2170	5.30	11,00	8.26(.58)	2154	5.70	10.31	8.27(.57)
	가족구성	2240	1,00	2,00	1.15(.36)	2220	1,00	2,00	1.13(.33)
신체적 조건 및 건강 행태	거주지	2240	1,00	2,00	1.58(.49)	2219	1,00	2,00	1.58(.50)
	운동시간	2264	1,00	5,00	2.97(1.15)	2280	1,00	5,00	3.03(1.24)
	공부시간	2248	1.61	7.37	5.51(.61)	2132	1.61	6.62	5.34(.69)
	키	2260	1,00	3,00	2.77(.57)	2276	1,00	3,00	2.74(.60)
	체질량 지수	2250	1,00	3,00	2.75(.53)	2263	1,00	3,00	2.76(.53)
	흡연경험					2280	1,00	2,00	1.93(.24)
	음주경험					2280	1,00	2,00	1.95(.21)
	성적 만족도	2263	1,00	2,00	1.80(.40)	2263	1,00	2,00	1.62(.49)
	친구지지	2264	1,20	4,00	3.10(.47)	2279	1,60	4,00	3.01(.41)
	부모지지	2264	1,00	4,00	3.44(.55)	2278	1,00	4,00	3.13(.59)
사회 심리적 변수	공동체 지지	2263	1,17	4,00	3.07(.53)	2279	1,00	4,00	2.74(.54)
	자존감	2263	1,00	4,00	3.15(.54)				
	삶의 만족도	2264	1,00	4,00	3.26(.63)				
	공격성					2278	1,00	4,00	2.13(.57)
	스트레스					2280	1,00	4,00	2.02(.63)
	우울증					2278	1,00	4,00	1.93(.62)
	보호자 건강	2249	1,00	2,00	1.07(.25)	2219	1,00	2,00	1.08(.27)

3. 분석방법

이 연구는 SPSS 18.0 프로그램을 사용한 로지스틱회귀분석으로, 아동·청소년의 건강결정에 영향을 주는 요인들을 탐색하였다.

IV. 연구결과

1. 한국 아동·청소년의 건강수준

표 2

건강상태에 대한 주관적 인식

(단위: %)

주관적 건강상태	아동 (초등 5학년)			청소년(중등 2학년)		
	남	여	전체	남	여	전체
매우 건강하다	468(39.7)	413(38.1)	881(38.9)	359(31.2)	320(28.4)	679(29.8)
건강한 편이다	648(55.0)	605(55.9)	1,253(55.4)	676(58.7)	714(63.3)	1,390(61.0)
건강하지 못한 편이다	52(4.4)	59(5.4)	111(4.9)	100(8.7)	88(7.8)	188(8.2)
매우 건강하지 못하다	11(0.9)	6(0.6)	17(0.8)	17(1.5)	6(0.5)	23(1.0)
합계	1,179(52.1)	1,083(47.9)	2,262(100)	1,152(50.5)	1,128(49.5)	2,280(100)

표 2를 보면 아동은 조사대상자의 94.3%가 매우 건강하다, 건강한 편이라고 평가하였고, 5.7%가 건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못하다로 평가하였다. 청소년은 89.8%가 매우 건강하다, 건강한 편이라고 평가하였고 9.2%가 건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못하다로 평가하였다. 이는 아동이 청소년에 비해 자신이 건강한 편이라고 인식하는 비율이 더 높음을 보여준다. 이러한 결과는 학년이 올라갈수록 자신의 전반적인 신체건강 상태가 건강하지 못하다로 응답한 비율이 많다는 연구(최인재, 이기봉, 2010)와 일치한다. 또한 이미숙(2005)의 20세 이상의 성인을 대상으로 한 주관적 건강인식연구에서는 자신이 매우 건강하지 못하다, 건강하지 못한 편이

다로 답한 비율이 19.6%에 달하는 것으로 보아 성인은 아동·청소년에 비해 자신을 건강취약집단으로 인식하는 비율이 더 높은 것으로 보인다.

성별에 따른 차이를 보면, 아동의 경우 건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못하다라고 평가한 비율이 남학생은 5.3%, 여학생은 6.0%로 차이가 거의 존재하지 않았으나, 청소년의 평가 비율은 남학생은 10.2%인데 반해 여학생은 8.3%로 남학생이 여학생보다 자신이 건강하지 못하다고 인식하고 있음을 알 수 있다.

2. 한국 아동·청소년의 건강 결정요인

표 3에서 모델 1은 건강수준에 성별과 사회적 환경의 효과가 유의한지를 검증해 보고자 설정하였다. 기존 건강불평등 연구는 사회적 지위, 물질적 여건 및 생활, 작업 환경과 같은 사회적 환경 지표에 의해 건강이 얼마나 민감하게 변하는지를 보여주었다(네틀턴, 1997; 월킨슨, 2008). 본 연구에서도 아동·청소년의 건강결정요인에 사회환경적 요인이 가장 주요한 효과를 갖게 되는지를 확인하고자 한다. 모델 2는 신체적 조건 및 건강행태를 추가하였고, 모델 3은 사회심리적 변수를 추가해 보았다. 이는 아동·청소년의 건강결정에 사회구조적 특성이 지속적으로 유의한 영향을 미치는지와 사회적 환경요인 외의 건강불평등 주요인으로 지목되고 있는 신체적 조건 및 건강행태, 사회심리적 요인들의 효과를 검증하기 위한 것이다.

1) 아동의 건강결정요인

표 3
아동 건강불평등에 대한 이항 로지스틱 회귀분석

예측변수	모델 1		모델 2		모델 3	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
개인변수						
성별(기준:여성)	.201	1.223	.265	1.317	.178	1.195
사회적 환경						
부교육수준(기준:중졸이하)						
고졸	-1.365	.255	-1.476	.229	-1.475	.229
대졸이상	-1.707	.181	-1.779	.169	-1.675	.187
모교육수준(기준:중졸이하)						

예측변수	모델 1		모델 2		모델 3	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
고졸	1.388*	4.005	1.398+	4.027	1.242+	3.462
대졸이상	1.240+	3.457	1.292+	3.639	1.217+	3.377
부직업(기준:육체노동)						
비육체노동	.027	1.027	-.007	.993	-.091	.913
모직업유무(기준:무)						
일을 하고 있다	-.097	.907	-.073	.930	.009	1.009
가구소득	.065	1.067	-.007	.993	.003	1.003
가족구성(기준:기타가족)						
부모자녀가족	.446	1.562	.539	1.715	.496	1.642
거주지(기준:시·군)						
특별시·광역시	-.358+	.699	-.360+	.698	-.329	.720
신체적 조건 및 건강행태						
운동시간			.202*	1.223	.121+	1.128
공부시간			.245	1.277	.161	1.174
키(기준:보통)						
작다			-.1.180***	.307	-1.162***	.313
크다			.436	1.547	.475	1.609
체질량지수(기준:보통)						
저체중			-.624	.536	-.676	.508
비만			-.748**	.473	-.570*	.566
사회심리적 변수						
자존감					.324	1.382
삶의 만족도					.549**	1.732
성적만족도(기준:불만족)						
만족한다					-.181	.835
친구지지					.046	1.047
부모지지					.039	1.039
공동체 지지					.494*	1.639
보호자 건강 (기준:건강하지 않다)						
건강하다					.538	1.713
상수항	2.292	9.890	1.331	3.78	-2.850	.058
-2log Likelihood	756.760		724.276		685.761	

+p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

아동의 주관적 건강상태를 중심으로 사회적 환경요인, 신체적 조건 및 건강행태, 사회심리적 요인에 따른 건강수준의 불평등 구조를 분석한 결과는 표 3과 같다. 먼저 모델 1은 성별을 제외한 사회적 환경 중 어머니의 교육수준과 거주지 변수만이 아동의 건강결정요인에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 어머니 교육수준이 중졸이하인 아동에 비해 대졸 어머니의 아동은 4.005배, 고졸 어머니의 아동은 3.457배 더 건강한 것으로 나타났다. 거주지의 경우는 소도시와 농촌의 아동이 대도시의 아동보다 건강하였다.

다음으로 신체적 조건 및 건강행태 변수가 추가된 모델 2는 새로 투입된 변수 중 공부시간을 제외하고 운동시간과 키, 체질량지수가 모두 아동의 건강결정 요인으로 작용하였다. 이는 신체적 조건 및 건강행태가 아동을 건강집단과 건강취약집단을 나누는 주요한 결정요인으로 작용하고 있음을 알려준다. 또한 사회적 환경변수인 어머니의 교육수준과 거주지도 여전히 유효한 변수로 남아있다. 구체적으로 살펴보면 우리나라 아동들은 운동시간이 적을수록, 보통의 신체 조건에 비해 키가 작을수록, 비만일수록 건강취약 집단이 될 가능성이 높다.

모델 3에서는 새롭게 투입된 사회심리적 변수 중 삶의 만족도와 공동체지지만이 건강결정 변수로 유의하였다. 구체적으로 보면 삶의 만족도가 높은 아동일수록 1.732배, 공동체의 지지를 받고 있는 아동일수록 1.639배 더 건강집단이 될 확률이 높았다. 사회적 환경 변수는 어머니의 교육수준만이 지속적으로 모델 3까지 미약하나마 .10 수준에서 영향력을 발휘하고 있으며, 신체적 조건 및 건강행태 변인은 여전히 운동시간과 키, 체질량지수는 일부 영향력이 감소하기도 하였으나 건강결정 변인으로 유효하였다. 또한 개인변수인 성별은 모델 1부터 모델 3까지 일관되게 아동의 건강결정요인으로 작용하지 못하였다.

이를 통해 아동의 건강불평등 결정요인에는 다른 요인들 보다 신체적 조건 및 건강행태 변수가 가장 강력한 영향력을 발휘하고 있음을 알 수 있다. 특히 키와 체질량지수 변수가 결정요인으로 작용하는 것은 성장기의 아동이 겉으로 보여지는 모습인 외모로 자신의 건강을 인식하고 있음을 보여주었다.

2) 청소년의 건강결정요인

표 4

청소년의 건강 불평등에 대한 이항 로지스틱 회귀분석

예측변수	모델 1		모델 2		모델 3	
	B	Exp (B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
개인변수						
성별(기준:여성)	-.169	.844	-.436*	.646	-.605**	.546
사회적 환경						
부교육수준 (기준:중졸이하)						
고졸	.685	1.983	.705	2.023	.5112	1.669
대졸이상	.878	2.405	.950+	2.585	.647	1.909
모교육수준 (기준:중졸이하)						
고졸	-1.243	.289	-1.323	.266	-.978	.376
대졸이상	-1.447+	.235	-1.527+	.217	-1.102	.332
부직업 (기준:육체노동)						
비육체노동	.061	1.063	.043	1.044	-.105	.900
모직업 유무(기준:무)						
일을 하고 있다	-.185	.831	-.125	.883	-.127	.881
가구소득	.530**	1.699	.436*	1.546	.345	1.412
가족구성 (기준:기타가족)						
부모자녀가족	.329	1.390	.394	1.483	.435	1.545
거주지(기준:시군)						
특별시·광역시	.323+	1.381	.320+	1.377	.292	1.340
신체적 조건 및 건강행태						
운동시간			.249**	1.283	.212.*	1.236
공부시간			.104	1.109	.086	1.089
키(기준:보통)						
작다			-.409	.664	-.524+	.592
크다			.350	1.419	.186	1.204
체질량지수(기준:보통)						
마름			-.482	.617	-.456	.634
비만			-.558*	.573	-.577*	.562
흡연경험(기준:없다)						

예측변수	모델 1		모델 2		모델 3	
	B	Exp (B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
있다			.361	1.435	.407	1.503
음주경험(기준:없다)						
있다			-.711+	.491	-.459	.632
사회심리적 변수						
공격성					.572**	1.772
스트레스					-1.287***	.276
우울감					-.618**	.539
성적만족도 (기준:불만족)						
만족한다					.487*	1.627
친구지지					.668*	1.951
부모지지					.118	1.125
공동체 지지					-.009	1.009
보호자건강 (기준:건강하지않다)						
건강하다					.810*	2.248
상수항	-1.742	.175	-2.001	.135	-1.394	.248
-2log Likelihood	997.757		971.340		835.799	

+p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

청소년의 주관적 건강인식을 중심으로 사회적 환경요인, 신체적 조건 및 건강행태, 사회 심리적 요인에 따른 건강수준의 불평등 구조를 분석한 결과는 표 4와 같다. 먼저 개인변수와 사회적 환경변수가 투입된 모델 1에서는 가구소득, 모 교육수준, 거주지가 청소년의 건강결정 요인으로 유의하였다. 가구소득이 많은 가정의 청소년일수록, 어머니의 교육수준이 고졸이상의 청소년보다 중졸이하의 청소년일수록, 시·군 지역보다 대도시인 특별시와 광역시에 사는 청소년일수록 건강집단이 될 확률이 높았다.

신체적 조건 및 건강행태가 추가 된 모델 2에서는 운동시간, 키, 체질량지수, 음주경험이 유의한 변수로 추가되었다. 또한 모델 1에서는 유의하지 않았던 성별과 부의 교육수준이 유의한 변수로 바뀌었다. 구체적으로 보면 여성에 비해 남성일수록, 아버지의 교육수준이 고졸이상의 아버지를 둔 청소년보다 중졸이하의 아버지를 둔 청소년이 더 건강취약집단이 될 확률이 높았다. 그리고 운동시간이 적은 청소년일수록, 체질량지수가 평균에 비해 비만인 청소년일수록, 음주경험이 있는 청소년일수록 건강취

약집단이 될 확률이 높아진다.

사회심리적 요인을 추가한 모델 3은 부모지지와 공동체지지를 제외한 사회심리적 변수가 모두 유의하였다. 개인변수인 성별은 모델 2에서부터 유의미하여 모델 3에서는 그 영향력이 더 커지고 있다. 그러나 그 외 변수들은 성별을 제외하고 모델 2보다 영향력이 대체로 감소하였다. 특히 사회적 환경변수는 모델 1에서는 가구소득과 모의 교육수준, 거주지가, 모델 2에서는 부모의 교육수준, 가구소득, 거주지가 청소년의 건강결정요인으로 작용하였으나, 사회심리적 변수가 추가되자 유의한 효과가 모두 사라졌다.

신체적 조건 및 건강행태 변수는 음주경험이 사라지고 키가 새롭게 유의한 변수로 추가되었으며, 그 외 운동시간과 체질량지수는 유의함이 그대로 유지되었다.

사회심리적 요인은 부모지지와 공동체지지를 제외하고 모두 유의하였는데, 구체적으로 보면 공격성이 약한 청소년일수록, 스트레스를 많이 받는 청소년일수록, 우울감이 큰 청소년일수록 건강취약집단이 될 확률이 높았다. 또한 자신의 성적에 불만족하는 청소년보다 자신의 성적에 만족하는 청소년이 1.627배, 친구들에게 지지를 받는 청소년일수록 1.951배 그렇지 않은 경우보다 건강집단이 될 확률이 높다. 또한 의미 있는 타인인 보호자의 건강 변수 또한 건강 결정 요인으로 작용하였는데, 보호자가 건강하다고 생각하는 가정의 청소년일수록 그렇지 않은 청소년에 비해 건강할 확률이 2배 이상 되었다. 이는 청소년의 건강이 가정 내의 건강에 대한 인식과 지식 혹은 태도에 따라 영향을 받는 것으로, 의미있는 타자의 영향력이 반영되는 것으로 보인다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 한국청소년정책연구원의 한국아동·청소년 패널조사 2차년도 데이터를 사용하여 아동·청소년의 주관적 건강인식에 따른 건강불평등요인을 탐색해보았다. 구체적으로 본 연구에서는 아동·청소년 건강에 영향을 미치는 요인을 찾기 위해 개인변수, 사회적 환경, 신체적 조건 및 건강행태, 사회심리적 요인 등 폭넓은 변수를 투입하여 아동·청소년의 건강불평등 결정요인을 분석하였다. 연구결과와 관련된 논의는 다음과 같다.

첫째, 아동·청소년의 주관적 건강인식에 따른 건강수준은 청소년이 아동에 비해

건강취약집단이라고 응답한 비율이 더 높았다. 이는 학교급이 올라갈수록 환경적, 상황적, 개인내적 요인들로 인한 건강증진행동 수행률이 떨어지면서 자신의 전반적인 신체건강상태가 건강하지 못한다고 응답하는 비율이 많아진다는 연구(최인재, 이기봉, 2010)와 일치한다.

둘째, 성별에 따른 건강수준의 차이에 따르면 아동의 경우 성별의 차이가 없었으나, 청소년은 남학생이 여학생에 비해 건강취약집단이 될 확률이 더 높았다. 남녀에 따른 건강수준 차이는 연구들마다 상이한 결론을 내리는데, 김영호(2000)는 중학교 남학생들이 여학생들보다 일상에서 자주 또는 더 많이 부정적 건강행동을 경험하고, 그로 인해 고생하는 경향이 있다고 한다. 네틀턴(1997)은 사회적 성에 따른 건강차이를 가정하여 설명하는 중 자료를 수집하는 과정에서 발생하는 인위적 결과를 소개하였다. 이는 감기 인지도에 관한 연구에서 남성이 의료인의 평가에 비해 자기 증상을 심각하게 매기는 수가 많다는 것이다. 이러한 선행연구들에 미루어 청소년기가 아동기에 비해 더 많은 건강위험행위에 노출될 시기이며, 남학생이 여학생에 비해 건강위험행위를 더 많이 하고 있기에²⁾ 혹은 남학생일수록 건강에 대한 자기증상을 심각하게 여기는 것으로 추측해 볼 수 있다.

셋째, 사회적 환경 변수 중 아동은 어머니의 교육수준이, 청소년은 가구소득이 그리고 아동과 청소년 모두에게 거주지가 중요한 건강불평등 결정변수로 확인되었다. 이는 성인 대상의 건강불평등 연구에서도 사회경제적 요인인 교육, 소득, 직업과 물리적 환경인 거주지가 건강수준의 차이를 만드는 중요한 구조적 요인으로 작용하는 것과 일치한다. 그러나 특이하게도 거주지의 경우 아동과 청소년이 상반된 연구결과가 나왔다. 아동은 소도시와 농촌의 아동이 대도시의 아동보다 건강 집단에 속할 확률이 높았으나, 청소년은 도시의 청소년이 농촌의 청소년보다 건강 집단에 속할 확률이 높았다. 지리적 위치는 개인의 건강과 관련되는 의료서비스 및 여타의 사회구조적 조건과 상호작용하여 결과적으로 건강수준에 차이를 가져오기(이미숙, 2005)에 의료서비스 등 여타 사회구조적 조건이 열악한 농촌에 비해 대도시에 살수록 건강하다는 가설이 아동의 경우 일치하지 않는다. 이는 아동기가 아직 건강문제에 노출되지 않은 생애 초기 단계에 속하며, 농촌의 아동이 도시 아동에 비해 학원이나 공부 스트레스에서

2) 본 아동·청소년 패널 2차년도 자료의 청소년 흡연경험을 성별에 따라 분석해 본 결과, 여학생의 흡연경험이 3.4%인데 반해 남학생들은 그 2배가 넘는 8.9%였다.

다소 벗어나 자연에서 뛰어노는 시간이 많기 때문에 나온 결과로 추측해 볼 수 있으나, 추후 후속연구가 필요한 것으로 보인다. 청소년은 도시에 거주하는 청소년에 비해 농촌에 거주하는 청소년의 건강이 더 취약하다는 선행연구(박남희, 이해정, 2002; 박순우, 2009)와 일치한다.

넷째, 신체적 조건 및 건강행태 변수는 성장단계인 아동과 청소년이 작은 키, 비만 등 보여지는 모습인 신체적 조건으로 자신의 건강을 인식하고 있음을 보여준다. 그러나 대상 간 차이가 존재한다. 아동은 작은 키, 저체중 등의 신체적 조건이 강한 영향력을 미치는데 반해, 청소년은 운동시간과 흡연 여부가 아동과 다르게 더 강력하거나 새로운 결정요인으로 추가되었다. 이는 청소년이 아동보다 신체적, 정신적 성숙 단계로, 신체적 조건으로 건강을 인식하기보다는 성인과 같이 건강증진 행위를 중요하게 여기는 것으로 보인다. 그러나 공부 시간이 많아지면 체력소진이나 정신적 스트레스로 인해 건강이 위협 받을 것이라는 가설은 유의하지 않았다.

다섯째, 사회심리적 변수는 아동의 경우 삶의 만족도와 공동체 지지만이 유의미하였으나, 청소년은 공격성, 스트레스, 우울감, 성적만족도, 친구지지, 보호자 건강 변수가 건강결정요인으로 작용하였다.

사회정서 발달 변인 중 스트레스와 우울감은 많이 느낄수록 건강하지 못하다는 가설과 연구결과가 일치하였으나, 공격성이 약할수록 건강취약집단이 된다는 결과는 논의의 여지가 있다. 선행연구에서 보면 공격성 적대감 혹은 분노는 이점 보다는 결점으로 작용해 청소년들의 비행, 우울, 자살, 학교폭력 등과 밀접히 관련된다고 한다. 그러나 최인재와 이기봉(2010)은 적절할 분노표현의 긍정적 역할에 대해 사회적 관계가 유지, 변화되기도 하며, 정신건강이나 스트레스를 적절히 분출시키는 완충작용을 한다고 하였다. 이러한 선행연구를 통해 본 연구의 공격성 변인은 긍정적 속성이 더 많이 작용된 공격성으로 해석해 볼 여지가 있다.

성적만족도 변수는 청소년에게 건강불평등 요인으로 작용하였는데, 이는 성적에 대한 만족도가 건강에 유의미한 영향을 미치며, 학업과 경쟁을 중시하는 풍토가 청소년의 건강위험요소로 작동하고 있음을 주목할 필요가 있다.

사회적 지지 중 아동은 자신이 사는 동네인 공동체 지지를 받을 경우에만 건강집단에 속할 가능성이 높았다. 이는 아동이 청소년과 달리 또래와의 긴밀한 관계에는 아직 큰 의미를 갖지 못하고, 동네라는 공동체의 안정감과 친근감에 더 영향을 받는

것으로 추정된다. 그러나 아동 건강에 부모와의 애착이 중요하다는 선행연구(서효정, 2009; 오진아, 2011)와 달리 부모지지가 유의미하지 않음은 추후 재연구와 논의가 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 사회적환경 변수는 모델 2와 3에서 새로운 변수들이 투입되면서 영향력이 소멸되었다. 사회적환경 요인이 다른 요인들에 비해 아동·청소년의 건강불평등 결정요인으로 중요한 영향을 미치지 못하였다. 그러나 Lucht와 Groothoff(1995)는 아동·청소년기는 상대적으로 건강한 시기이며, 직업적 건강위험에 노출되는 시기가 아니기 때문에 사회경제적 건강차이는 아동기에 상대적으로 작게 나타나며, 청소년기에는 거의 사라지는 것처럼 보이다가 성인기에 다시 나타난다고 하였다. 가장 높은 교육수준의 부모에게서 태어난 아동에 비해 가장 낮은 교육수준의 부모에게서 태어난 아동의 사망 위험비가 무려 2배 이상 높다(윤태호 외, 2007)는 연구에 비추어 볼 때 시기상으로 아동·청소년기에 잠시 그 영향력이 사라진 것으로 해석해 볼 수 있다. 그러므로 사회경제적 지위나 물질적 환경이 타 변수들과 함께 투입되었을 때 그 영향력이 소멸되는 것을 두고 건강불평등의 중요변수로 작용하지 못한다는 단순한 해석은 경계해야 한다.

이상의 논의를 바탕으로 아동·청소년의 주관적 건강인식 결정요인에 대한 연구결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강상태에 따른 주관적 인식에 따르면 아동이 청소년에 비해 건강하였다. 둘째, 건강결정요인 중 아동은 신체적 조건 및 건강행태가, 청소년은 사회심리적 요인이 가장 유의미한 변수로 나타났다. 셋째, 사회적환경 변수 중 아동은 어머니의 교육수준이, 청소년은 소득이 가장 유효한 건강결정 요인으로 나타났다. 넷째, 신체적 조건 및 건강행태에서 아동은 신체적 조건이 더 유의미했던 반면 청소년은 건강행태가 결정요인으로 작용했다. 다섯째, 사회심리적 요인 중 아동은 삶의 만족도와 공동체 지지만이 유의하였으나, 청소년은 부모지지와 공동체지지를 제외한 공격성, 스트레스, 우울, 성적만족도, 친구지지, 보호자의 건강이 모두 유의한 것으로 나타났다.

헌법은 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 명시하고 있다. 현재 건강불평등에 대한 연구들이 축적되고는 있지만, 정책 제도적이고 정책적인 의제화는 많이 부족한 현실이다. 더불어 아동과 청소년은 생애초기 잠재적 시기로 건강불평등 문제가 덜 부각되고 있으나, 실은 평생건강을 좌우하는 중요한 시기로 건강정책의 관

심을 받아야 하는 우선순위 집단이다.

본 연구결과 아동·청소년은 부모의 교육수준과 가구소득, 거주지, 저신장, 비만, 흡연, 운동량, 삶의 만족도, 스트레스, 우울, 성적만족도 등에 의해 건강수준이 차별화 되는 것으로 나타났다. 이를 바탕으로 아동·청소년의 건강증진을 위한 정책과 프로그램 개발이 고려되어야 한다. 우선 근본적 요인인 사회적, 경제적 불평등 개선정책이 사회적 합의를 통해 광범위하게 이뤄져야 할 것이다. 그 외에도 개인중심적인 정책으로 적극적 관리가 필요한 저신장이나 비만 집단에게 건강관리 프로그램을 마련해 주거나, 전체를 대상으로 한 예방적인 건강관리와 영양상담 등의 체계적이고 지속적인 보건교육을 실시하여야 한다. 또한 학업과 경쟁을 중시하는 문화를 바꾸어 육체적 건강과 더불어 심리적 안녕인 정신적 건강까지 증진될 수 있는 노력이 병행되어야 할 것이다.

참고문헌

- 강영호 (2005a). 아동기의 사회경제적 위치에 따른 성인기의 사망률의 차이. **제6회 한국노동패널 학술대회 논문집**, 225-245.
- 강영호 (2005b). 우리 나라의 사회경제적 건강불평등: 현황과 기전. **한국사회학회 후기 사회학대회 한국사회학대회**, 8(1), 147-155.
- 강영호 (2005c). 사회경제적 건강불평등에 대한 생애적 접근법. **예방의학회지**, 38(3), 267-275.
- 강은정 (2008). 청소년의 건강상태 평가에 있어서 청소년과 부모의 차이. **한국청소년연구**, 19(4), 33-56.
- 고려대학교 부설 행동과학 연구소 (2000). **심리척도 핸드북 I**. 서울: 학지사
- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). **간이정신진단 검사 실시요강**. 서울: 중앙적성연구소
- 김명희, 전경자, 서상희 (2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. **보건복지포럼**, 176, 32-44.
- 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경 외 (2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석. **예방의학회지**, 43(1), 50-61.
- 김세원 (2003). **사회적 지지가 학대경험 아동의 적응에 미치는 영향**. 서울대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 김영호 (2000). 성과 연령에 따른 청소년의 건강행동과 건강관련 심리적 변인의 차이. **한국학교체육학회지**, 10(10), 55-67.
- 김윤희, 유선정 (2000). 초등학교 아동의 학대와 건강상태. **정신간호학회지**, 9(4), 651-669.
- 김정은 (2008). 초등학교 조손가정 아동과 정상가정 아동의 건강상태와 건강행위 비교. **청소년문화포럼**, 19, 9-44.
- 김진구 (2012). 소득계층에 따른 의료이용 불평등의 지역 간 차이. **한국사회보장학회**, 28(2), 153-180.
- 김창엽 (2009). 왜 건강불평등이 문제인가?. **비판사회학회 불평등연구회·한국건강형평성협회 공동 학술대회 자료집: 불평등과 건강불평등**, 22-29.

- 김형용 (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰: 사회자본 맥락효과에 대한 해석. **한국사회학**, 44(2), 59-92.
- 김호순, 김청송 (2008). 청소년의 라이프스타일 요인과 건강상태 유형별 관계분석. **청소년학연구**, 15(3), 119-135.
- 리처드 윌킨슨 (2008). **평등해야 건강하다** (김홍수영 역.). 서울: 후마니타스.
- 민병수 (1991). **학교생활적응과 자아개념이 학업성취에 미치는 영향**. 성신여자대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 박남희, 이해정 (2002). 청소년 건강행위에 대한 국내연구동향. **지역사회간호학회지**, 13(1), 98-114.
- 박순우 (2009). 농촌지역 청소년의 건강행태. **한국농촌의학·지역보건학회지**, 34(2), 202-213.
- 박지현, 전진숙, 이선행 (2011). 부모의 사회·경제적 요인과 초등학교생의 눈 건강과의 관계분석. **대한시과학회지**, 13(1), 11-19.
- 배상수 (2006). 형평성: 건강형평성 향상을 위한 건강증진사업. **한국보건교육·건강증진학회 학술대회 발표논문집**, 183-221.
- 사라 네틀턴 (1997). **건강과 질병의 사회학** (조효제 역.). 서울: 한울아카데미
- 서효정 (2009). 한국 청소년의 건강행동과 사회적 지지. **한국사회학회 2009전기사회학대회**, 1237-1258.
- 석민현, 오원옥 (2002). 청소년의 건강상태 설명요인. **지역사회간호학회지**, 13(3), 493-502.
- 소선숙, 김희경, 김청송 (2011). 청소년 건강의 성별 및 학교급별 비교 연구. **청소년학연구**, 18(10), 317-340.
- 오진아 (2011). 초등학교 4학년 아동과 어머니가 인지한 아동의 신체접촉, 건강상태, 부모-자녀애착과 아동의 건강행위와의 관계. **아동간호학회지**, 17(3), 161-166.
- 윤태호, 김준연, 유승흠, 김정민, 이용환, 홍영습 외 (2007). 부모의 사회경제적 지위와 어린이 사망의 연관성. **보건과 사회과학**, 20, 29-46.
- 이광옥, 윤희상 (2001). 사회경제적인 불평등이 건강불평등에 미치는 영향 연구. **지역사회간호학회지**, 12(3), 609-619.
- 이미숙 (2005). 한국 성인의 건강불평등. **한국사회학**, 39(6), 183-209.
- 이창곤 (2007). **추적, 한국 건강불평등**. 서울: 민.

- 정화실 (1991). **초등학생의 모애착과 학교생활적응이 낙관성에 미치는 영향**. 단국대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 조봉환, 임경희 (2003). 아동의 정서·행동보고형 평정척도 개발 및 타당화 연구. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 16(1), 261-276.
- 조원정, 김모임 (1987). 청소년들의 건강상태와 건강행위 인지에 관한 연구. **한국보건교육학회지**, 4(2), 32-45.
- 최인재, 이기봉 (2010). **한국 청소년 지표 조사; 한국 청소년 건강·안전(보호)지표 활용 분석 보고서**. 서울 : 한국청소년정책연구원.
- 허묘연 (2000). **청소년이 지각한 부모 양육행동 척도개발연구** 이화여자대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- Blank, N., & Diderichsen, F. (1996). Inequalities in health: The interaction between socio-economic and personal circumstances. *Public Health*, 110, 157-162.
- Breidablik, H. J., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.
- Chappel, N. L., & Funk, L. M. (2010). Social Capital: Does It add to the health inequalities debate?. *Soc Indic Res*, 99, 357-373.
- Cromley, T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 263-269.
- Galobardes, B., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2004). Childhood socioeconomic circumstance and cause-specific mortality in adulthood: Systematic and interpretation. *Epidemiologic Review*, 26, 7-21.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: Century progress and 21th century prospects. *Journal of health & Social Behavior*, 43(2), 125-142.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income

- distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States. *BMJ*, 317, 917-921.
- Ludberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 24(3), 218-224.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Sweet, E. (2011). Symbolic capital, consumption, and health inequality. *American Journal of Public Health*, 101(2), 260-264.
- Van Der Lucht, F., & Groothoff, J. (1995). Social inequalities and health among children aged 10-11 in the Netherlands: Cause and consequence. *Social Science & Medicine*, 40(9), 1305-1311.

ABSTRACT

A study on the determinants of children and adolescents' health inequality in Korea

An, Jinsang* · Kim, Heejung*

This study analyzes the social determinants by self-rated health levels of Korean children and adolescents based on the data of the Korean Children and Adolescents Panel Survey 2nd year (the year 2011) conducted by the NYPI (National Youth Policy Institute). The survey targets of this analysis comprised 5th grade (2,264) and 8th (2,280) students. The findings are as follows. First, children are healthier than adolescents in terms of self-rated levels of health. Second, the most meaningful variables in health determinants are physical condition and the health behavior of children, and the socio-psychological variables for adolescents. Third, in terms of socio-environmental variables, the mothers' level of education is meaningful for children and family income level is also meaningful for adolescents. Fourth, in terms of physical condition and health behavior, the chief determinant is health for children and the health behavior of adolescents. Finally, only life satisfaction and community support proved to be meaningful for children while aggressiveness, stress, depression, grade satisfaction, friend support and family protector's health were most meaningful for adolescents. Children and adolescents have different determinants from adults because of the differing characteristics in lifetime development stage, and in the same way children and adolescents showed their own determinants. This paper suggests that a policy which considers the structure of health inequality at each developmental stage should be developed for a healthy start in life for both children and adolescents.

Key Words : child, adolescents, health inequality, social determinants,
self-rated health

투고일 : 2013. 3. 11, 심사일 : 2013. 5. 6, 심사완료일 : 2013. 5. 14

* Korea National University of Education