

## 청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향\*

박성준\*\*

### 초 록

본 연구의 목적은 청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향을 규명하는 것이다. 이를 위하여 한국아동·청소년패널조사자료 가운데 중1패널 1~6차년도 자료를 결합하여 활용하였다. 청소년의 사회적 자본 요인에는 부모·또래·교사와의 관계, 지역사회 인식, 청소년활동, 동아리활동, 종교활동이 포함되었으며, 그 외에 청소년의 건강에 영향을 미치는 가족의 물적·인적 자본 요인과 인구사회학적 요인, 건강행태 및 질병 요인 등이 고려되었다. 또한 본 연구에서는 건강의 상태의존적 특성을 반영하고자 동적패널분석 모형을 활용하였다. 연구결과를 요약하면 아래와 같다. 첫째, 청소년의 사회적 자본은 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또래와의 관계, 지역사회 인식은 청소년의 주관적 건강과 관련이 있는 것으로 나타났다. 반면 부모 및 교사와의 관계, 청소년 활동, 동아리활동, 종교활동은 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 둘째, 인구사회학적 요인, 건강행태 및 질병 요인, 가족의 물적·인적 자본 요인은 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성별, 흡연 여부, 질병 유무, 신체활동 정도, 부모의 주관적 건강상태가 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 셋째, 청소년의 주관적 건강은 상태의존적 특성을 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 또래와의 관계와 지역사회인식은 이전 시점의 주관적 건강을 통제한 상황에서도 청소년의 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 위와 같은 결과를 바탕으로 청소년의 건강증진을 지원하기 위한 정책적, 실천적 방안의 방향성을 제시하였다.

주제어: 청소년, 건강, 사회적 자본, 종단분석, 동적패널분석

\* 본 논문은 박성준의 박사학위논문 중 일부분을 수정·보완하여 작성되었음.

\*\* 서울시립대학교 시간강사, beaver21@gmail.com

## I. 서론

청소년의 건강은 이들의 삶의 만족에 기본이 되는 중요한 조건이다. 청소년의 건강 상태와 건강행태는 청소년기의 전인적 발달과 전생애의 건강에 지대한 영향을 미친다(김원경, 2015; Boardman, 2006). 그러나 청소년들은 정서적 변화, 학업부담, 학교생활 적응 등 다양한 차원의 스트레스 환경에 노출되면서 주체적인 건강증진에 어려움을 겪고 있다(소신숙, 김희경, 김청송, 2011; 송찬희, 2002). 한편, 청소년들은 연령이 증가함에 따라 건강관리의 주체로서의 역할을 습득하게 된다(Srof & Velsor-Friedrich, 2006). 다시 말해 아동기 건강관리의 주체는 부모이지만, 연령이 증가하게 되면서 청소년은 자신의 건강관리에 대한 부분적인 권한을 얻게 된다. 이처럼 청소년기의 건강은 전생애 중 다른 시기와 구별되는 특징을 가지고 있다.

2015년 국제협력개발기구(OECD) 통계에 따르면, 한국의 15세 이상 24세 이하의 청소년 중에서 약 47.99%가 자신을 건강하다고 인식하는 것으로 나타났다. 이는 OECD 회원국 중에서 가장 낮은 결과이다(OECD, 2017). 이러한 문제에도 불구하고 청소년의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 탐색이나 청소년의 건강증진을 위한 방안 모색 등은 상대적으로 미흡한 실정이다.

지금까지 개인의 건강과 관련된 많은 연구들이 진행되었다. 과거에는 의학적 관점에서 건강과 개인적 특성 간의 관계에 관심을 가졌다(이미숙, 1998). 이에 따라 과거의 병력이나 유전적 요인, 개인의 건강관련 습관 등의 개인적 요인의 중요성을 강조하였다. 이후 개인의 건강을 이해하는 데에 개인적 요인 외에도 사회적 요인이 고려되어야 한다는 주장들이 등장하게 되었다(Kawachi, 2000). 특히 한 개인이 다른 구성원 혹은 집단과의 사회적 관계를 통하여 형성하게 되는 사회적 자본을 바탕으로 개인의 건강상태를 이해하려는 시도들이 활발하게 이루어지고 있다(Vyncke et al., 2013). 그러나 이러한 연구들은 주로 성인이나 노인을 대상으로 이루어졌으며(Sujarwoto & Tampubolon, 2013), 아동의 경우에는 부모의 사회적 자본에 초점을 두는 경향이 강하였다(신인순, 홍나미, 2014; 이용우, 2014; El-Dardiry, Dimitrakaki, Tzavara, Ravens-Sieberer & Tountas, 2012). 반면에 청소년의 사회적 자본에 초점을 맞추어 그들의 건강을 설명하는 연구는 상대적으로 부족한 실정이다(Boyce, Davies, Gallupe & Shelley, 2008).

청소년의 건강과 사회적 자본 간 관계를 설명한 연구들은 주로 횡단면 분석을 시도하였다(Vilhjalmsdottir, Gardarsdottir, Bernburg & Sigfusdotti, 2016). 그러나 청소년기는 연령의 증가에 따라 개인 내적 변화뿐만 아니라 환경적 변화가 활발한 시기이기 때문에 종단적 관점에서의 연구가 특히 중요하다. 한편, 우울 등과 같은 특정 건강지표를 바탕으로 한 종단연구들(성준모, 2016; Kingsbury, Kirkbride, McMartin, Wickham, Weeks & Colman, 2015)이 보고되고 있으나 이러한 연구들은 과거 시점의 건강상태를 충분히 반영하지 못한 한계를 가지고 있다(Lau & Ataguba, 2015; Wichstrøm, Belsky & Steinsbekk, 2017). 개인의 질병이나 유전적 요인, 생활습관 등은 상태의존적 특성을 가지고 있기 때문에 사회적 요인과 건강의 관계를 보다 명확히 규명하기 위해서는 건강의 상태의존성을 통제할 필요가 있다.

본 연구의 목적은 종단적 관점에서 청소년의 건강과 사회적 자본 간 관계를 규명하는 것이다. 이에 건강의 상태의존성을 반영함으로써 청소년의 건강이 가지는 특성과 사회적 자본의 종단적 영향을 보다 명확하게 설명하고자 하였다. 특히 개인의 신체적·정신적·사회적 차원의 건강을 전반적으로 평가하는 데 주로 사용되는 주관적 건강상태 문항을 중심으로 청소년의 건강을 설명하고자 하였다. 이상의 논의를 바탕으로 형성된 연구문제는 ‘청소년의 사회적 자본과 주관적 건강의 종단적 관계는 어떠한가.’이다. 본 연구의 결과는 청소년의 건강과 사회적 자본의 특성을 바탕으로 하여 청소년기와 성인기의 지속적인 건강증진을 지원하기 위한 정책적·실천적 방안 마련의 근거가 될 것이다.

## II. 이론적 배경

### 1. 건강의 개념과 청소년의 건강

#### 1) 건강의 개념과 측정

건강이란 질병이 없고 허약하지 않은 상태뿐만 아니라 신체적·정신적·사회적으로 안녕한 상태를 의미한다(Marmot, Friel, Bell, Houweling, Taylor & Commission

on Social Determinants of Health, 2008). 건강은 상당히 포괄적인 개념이기 때문에 이를 설명하는 다양한 관점이 존재한다. 먼저, 의학적 모형(Medical model)에서는 질병의 유무, 유전적 요인, 건강과 관련된 개인의 생활습관 등과 같은 개인의 내적 요인들을 중심으로 건강을 설명한다. 이러한 관점은 선천적인 건강상태와 과거 시점의 건강상태가 현재의 건강에 중요한 요인임을 강조한다(Halliday, 2008; Wichstrøm et al., 2017). 한편, 사회적 모형(Social model)에서는 다양한 환경으로부터 얻게 되는 물적·인적·사회적 자원을 바탕으로 개인의 건강을 설명한다(Berkman & Glass, 2000). 이 관점은 개인적 요인 외에도 사회적 차원의 여러 요인들이 건강에 영향을 미친다고 보는 입장이다. 각각의 모형들은 대립되는 관점이라기보다는 상보적인 관계에 있다고 볼 수 있으며, 다양한 측면에서의 건강을 이해하기 위해서는 서로 다른 관점에 대한 이해가 중요하다.

건강을 이해하는 관점뿐만 아니라 건강을 측정하는 방법 또한 다양하다(이진희, 2016). 건강을 측정하는 경우, 건강과 관련된 다수의 객관적 지표를 활용하기도 하지만 신체적·정신적·사회적 측면에서의 건강을 종합적으로 측정하기 위하여 주관적 건강상태(Self-rated health) 문항을 활용하기도 한다. 주관적 건강상태 문항은 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 측정하는 척도로, 개인의 건강 전반을 평가할 수 있다는 점에서 보편적으로 사용되고 있는 문항이다(Latham & Peek, 2012). 자기 보고식의 건강상태 평가는 객관성이 떨어진다는 주장들이 있지만, 대체적으로 측정의 용이성과 타당성을 확보한 지표라고 알려져 있다(Boardman, 2006). 주관적 건강상태는 다른 건강 지표에 비해 다차원적인 건강을 효율적으로 측정할 수 있으며, 현재의 건강상태뿐만 아니라 미래의 건강위험요인이나 질병의 가족력 등을 복합적으로 평가할 수 있다(Latham & Peek, 2012).

## 2) 청소년의 건강

청소년의 건강은 청소년기 삶의 만족뿐만 아니라 전생애의 건강에 영향을 미친다. 또한 청소년의 건강은 신체적 발달뿐만 아니라 심리적·인지적 발달과도 밀접한 관련성을 가지고 있다. 특히 청소년기는 성인기의 건강에 상당한 영향을 미칠 수 있는 결정적 시기로 볼 수 있다(Marmot, 2000). 청소년기 동안 불건강(Unhealthy) 상태가 누적될

경우 성인기의 질병이 발생할 수 있다. 또한 건강 관련 습관이나 건강증진행동 등 청소년기 동안에 누적된 건강 관련 경험들은 성인기 건강을 결정짓는 요인으로 작용한다.

청소년기는 다른 어떤 시기보다 자신을 건강하다고 인식하는 시기이지만(송찬희, 2002), 그와 동시에 건강위험요인들에 노출되는 시기이기도 하다. 청소년은 학업성취 뿐만 아니라 학교 적응 등과 같은 다양한 과업을 부여받게 된다. 특히 학업중심의 생활로 인하여 신체적·정신적 건강 증진에 어려움을 겪게 된다(김영아, 2001). 이와 동시에 청소년기는 건강관리의 주체가 보호자에서 청소년 자신에게로 이행되는 과도기적 성격을 가지고 있다(Srof & Velsor-Friedrich, 2006). 아동기에는 아동의 건강관리 주체는 보호자이며, 보호자는 아동의 건강관리를 위한 의료보건 서비스 이용, 건강증진행동 등에 대한 선택권을 가지고 있다. 이와 달리 청소년은 자신의 건강과 관련된 사안에 대한 부분적인 자기결정권을 가지게 된다. 이에 따라 청소년은 건강과 관련된 정보를 스스로 수집하고 건강증진을 위한 활동들에 주체적으로 참여하게 된다.

정리하면, 청소년기는 성인기의 건강을 결정짓는 중요한 시기이며, 청소년의 건강은 신체적·정신적·사회적 발달과도 관련이 있다. 또한, 청소년기는 건강위험요인에 노출되는 시기임과 동시에 건강관리와 관련된 부분적인 자기결정권을 갖는 시기이다. 따라서 청소년의 건강은 전생애 과정 중에서 다른 어떠한 시기보다 중요한 의미를 갖는다고 볼 수 있다.

## 2. 청소년의 사회적 자본

### 1) 사회적 자본의 개념과 구분

사회적 자본(Social Capital)의 개념에 대한 다양한 논의들이 있지만, 한 개인이 다른 구성원들과의 관계를 통하여 형성하게 되는 자원이라는 의미를 공통적으로 가지고 있다(류태건, 2015; Lin, 2001: 3; Portes, 1998). 사회적 자본은 가치생산을 위하여 투입되는 생산요소를 중심으로 설명되는 물적 자본이나 교육 및 훈련을 통한 지식이나 기술의 습득을 중심으로 설명되는 인적 자본과 달리 타인과의 관계나 구성원들 간의 네트워크, 사회참여 등에 기반을 둔 가치생산을 설명하는 데 활용된다. 사회적, 정치학, 심리학 등 다양한 학문분야에서 개인 및 집단 간의 관계를 통한 자원형성과 이와

관련된 사회적·환경적 요인의 특성을 파악하는데 사회적 자본의 개념을 활용하고 있다(이봉주, 김선숙, 김남희, 2010; 이정선, 2001).

사회적 자본은 그 개념이 다소 추상적이며, 다차원적인 의미를 가지고 있기 때문에 측정에 있어서 학자마다 다른 의견들이 있다(이상일, 2007). 이에 따라 사회적 자본의 측정 및 구분에 대한 다양한 기준들이 존재한다. 먼저, 사회적 자본의 측정단위에 따라 미시적 차원과 거시적 차원으로 구분된다(장용석, 정장훈, 조문석, 2009). 미시적 차원에서의 사회적 자본은 개인이 사회체계 속에서 형성하는 사회적 관계에 초점을 두며, 일반적으로 사회적 자본을 개인 수준에서 측정하게 된다. 이때 타인들과의 관계나 신뢰 정도, 구성원의 응집정도, 지인의 수 등이 측정된다(Coleman, 1988; Gilbert, Quinn, Goodman, Butler & Wallace, 2013). 거시적 차원에서의 사회적 자본은 집단이나 지역사회 혹은 국가에 초점이 맞추어져 있으며, 집단성원들의 사회참여나 규범, 공동의 이익과 관련된 요인들을 측정하게 된다(Putnam, 1995). 한편, 사회적 자본은 가족 내 사회적 자본과 가족 외 사회적 자본으로 구분되기도 한다. 가족 내 사회적 자본은 가족 구성원 간의 관계를 통하여 형성하게 되는 심리적·정서적·재정적 지지를 의미한다(김은정, 2006). 이는 부모의 학력수준이나 가족구조 등이 포함되기도 한다(전경하, 2011). 가족 외 사회적 자본은 가족 외 집단이나 지역사회 등과 같은 가족 체계 외에서 형성되는 사회적 자본을 의미하며, 지역사회 구성원 간 신뢰정도, 사회참여 정도 등을 측정하게 된다. 마지막으로 사회적 자본은 측정방법에 따라 구조적 사회자본과 인지적 사회자본으로 구분된다(Carpiano & Fitterer, 2014; Harpham, Grant & Thomas, 2002). 구조적 사회자본은 지역사회 참여나 정치참여 여부, 특정 대상에 대한 접촉 빈도 등과 같은 객관적 기준을 바탕으로 측정된다. 이와 달리 인지적 사회자본은 개인이 주관적으로 경험하는 사회적 지지나 신뢰정도 등을 바탕으로 측정된다.

## 2) 청소년의 사회적 자본의 특성

청소년의 사회적 자본은 청소년 개인을 중심으로 형성된 다양한 사회적 관계 속에 내포된 자원의 총합이다. 청소년기에 형성된 사회적 자본은 청소년의 전인적 발달에 직·간접적인 영향을 미치게 된다(신원영, 2010; 이봉주 외, 2010). 먼저, 가족 구성원 간의 관계 속에서 인지되는 긍정적인 지지는 청소년의 심리적·정신적 발달을 촉

진하며, 사회구성원으로서 갖추어야 할 적응 능력을 향상시킨다(Pinkerton & Dolan, 2007). 또한, 청소년기에 접할 수 있는 다양한 참여활동들은 가족 외 사회적 자본의 형성을 촉진하며, 이를 통하여 청소년들은 성숙한 시민으로 성장하는 데 요구되는 사회성원으로서의 역할을 습득하게 된다(조남익, 이광호, 2009). 그러나 또래와의 강한 동질성은 집단의 폐쇄적 성격을 강화시켜 집단 따돌림이나 지위비행 등과 같은 문제를 발생시키기도 한다(Koutra et al., 2014; Rothon, Goodwin & Stansfeld, 2012).

청소년의 사회적 자본을 측정하기 위한 명확한 기준은 없지만(Koutra et al., 2014), 일반적으로 청소년의 사회적 자본은 가족, 또래집단, 학교 내 관계, 지역사회에서의 관계 등을 바탕으로 측정된다(McPherson et al., 2013). 가족 내에서의 인지적 사회자본은 부모와의 관계, 부모의 양육태도 등을 바탕으로 측정된다. 이 외에도 부모의 물질·인적 자본은 청소년의 사회적 자본 형성과 상당한 관련성을 가지고 있기 때문에 부모의 빈곤 여부나 소득수준, 교육수준 등을 함께 고려한다(El-Dardiry et al., 2012). 친구와의 관계를 통하여 형성하는 사회적 자본은 친구의 수나 친구의 도움 정도 등을 통하여 구조적 차원에서 측정된다. 또한, 친구와의 긍정적인 관계나 애착 정도를 통하여 인지적 차원의 사회적 자본이 측정된다. 지역사회에서의 사회적 자본은 인지적 차원에서 지역사회 구성원과의 관계, 지역사회에 대한 신뢰 정도, 지역사회 참여여부 등을 바탕으로 측정된다. 또한, 구조적 차원에서 지역사회에서의 참여활동 경험, 참여빈도 등을 통하여 사회적 자본이 측정된다.

표 1

청소년 사회적 자본의 측정 요인

| 연구자(연도)                  | 부모 및 가족 요인 | 친구 및 교우 관계 | 학교환경 및 교사 | 지역사회 및 사회참여 | 비고 |
|--------------------------|------------|------------|-----------|-------------|----|
| 권선형(2016)                | ○          | ○          | ○         | ○           |    |
| 김은정(2006)                | ○          |            |           |             |    |
| 박승곤, 김수정, 문성호(2013)      | ○          | ○          | ○         | ○           |    |
| 서정아, 조홍식, 장주희, 이재연(2012) | ○          | ○          | ○         | ○           |    |
| 신원영(2010)                | ○          |            |           |             |    |
| 전경하(2011)                | ○          |            |           | ○           |    |
| 정슬기(2016)                | ○          | ○          |           | ○           |    |

| 연구자(연도)  | 부모 및 가족 요인 | 친구 및 교우 관계 | 학교환경 및 교사 | 지역사회 및 사회참여 | 비고    |
|--|------------|------------|-----------|-------------|-------|
| Boyce, Davies, Gallupe & Shelley(2008)                             | ○          |            |           |             |       |
| Danso(2014)  | ○          |            |           | ○           |       |
| Eriksson, Hochwälder, Carlsund & Sellström(2012)                   | ○          |            | ○         | ○           |       |
| Kingsbury, Kirkbride, McMartin, Wickham, Weeks & Colman(2015)      | ○          |            |           | ○           |       |
| Koutra, Kritsotakis, Orfanos, Ratsika, Kokkevi & Philalithis(2014) | ○          |            | ○         |             |       |
| McPherson, Kerr, Morgan, McGee, Cheater, McLean & Egan(2013)       | ○          | ○          | ○         | ○           | 문헌 연구 |
| Rothon, Goodwin & Stansfeld(2012)                                  | ○          | ○          |           | ○           |       |
| Smylie, Medaglia & Maticka-Tyndale(2006)                           | ○          | ○          | ○         | ○           |       |
| Thorlindsson, Valdimarsdottir & Jonsson(2012)                      | ○          |            |           | ○           |       |
| Vilhjalmsdottir, Gardarsdottir, Bernburg & Sigfusdotti(2016)       | ○          |            |           | ○           |       |

### 3. 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강

청소년의 건강과 사회적 자본 간 관계를 설명한 선행연구들의 결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 부모와의 긍정적인 애착관계, 가족 구성원들과의 긍정적인 관계는 청소년의 건강에 정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(McPherson et al., 2013). 또한, 또래와의 관계는 청소년의 주관적 건강뿐만 아니라 정신건강에 긍정적인 영향을 미치며, 신체활동 참여를 촉진한다(이자형, 이기혜, 2015). 특히 청소년의 건강상태는 또래와의 관계를 형성하는 데에도 영향을 미친다는 점(이보람 외, 2013)에서 청소년의 건강과 또래관계는 상호 영향을 미치는 관계임을 알 수 있다. 그러나 또래와의 관계는 음주 등과 같이 건강에 부정적인 영향을 미치는 행동과도 관련이 있다(Koutra et al., 2014). 한편, 교사와의 관계는 청소년의 건강과 관련된 올바른 규범을 형성, 강화하는 기능을 하기도 한다(황문선, 조희숙, 2004). 그러나 이와 상반되게 교사와의 관계가 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치지 않는다는 연구결과도 있다(이자형, 이기혜, 2015).

청소년의 사회적 자본 가운데 지역사회 요인은 청소년 개인의 측면뿐만 아니라 청소년의 가족, 또래집단, 학교 등과 같은 다양한 미시체계에 영향을 미치는 특성을 가지고 있다(Vyncke et al., 2013). 지역사회 구성원들과의 긍정적인 관계는 청소년의 신체적 건강뿐만 아니라 정신적 건강에도 긍정적인 영향을 미친다(정슬기, 2016; Boyce et al., 2008). 또한, 지역사회에 대한 신뢰는 건강과 관련된 문제를 감소시키는 보호요인으로써 작용하기도 하며(Kingsbury et al., 2015), 건강증진활동에 대한 참여를 강화하기도 한다(Singh, Kogan, Siahpush & van Dyck, 2008).

다양한 형태의 사회참여는 청소년의 건강에 영향을 미친다. 먼저, 종교활동은 청소년의 심리적·정신적 건강을 증진할 뿐만 아니라 약물사용 등과 같은 건강위험행동에 대한 위험성을 감소시킨다(Sinha, Cnaan & Gelles, 2007). 또한, 스포츠활동이나 자원봉사활동 등과 같은 다양한 형태의 청소년활동은 주관적 건강과 관련이 있다(Zambon et al., 2010). 반면에 이러한 활동이 정신적 건강에는 영향을 미치지 않는다는 연구 결과도 있다(Rothon et al., 2012).

청소년의 사회적 자본 외에도 부모의 물질, 인적 자원이 청소년의 건강에 영향을 미친다. 먼저, 부모의 학력은 건강정보 및 의료서비스에 대한 접근성과 관련이 있기 때문에 청소년의 건강에 중요한 요인으로 작용한다(Fujiwara, Takao, Iwase, Hamada & Kawachi, 2012). 또한, 가구의 경제적 수준은 건강과 관련된 다양한 자원에 대한 접근성에 영향을 미친다(최경원, 2014; Thorlindsson, Valdimarsdottir & Jonsson, 2012). 뿐만 아니라 부모의 사회경제적 지위는 청소년의 사회적 자본 형성에도 영향을 미치게 된다(Boyce et al., 2008; Danso, 2014). 한편, 가족의 구조적 문제는 청소년의 건강에 직·간접적인 영향을 미치게 된다. 부모와 동거하는 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 건강상태가 좋은 것으로 나타났다(Eriksson, Hochwalder, Carlsund & Sellstrom, 2012). 또한, 가족 구성원은 건강과 관련된 자원을 공유하기 때문에 부모의 건강상태는 아동 및 청소년의 건강과 정적인 관계를 가진다(Wilson, 2002). 부모의 주관적 건강은 아동의 주관적 건강과 정적인 관계가 있으며(이용우, 2014), 부모의 우울은 청소년의 우울과 정적인 관련성을 가지고 있다(정익중, 박민아, 2013). 이에 덧붙여, 부모의 사회적 자본은 자녀에 대한 양육태도나 정서적 지지, 건강에 대한 태도 및 정보습득능력 등에 전반적으로 영향을 미쳐 청소년의 건강에 직·간접적인 영향을 미치게 된다(El-Dardiry et al., 2012).

이 외에도 청소년의 건강은 인구사회학적 특성에 따라 다르게 나타난다. 먼저, 성별은 청소년의 신체적·정신적 건강과 신체활동에 영향을 미치는 요인으로 알려져 있다(김원경, 2015). 여자 청소년은 남자청소년에 비해 신체적, 정신적 건강수준이 낮은 것으로 보고되고 있다(Vilhjalmsdottir et al., 2016). 또한, 지역의 경제적 수준은 건강과 관련된 다양한 자원의 수준과 밀접한 관련성을 가지기 때문에 지역에 따른 건강수준 차이가 발생하기도 한다(안병철, 정효지, 2009; Viner et al., 2012).

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형

청소년의 건강 및 사회적 자본과 관련된 선행연구 분석을 바탕으로 설정한 연구모형은 아래 그림 1과 같다.

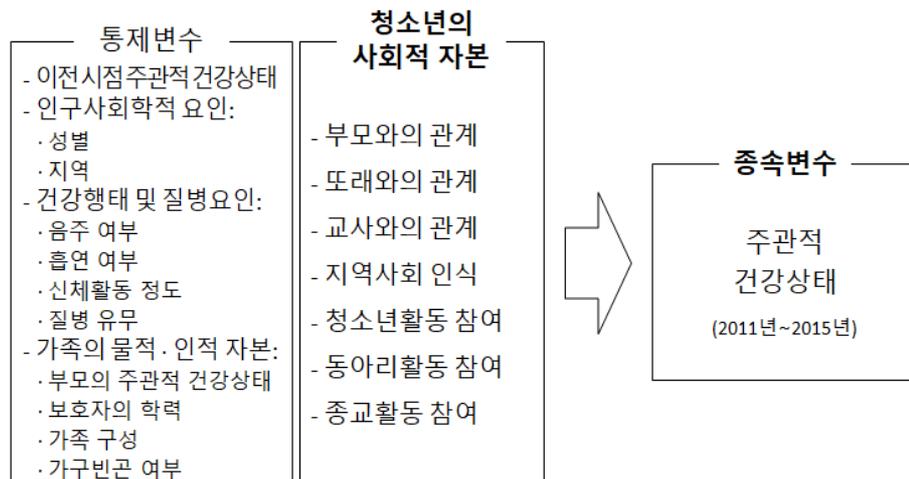


그림 1. 연구모형

## 2. 분석자료 및 연구대상

본 연구는 한국청소년정책연구원에서 시행하고 있는 한국아동·청소년패널조사(Korean Children & Youth Panel Survey; KCYPS) 가운데 중 1패널 1~6차년도 데이터를 활용하였다. 본 패널조사는 1차년도에 2,351명을 대상으로 조사되었으나, 본 연구에서 활용한 독립변수들은 2차년도 자료를 기준으로 추출<sup>1)</sup>되었기 때문에 분석에 활용된 문항에 모두 응답한 2,145명의 청소년을 연구대상으로 설정하였다.

## 3. 측정도구

본 연구의 종속변수는 패널 자료 내 ‘청소년의 주관적 건강상태’ 문항(질문: 또래 친구들과 비교해 볼 때 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각합니까?)을 활용하였다. 이는 4점 척도(1=매우 건강하지 못하다/2=건강하지 못한 편이다/3=건강한 편이다/4=매우 건강하다)로 측정되었으며, 본 연구에서는 변수의 분포를 확인한 후 연속형 변수로 가정하여 분석에 활용하였다. 또한, 청소년의 사회적 자본을 측정하고자 부모·또래·교사와의 관계, 지역사회 인식, 청소년활동·동아리활동·종교활동 변수를 사용하였다. 이 중에서 부모와의 관계는 부모의 양육방식에 대한 질문 중 ‘방임’을 측정하는 척도(예: 내가 학교에서 어떻게 생활하는지 관심을 갖고 물어보신다)를 역코딩하여 사용하였다(허묘연, 2000). 이 문항은 청소년에 대한 부모의 관심 정도와 건강에 대한 개입 정도를 질문하고 있다는 점에서 부모와의 긍정적인 관계를 보여줄 수 있는 요인이라 가정하였다. 문항의 신뢰도는 2차년도 .771, 3차년도 .758, 4차년도 .718, 5차년도 .698, 6차년도 .701인 것으로 나타났다. 또래와의 관계는 학교적응 척도의 하위요인인 ‘교우관계’ 문항(예: 우리 반 아이들과 잘 어울린다)을 활용하였으며, 이 중에서 신뢰도를 떨어뜨리는 문항(질문: 친구가 하는 일을 방해한다)을 제외하고 4개 문항의 값을 합산하여 사용하였다. 문항의 신뢰도는 2차년도 .686, 3차년도 .698, 4차년도 .697, 5차년도 .675, 6차년도 .701인 것으로 나타났다. 교사와의 관계는 학교적응 척도의 하위 척도인 ‘교사관계’ 문항(문항 예시: 선생님을 만나면 반갑게 인사한다.)을 활용하였으며(민병수, 1991), 문항 중에서 매 차수마다 질문하지 않은 문항(문항: 내년에도 지금 선생님께서

1) 음주, 흡연, 부모와의 관계를 측정한 변수들은 2차년도부터 측정되었다.

담임선생님을 해 주셨으면 좋겠다.)을 제외하고 모든 질문의 값을 합산하여 사용하였다. 문항의 신뢰도는 2차년도 .832, 3차년도 .836, 4차년도 .821, 5차년도 .815, 6차년도 .829인 것으로 나타났다. ‘지역사회 인식’은 지역사회에 대한 신뢰정도에 대해 질문한 총 6개의 문항(문항 예시: 나는 우리 동네 사람들 대부분을 알고 있다.)을 합산하여 분석에 활용하였다(Harris et al., 2009). 문항의 신뢰도는 2차년도 .754, 3차년도 .752, 4차년도 .720, 5차년도 .714, 6차년도 .717인 것으로 나타났다. ‘청소년활동 참여’는 본 패널 자료에서 조사하고 있는 9개 영역(건강/보건 활동, 과학/정보 활동, 교류 활동, 모험/개척 활동, 문화/예술 활동, 봉사 활동, 직업체험 활동, 환경보존 활동, 자기(인성)개발)의 체험활동에 1개 이상 참여한 경우와 그렇지 않은 경우를 구분하였다. ‘동아리 활동 참여’는 교내·교외 동아리 활동에 1개 이상 참여한 경우와 그렇지 않은 경우를 구분하였다. 마지막으로 ‘종교활동 참여’ 여부는 실제 종교활동을 하고 있는 경우와 그렇지 않은 경우를 구분하였다. 종교가 있으면서 주기적으로 종교활동을 하는 경우를 종교활동에 참여하는 것으로 보았으며, 종교가 없거나 종교가 있지만 종교활동에 참여하지 않는 경우는 종교활동 미참여로 보았다.

통제변수는 크게 이전 시점의 주관적 건강상태, 인구사회학적 요인, 건강행태 및 질병 요인, 가족의 물질·인적 자본 요인으로 구성되었다. 인구사회학적 요인 중 ‘지역’은 대도시 및 수도권과 그 외의 지역을 구분하였다. 건강행태 요인 중 흡연 및 음주여부는 단순 호기심으로 인한 약물사용의 경우를 제외하기 위하여 각각 1일에 1회 이상, 1달에 1회 이상 흡연 및 음주를 하는 경우를 구분하였다. 질병유무는 패널자료 1차년도에 조사한 ‘질병으로 인한 건강문제’ 7개 문항(천식, 비염, 아토피 피부염, 비만, 심장질환, 당뇨병, 기타) 중에서 1개 이상의 질병으로 인한 건강상 문제를 가지고 있는 경우와 그렇지 않은 경우를 구분하였다. 또한, 신체활동 정도(질문: 체육시간 중 땀을 흘리며 운동한 시간은 몇 시간 정도입니까?)는 패널자료에서의 측정 방법과 동일하게 ‘없다’부터 ‘4시간 이상’까지 5개의 범주로 구분된 상태로 활용하였다.

가족의 물질·인적 자본 요인 중 보호자의 학력은 한부모 가족 등을 포함하기 위하여 1차년도에 조사한 부모와 보호자의 학력 중에서 가장 높은 학력을 기준으로 분석에 활용하였다. 또한, 가족 구성은 양부모 가족과 그 외의 가족 구성을 구분하였다. 가구의 빈곤 여부는 패널자료에서 조사한 연소득과 가구구성원을 바탕으로 산출하였다. 먼저 청소년과 함께 살고 있는 보호자를 포함한 가족의 구성을 확인한 후 형제자

매 수를 합산하였다. 그리고 각 연도마다 발표된 가구원수에 따른 최저생계비 기준을 통하여 빈곤가구를 구분하였다.<sup>2)</sup>

#### 4. 분석방법

본 연구는 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강 간 관계를 확인하기 위하여 동적 패널분석(Dynamic Panel Data Analysis)을 시도하였다. 동적패널분석은 시차종속변수(Lagged Dependent Variable)를 독립변수로 투입하는 모형을 의미한다. 과거의 건강 상태는 현재의 건강상태에 영향을 미치기 때문에 개인의 건강은 상태의존적 특성을 가지고 있다고 볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 이러한 건강의 상태의존성을 반영하기 위하여 동적패널분석을 실시하였다.

일반적으로 동적패널분석에는 일반화적률법(GMM: Generalized Methods of Moment)이 활용되며, 주로 Arellano & Bond(1991)의 차분GMM방법이 사용된다(Moral-Benito, Allison & Williams, 2017; Roodman, 2009). 그러나 이러한 방법은 성별 등과 같은 시불변 요인의 영향을 추정하지 못하며, 결측값을 가진 케이스를 분석에 포함하지 못하는 한계를 가지고 있다(Allison, Williams & Moral-Benito, 2017; Williams, Allison & Moral-Benito, 2016). 본 연구에서는 위와 같은 한계를 극복하고자 ML(Maximum Likelihood)추정방식을 활용한 선형동적패널분석(Linear Dynamic Panel-Data Estimation using Maximum Likelihood)을 시도하였다. 또한 고정효과모형과 임의효과모형 중에서 어떠한 모형이 더 적합한지 판단하기 위하여 구조방정식 모형에서 활용되는 다양한 모형적합도 지수들을 비교하였다.<sup>3)</sup> 이러한 분석을 위하여 Stata13.1과 Mplus7.11 프로그램이 사용되었다.<sup>4)</sup>

2) 위와 같이 빈곤가구를 구분하는 방법은 양 조부모 가족의 경우와 청소년의 형제자매가 별거하고 있는 경우를 명확하게 구분할 수 없는 한계를 가진다.

3) 시간에 따라 변화하지 않는 개인 특성을 어떻게 가정하는가에 따라 고정효과모형(Fixed Effects Model)과 임의효과모형(Random Effects Model)으로 구분된다. 고정효과모형은 시간에 따라 변화하지 않는 개인 특성이 외생변수들과 상관이 있음을 가정하는 반면, 임의효과모형은 시불변 개인특성과 외생변수 간 상관관계 없음을 가정한다. 고정효과모형과 임의효과모형 중 어떠한 모형이 더 적합한지를 판단하기 위하여 일반적으로 설명변수와 개별특성 사이의 상관관계를 확인하는 하우스만 검정(Hausman test)결과를 확인한다. 그러나 구조방정식 모형에서의 패널자료분석에서는 다양한 모형적합도 지표를 활용하게 된다(Bollen & Brand, 2010).

본 연구에서 설정한 모형의 추정은 Mplus프로그램에서 제공되는 강건한 최대우도법(Maximum Likelihood Parameter Estimates with robust Standard Errors: MLR)을 활용하였다. MLR은 일반적인 최대우도법(Maximum Likelihood: ML)에 비하여 극단치의 영향을 적게 받으며, 활용변수들의 이분산성(Heteroskedasticity) 문제를 감소시킨다(Wang, 2012). 한편, 구조방정식 모형에서는 모형의 적합도를 확인하기 위하여 다양한 지표들이 활용된다. 대표적으로 카이제곱검정의 유의성을 확인하지만, 이 통계치는 표본의 크기에 영향을 받기 때문에 다른 지표들을 함께 고려해야 한다. 본 연구에서는 모형의 적합도를 확인하기 위하여 절대적합지수인 RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)와 SRMR(Standardized Root Mean Residual), 증분적합지수인 CFI(Comparative Fit Index)와 TLI(Turker-Lewis Index)를 사용하였다. 여기서 RMSEA는 .08이하일 때, SRMR은 .10이하일 때 수용가능한 적합도로 판단한다. 그리고 CFI, TLI는 .90이상일 때에 수용할 수 있는 모형적합도로 본다(Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Muller, 2003). 본 연구에서는 모형적합도 변화를 바탕으로 연구모형의 적합성을 판단하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구대상의 일반적 특성

연구대상의 일반적 특성과 요인별 분포를 파악하기 위하여 기술통계분석을 실시하였으며, 그 결과는 아래 표 2와 같다. 청소년의 주관적 건강상태는 전반적으로 건강한 편인 것으로 나타났다. 청소년의 사회적 자본요인 중에서 부모와의 관계 및 지역 사회 인식 정도는 전반적으로 긍정적인 편으로 나타났으며, 또래와의 관계, 교사와의 관계는 점차 증가하는 추세를 보였다. 청소년활동, 동아리활동 참여는 시간이 지남에 따라 증가하는 양상을 보이다가 고등학교 3학년에 이르러 급감하는 추세를 보였다. 마지막으로 약 40%의 청소년이 종교활동을 하고 있는 것으로 나타났다.

4) Stata프로그램 명령어 중에서 사용자가 제공하는 “xtdpdml” 명령어를 사용하였으나 추정속도의 문제가 있어 동일한 모형을 Mplus프로그램에서 분석하였다.

표 2

연구대상의 일반적 현황

| 변수           | 구분      | 단위        | 2010년       | 2011년       | 2012년       | 2013년       | 2014년       | 2015년       |
|--------------|---------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 주관적 건강상태     |         | M(SD)     | 3.2(.6)     | 3.2(.6)     | 3.2(.6)     | 3.2(.6)     | 3.1(.6)     | 3.2(.6)     |
|              |         | Skew/Kurt | -.3/3.3     | -.4/3.7     | -.4/3.3     | -.2/3.1     | -.2/3.8     | -.3/3.1     |
| 성별           | 남성      | N(%)      | 1,093(51.0) | 1,093(51.0) | 1,072(51.1) | 1,013(51.5) | 1,002(51.4) | 977(51.0)   |
|              | 여성      | N(%)      | 1,052(49.0) | 1,052(49.0) | 1,025(48.9) | 954(48.5)   | 946(48.6)   | 939(49.0)   |
| 지역           | 광역시·수도권 | N(%)      | 1,188(55.4) | 1,190(55.5) | 1,125(54.5) | 1,042(54.0) | 1,016(54.0) | 991(54.3)   |
|              | 기타 지역   | N(%)      | 957(44.6)   | 955(44.5)   | 939(45.5)   | 887(46.0)   | 867(46.0)   | 835(45.7)   |
| 흡연 여부        | 비흡연     | N(%)      | -           | 2,103(98)   | 2,018(96.2) | 1,854(94.3) | 1,785(91.6) | 1,740(90.8) |
|              | 흡연      | N(%)      | -           | 42(2.0)     | 79(3.8)     | 113(5.7)    | 163(8.4)    | 176(9.2)    |
| 음주 여부        | 비음주     | N(%)      | -           | 2,125(99.1) | 2,061(98.3) | 1,894(96.3) | 1,791(91.9) | 1,684(87.9) |
|              | 음주      | N(%)      | -           | 20(.9)      | 36(1.7)     | 73(3.7)     | 157(8.1)    | 232(12.1)   |
| 질병 유무        | 없음      | N(%)      | 1,108(51.7) | 1,108(51.7) | 1,080(51.5) | 1,018(51.8) | 1,000(51.3) | 990(51.7)   |
|              | 있음      | N(%)      | 1,037(48.3) | 1,037(48.3) | 1,017(48.5) | 949(48.2)   | 948(48.7)   | 926(48.3)   |
| 신체활동         |         | M(SD)     | 3.0(1.2)    | 3.0(1.2)    | 3.0(1.3)    | 2.7(1.1)    | 2.5(1.2)    | 1.7(1.2)    |
|              |         | Skew/Kurt | -.1/1.9     | -.1/1.9     | .1/1.8      | .3/2.4      | .5/2.5      | 1.5/4.2     |
| 부모의 주관적 건강상태 |         | M(SD)     | 3.1(.6)     | 3.1(.5)     | 3.1(.5)     | 3.2(.5)     | 3.1(.5)     | 3(.5)       |
|              |         | Skew/Kurt | -.3/4.1     | -.1/5.2     | -.2/4.4     | .0/3.9      | -.1/5.4     | -.2/5.7     |
| 보호자의 학력수준    |         | M(SD)     | 3.0(1.1)    | 3.0(1.1)    | 3.0(1.1)    | 3.0(1.1)    | 3.0(1.1)    | 3.0(1.1)    |
|              |         | Skew/Kurt | .2/1.7      | .2/1.7      | .2/1.7      | .2/1.7      | .2/1.7      | .2/1.7      |
| 가족 구성        | 양부모가족   | N(%)      | 1,861(86.8) | 1,861(86.8) | 1,821(86.8) | 1,707(86.8) | 1,696(87.1) | 1,673(87.3) |
|              | 그 외 가족  | N(%)      | 284(13.2)   | 284(13.2)   | 276(13.2)   | 260(13.2)   | 252(12.9)   | 243(12.7)   |
| 빈곤 여부        | 비빈곤     | N(%)      | 1,903(89.2) | 1,979(92.3) | 1,910(92.7) | 1,773(92.1) | 1,717(91.4) | 1,665(91.4) |
|              | 빈곤      | N(%)      | 230(10.8)   | 166(7.7)    | 150(7.3)    | 152(7.9)    | 162(8.6)    | 157(8.6)    |
| 부모와의 관계      |         | M(SD)     | -           | 11.6(1.6)   | 11.7(1.6)   | 11.5(1.4)   | 11.9(1.5)   | 11.6(1.5)   |
|              |         | Skew/Kurt | -           | .0/3.9      | .2/3.8      | .2/4.1      | .4/3.8      | .3/4.2      |
| 또래와의 관계      |         | M(SD)     | 11.9(1.8)   | 12.3(1.9)   | 12.5(1.8)   | 12.6(1.7)   | 12.6(1.6)   | 12.6(1.7)   |
|              |         | Skew/Kurt | -.3/3.8     | -.3/3.9     | -.2/3.9     | .0/3.5      | .2/3.6      | .2/3.7      |
| 교사와의 관계      |         | M(SD)     | 11.0(2.6)   | 11.5(2.6)   | 11.8(2.5)   | 11.7(2.3)   | 11.9(2.3)   | 11.9(2.3)   |
|              |         | Skew/Kurt | -.2/3.1     | -.2/3       | -.1/3.1     | .0/3.1      | .0/3.2      | -.2/3.4     |
| 지역사회 인식      |         | M(SD)     | 17.0(3.4)   | 16.5(3.2)   | 16.4(3.2)   | 16.6(3)     | 16.4(2.9)   | 16.5(2.9)   |
|              |         | Skew/Kurt | -.1/2.9     | -.1/3       | .0/3.4      | .1/3.6      | .0/3.7      | .1/3.6      |
| 흡연 여부        | 비흡연     | N(%)      | -           | 2,103(98)   | 2,018(96.2) | 1,854(94.3) | 1,785(91.6) | 1,740(90.8) |
|              | 흡연      | N(%)      | -           | 42(2.0)     | 79(3.8)     | 113(5.7)    | 163(8.4)    | 176(9.2)    |
| 음주 여부        | 비음주     | N(%)      | -           | 2,125(99.1) | 2,061(98.3) | 1,894(96.3) | 1,791(91.9) | 1,684(87.9) |
|              | 음주      | N(%)      | -           | 20(.9)      | 36(1.7)     | 73(3.7)     | 157(8.1)    | 232(12.1)   |
| 질병 유무        | 없음      | N(%)      | 1,108(51.7) | 1,108(51.7) | 1,080(51.5) | 1,018(51.8) | 1,000(51.3) | 990(51.7)   |
|              | 있음      | N(%)      | 1,037(48.3) | 1,037(48.3) | 1,017(48.5) | 949(48.2)   | 948(48.7)   | 926(48.3)   |

## 2. 청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향

청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향을 확인하기 위하여 동적패널분석을 실시하였으며, 그 결과는 아래 표 3과 같다. 먼저, 모형 1은 주관적 건강의 상태의존성을 확인하기 위하여 이전 시점의 주관적 건강 변수를 투입한 모형이다. 모형 2는 통제변수를 투입한 모형으로, 인구사회학적 요인, 건강행태 및 질병 요인, 가족의 물질·인적 자본 요인이 통제된 모형이다. 마지막으로 모형 3은 모형 2에 청소년의 사회적 자본 요인을 투입한 모형이다. 각 모형의 모형적합도를 확인한 결과 모두 수용가능한 수준인 것으로 나타났다.<sup>5)</sup> 또한, 이전 시점의 주관적 건강 요인이 통계적으로 유의하고 변수 투입에 따라 모형적합도가 좋아지는 것으로 나타났다.

여자 청소년이 남자 청소년에 비해 주관적 건강상태의 수준이 낮은 것으로 나타났으며, 지역은 청소년의 주관적 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았다. 매일 흡연을 하는 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 주관적 건강상태 수준이 낮은 것으로 나타났으며, 질병을 가진 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 주관적 건강상태 수준이 낮은 것으로 나타났다. 또한, 신체활동은 청소년의 주관적 건강상태에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족의 물질·인적 자본 요인 중 부모의 주관적 건강상태는 청소년의 주관적 건강상태에 통계적으로 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면, 보호자의 학력수준, 가족구성, 빈곤 여부는 청소년의 주관적인 건강상태에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

청소년의 사회적 자본 요인 가운데 부모와의 관계는 청소년의 주관적 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 반면에 또래와의 관계와 지역사회 인식은 청소년의 주관적 건강상태에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 교사와의 관계와 청소년활동 여부, 동아리활동 여부는 청소년의 주관적 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

5) 고정효과모형과 임의효과모형 중에서 어떠한 모형이 더 적합한지 판단하기 위하여 구조방정식 모형에서 활용되는 다양한 모형적합도 지수들을 비교하였다. 고정효과모형의 모형적합도는 전체적으로 수용가능한 수준인 것으로 나타났다(RMSEA: .013, CFI: .972, TLI: .964, SRMR: .007). 반면, 임의효과모형의 적합도는 고정효과모형의 적합도에 비해 전체적으로 낮게 나타났으며(RMSEA: .029, CFI: .821, TLI: .813, SRMR: .017), CFI와 TLI지수의 경우에는 수용가능한 수준을 벗어난 것으로 나타났다. 이에 따라 본 연구에서는 고정효과모형을 선택하였다.

표 3  
 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 요인 분석결과

| 구분                 | 변수            | 모형1           | 모형2             | 모형3            |
|--------------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|
|                    |               | Coef(S.E.)    | Coef(S.E.)      | Coef(S.E.)     |
| 상태의존성              | 전년도 주관적 건강    | .126(.017)*** | .126(.017)***   | .117(.016)***  |
| 인구사회학적<br>요인       | 성별(여성)        |               | -.040(.016)*    | -.037(.015)*   |
|                    | 지역(광역시 및 수도권) |               | -.103(.078)     | -.098(.079)    |
| 건강행태<br>및 질병<br>요인 | 흡연 여부(흡연)     |               | -.033(.013)*    | -.032(.013)*   |
|                    | 음주 여부(음주)     |               | .011(.011)      | .009(.011)     |
|                    | 질병 유무(질병)     |               | -.088(.014)***  | -.086(.014)*** |
|                    | 신체활동 정도       |               | .051(.012)***   | .043(.012)***  |
| 가족의<br>물적·인적<br>자본 | 부모의 주관적 건강상태  |               | .032(.011)**    | .031(.010)**   |
|                    | 보호자의 학력수준     |               | -.005(.015)     | -.013(.015)    |
|                    | 가족구성(양부모가족)   |               | .015(.015)      | .009(.014)     |
|                    | 빈곤 여부(빈곤)     |               | .007(.018)      | .004(.018)     |
| 청소년의<br>사회적<br>자본  | 부모와의 관계       |               |                 | .006(.011)     |
|                    | 또래와의 관계       |               |                 | .072(.013)***  |
|                    | 교사와의 관계       |               |                 | .022(.013)     |
|                    | 지역사회 인식       |               |                 | .067(.014)***  |
|                    | 청소년활동 여부(참여)  |               |                 | -.003(.010)    |
|                    | 동아리활동 여부(참여)  |               |                 | -.002(.010)    |
|                    | 종교활동 여부(참여)   |               |                 | .003(.013)     |
| 모형적합도              | $\chi^2(df)$  | 79.134(16)*** | 236.662(146)*** | 352.86(264)*** |
|                    | RMSEA         | .043          | .017            | .013           |
|                    | CFI           | .971          | .970            | .972           |
|                    | TLI           | .973          | .961            | .964           |
|                    | SRMR          | .040          | .011            | .007           |

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

## V. 논의 및 결론

본 연구에서는 청소년의 건강과 사회적 자본 간의 종단적 관계를 규명하고자 하였다. 본 연구의 결과를 요약하면 아래와 같다.

첫째, 청소년의 사회적 자본에 해당하는 다양한 요인들은 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 먼저, 또래와의 관계는 청소년의 주관적 건강에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이는 또래와의 관계가 청소년기의 다차원적 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 연구결과들(안진상, 김희정, 2013; 이자형, 이기혜, 2015)을 지지하는 결과이다. 또한, 지역사회 구성원 간의 관계 및 지역사회에 대한 신뢰는 청소년의 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 지역사회에서의 관계가 청소년의 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 선행연구들(김길용, 김은미, 배상수, 2009; 정슬기, 2016; Boyce et al., 2008)과 유사한 결과이다. 한편, 부모와의 관계는 청소년의 주관적 건강에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 부모와 자녀간의 관계가 건강에 영향을 미친다는 선행연구들(송예리나, 남은우, 2009; 신인순, 홍나미, 2014; 이난희, 송태민, 2015)과 상반된 결과이다. 그러나 이러한 결과는 청소년기 연령의 증가에 따라 부모 외의 사회적 관계가 증가한다고 주장한 선행연구들(박성준, 김주일, 2015; McGue, Elkins, Walden & Iacono, 2005)을 뒷받침한다고 볼 수 있다. 청소년의 사회적 자본 가운데 교사와의 관계는 청소년의 건강에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 교사와의 관계가 청소년의 건강에 유의한 영향을 미치지 않는다는 연구결과(이자형, 이기혜, 2015)와 유사한 결과이다. 교사와의 관계가 청소년의 건강위험행동을 감소시킨다는 주장(황문선, 조희숙, 2004)을 고려하였을 때, 교사와의 관계는 청소년의 긍정적인 건강상태 인식보다는 건강에 위해를 가하는 행동에 대한 통제와 관련이 있음을 알 수 있다.

청소년활동 참여와 동아리활동 참여는 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 다양한 청소년활동들이 청소년의 신체활동에 긍정적인 영향을 미치지만(Zambon et al., 2010), 활동 여부 자체가 주관적 건강상태에 영향을 미치는 것은 아님을 알 수 있다. 청소년활동과 동아리활동은 또래, 교사, 지역사회 등 다양한 사회적 관계와 관련이 있기 때문에 청소년활동 여부는 청소년의 주관적 건강에 간접적으로 영향을 미칠 것이라 예측해볼 수 있다.

둘째, 인구사회학적 요인, 건강행태 및 질병 요인, 가족의 물질·인적 자본 요인은 청소년의 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 인구사회학적 요인 중에서 성별은 청소년의 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 성별에 따라 자신의 건강상태를 평가하는 기준에 차이가 있음을 규명한 선행연구들의 결과와 유사하다(김원경, 2014; 소선숙 외, 2011; 이난희, 송태민, 2015). 한편, 광역시 및 수도권에 거주하는 청소년과 그 외의 지역에 거주하는 청소년의 주관적 건강상태에 차이가 없는 것으로 나타났다. 지역의 특성은 건강관련 자원의 수준을 반영한다(김세원, 김선숙, 2012). 그러나 본 연구에서는 건강과 관련된 다양한 요인들이 통제되었기 때문에 지역적 특성이 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타난 것이라 이해할 수 있다.

흡연 여부는 청소년의 주관적 건강상태에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 청소년의 흡연과 건강의 관련성을 보여준 연구결과(Poortinga, 2006)를 뒷받침한다. 반면에 음주 여부는 청소년의 건강에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 실제 청소년의 음주와 건강의 관계를 규명한 연구들(김원경, 2015; 소선숙 외, 2011; Poortinga, 2006)의 결과는 일관적이지 않다. 따라서 본 연구의 결과는 청소년의 음주와 건강의 불명확한 관계를 보여주는 것이라 이해할 수 있다. 질병 유무와 신체활동 정도는 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 객관적인 신체적 건강상태와 건강증진행동이 주관적인 건강상태 평가에 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다.

가족의 물질·인적 자본 요인 중 부모의 주관적 건강은 청소년의 건강에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 부모의 주관적 건강과 자녀의 건강 간의 정적인 상관관계를 주장한 연구(이용우, 2014)를 지지하는 결과이다. 한편, 보호자의 학력 수준, 가족구성, 가구의 빈곤 여부는 청소년의 주관적 건강에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 부모의 사회적 자본과 가족의 구조적 요인은 청소년의 건강에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(이용우, 2014; 최경원, 2014). 그러나 이전 시점의 건강상태와 청소년이 사회적 자본이 통제된 상태에서는 이러한 요인들의 영향이 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이를 통하여 가족과 관련된 여러 요인들의 복합적으로 청소년의 건강에 영향을 미치지만 이러한 영향력이 직접적으로 건강상태에 영향을 미치는 것은 아님을 알 수 있다.

셋째, 청소년의 주관적 건강은 상태의존적 특성을 가지고 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 청소년의 주관적 건강이 이전 시점의 주관적 건강과 정적 관계가 있음을 보여주었다. 이는 선천적인 건강상태와 과거 시점의 건강이 현재의 건강에 미치는 영향을 강조한 의학적 모형을 일부 지지하는 결과이다. 뿐만 아니라 건강과 관련된 여러 요인들과 사회적 자본 요인들을 연구모형에 반영했음에도 불구하고 건강의 상태의 존적 특성은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 이를 통하여 청소년의 건강이 가지고 있는 특성을 확인함에 있어서 건강에 대한 의학적 모형과 사회적 모형을 통합적으로 이해할 필요가 있음을 알 수 있다.

이상의 결과들을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 청소년기에 형성된 또래와의 관계를 중요한 사회적 자본이자 건강 자원으로 간주할 필요가 있으며, 또래와의 긍정적인 관계를 형성 및 유지할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 이를 위하여 청소년 대상의 관계 형성 관련 교육 및 프로그램이 지속적으로 이루어져야 하며, 또래집단에서의 긍정적인 역동이 촉진될 수 있도록 이와 관련된 전문 자원들이 적극적으로 활용될 필요가 있다. 둘째, 지역사회에 대한 긍정적인 인식을 제고하고, 지역사회 내 건강관련 자원을 청소년이 주체적으로 활용할 수 있도록 지원해야 한다. 이를 위해서는 지역사회 구성원과의 관계를 형성하고 지역사회의 규범을 수용하기 위한 참여의 장이 충분히 마련될 필요가 있다. 나이가 지역사회의 보건정책 및 서비스의 기획과 시행에 청소년의 의견이 반영될 수 있도록 제도를 개선할 필요가 있다. 셋째, 청소년의 건강을 증진하기 위한 지원은 청소년 개인에게 초점을 맞출 필요가 있다. 가족의 사회경제적 지위는 가족 구성원 전체의 건강상태, 건강자원への 접근성에 영향을 미치지만 청소년의 건강은 가족 관련 요인보다 또래 및 지역사회 관련 요인에 더 영향을 받는다. 따라서 청소년의 발달적 특성을 반영하여 청소년 개인이 스스로 접근할 수 있는 건강증진 자원들을 마련하고, 청소년의 건강관리를 위한 다양한 서비스들이 지속적으로 이루어질 수 있도록 지원해야 한다. 넷째, 청소년의 사회적 자본과 건강 전반에 대한 사회적 관심이 제고되어야 한다. 학업과 입시 중심의 풍토로 인하여 청소년들의 주체적인 사회적 네트워크 형성과 지역사회 참여 등이 어려움을 겪고 있다. 한편, 청소년기는 전생애 동안의 건강한 삶에 결정적인 영향을 미치는 중요한 시기임을 강조하고, 청소년의 건강증진 및 관리 방안이 우선적으로 마련되어야 한다는 사회적 인식을 확산시킬 필요가 있다. 특히 청소년의 주체적인 건강관리 방안을 충분히 검토할 필요가 있다.

본 연구는 청소년의 건강과 사회적 자본의 관계를 규명하여 사회적 차원의 건강증진 방안을 제시했다는 점에서 의의를 가진다. 한편, 본 연구는 2차 자료 활용으로 인하여 개념의 측정 및 구조화에 한계를 가지고 있다. 주관적 건강 척도는 다차원적 건강을 반영하는 지표로 알려져 있으나 신체적 건강, 정신적 건강을 구분하지 못하는 한계를 가지고 있다. 한편, 사회적 자본은 단일 척도로 구성될 수 없는 복합적 개념이기 때문에 관련 선행연구의 주장에 기반을 두어 개념적 구조화를 시도하였다. 추후 연구에서는 요인분석 등과 같은 통계적 기법을 활용하여 사회적 자본의 하위 요인들을 구성하고 개념화하는 접근이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 패널조사에서 반복 측정된 요인만을 활용하였으며 이로 인하여 반복 측정되지 않은 요인들의 영향을 명확히 규명하지 못한 한계를 가지고 있다. 또한, 연구 모형의 제약으로 인하여 사회적 자본의 하위 요인 간 구조적 관계, 그리고 통제변수 간의 상관관계를 반영하지 못하였다. 실제로 사회적 자본뿐만 아니라 가족요인 내 하위 요인들은 상호 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으나 본 연구의 모형은 각 요인들의 직접효과만을 추정하였기 때문에 이러한 특성을 반영하지는 못하였다. 마지막으로 다양한 청소년활동의 영향을 구분하여 제시하지 못하였다는 한계를 가지고 있다.

## 참고문헌

- 권선형 (2016). **사회자본이 중학생의 회복탄력성에 미치는 영향**. 연세대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 김길용, 김은미, 배상수 (2009). 사회자본과 신체활동 행위변화단계. **보건교육건강증진학회지**, 26(1), 63-80.
- 김세원, 김선숙 (2012). 지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향. **한국아동복지학**, 39, 127-150.
- 김영아 (2001). 청소년의 스트레스, 사회적지지, 건강행위와의 관계. **아동간호학회지**, 7(2), 203-212.
- 김원경 (2015). 한국 청소년 건강행동 관련 변인의 성별 비교 연구. **청소년학연구**, 22(1), 131-154.
- 김은정 (2006). 초기 청소년 자녀의 자아존중감에 미치는 가정 내 사회자본의 역할과 특성에 관한 연구. **가족과 문화**, 18(3), 33-61.
- 류태건 (2015). **사회자본의 구성요소와 효과에 관한 연구**. 부경대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 민병수 (1991). **학교생활적응과 자아개념이 학업성취에 미치는 영향**. 홍익대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 박성준, 김주일 (2015). 청소년기 사회적 관계의 발달궤적과 예측요인. **청소년복지연구**, 17(3), 263-288.
- 박승곤, 김수정, 문성호 (2013). 청소년의 사회적 자본에 대한 지역별 차이 분석. **청소년학연구**, 20(4), 199-224.
- 서정아, 조홍식, 장주희, 이재연 (2012). **사회자본이 청소년의 학교적응에 미치는 영향**. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 성준모 (2016). 청소년의 우울에 영향을 미치는 종단적 요인. **청소년복지연구**, 18(4), 93-111.
- 소선숙, 김희경, 김청송 (2011). 청소년건강의 성별 및 학교급별 비교 연구. **청소년학연구**, 18(10), 317-340.
- 송예리나, 남은우 (2009). Social capital and health in South Korea: Considering

- socio-economic factors and health-related lifestyles. **보건교육건강증진학회지**, 26(5), 71-84.
- 송찬희 (2002). 청소년 건강관리. **가정의학회지**, 23(3), 267-280.
- 신원영 (2010). 가족 내 사회적 자본과 자아존중감과의 관계: ARCL 모델을 적용한 종단연구. **한국아동복지학**, 32, 7-32.
- 신인순, 홍나미 (2014). 빈곤이 아동의 건강에 미치는 영향: 방임과 우울의 매개효과. **글로벌사회복지연구**, 4(1), 5-25.
- 안병철, 정효지 (2009). 우리나라 건강 불균등의 요인과 지역별 비교: 청소년을 중심으로. **한국학교보건학회지**, 22(2), 25-36.
- 이난희, 송태민 (2015). 부모의 양육방식이 성별 청소년의 우울에 미치는 영향. **보건교육. 건강증진학회지**, 32(1), 45-55.
- 이미숙 (1998). 사회지표와 사례연구를 통해 본 한국 노인의 건강. **보건과 사회과학**, 4, 75-101.
- 이보람, 박혜준, 이강이 (2013). 청소년의 만성질환이 또래관계에 미치는 영향: 자신이 평가한 건강상태와 자아탄력성의 매개효과 검증. **아동학회지**, 34(5), 127-144.
- 이봉주, 김선숙, 김낭희 (2010). 한국 아동 발달에 대한 탐색적 연구: 가구의 사회경제적 특성과 사회자본의 영향을 중심으로. **한국아동복지학**, 31, 107-141.
- 이상일 (2007). 사회적 자본과 인적 자본의 관계에 대한 소고. **인제논총**, 22(1), 97-111.
- 이용우 (2014). 가구소득과 아동기의 건강 불평등. **보건사회연구**, 34(3), 7-3.
- 이자형, 이기혜 (2015). 청소년의 건강불평등 영향요인 분석, 주관적 건강상태와 비만 여부를 중심으로. **한국교육학연구**, 21(2), 217-243.
- 이정선 (2001). 콜텐과 브루퇴의 사회자본론의 비교와 한국교육에 주는 시사점. **초등교육연구**, 16(1), 91-112.
- 이진희 (2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인. **보건사회연구**, 36(2), 345-386.
- 장용석, 정장훈, 조문석 (2009). 한국의 사회적 자본과 갈등, 사회적 자본의 다면적 속성에 대한 재조명. **조사연구**, 10(2), 45-69.
- 전경하 (2011). **사회적 자본이 아동의 학교생활적응에 미치는 영향: 자아탄력성 매개효과를 중심으로**. 원광대학교 대학원 박사학위 청구논문.

- 정슬기 (2016). **청소년의 지역사회 사회적 자본에 대한 인식이 건강수준과 건강행동에 미치는 영향**. 중앙대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 정익중, 박민아 (2013). 모의 우울이 청소년 우울에 미치는 영향: 사회적 관계의 보상 효과 검증. **한국가족복지학**, 39, 241-267.
- 조남익, 이광호 (2009). 청소년 집단활동 참여에 따른 사회적 자본 형성에 관한 구조 모형 연구. **청소년시설환경**, 7(2), 39-51.
- 최경원 (2014). 청소년의 주관적 건강인식 관련 요인. **보건교육건강증진학회지**, 31(3), 39-50.
- 허묘연 (2000). **청소년이 지각한 부모 양육행동 척도개발연구**. 이화여자대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 황문선, 조희숙 (2004). 청소년의 발달 자원과 건강위험행동과의 관계. **한국심리학회지, 건강**, 9(1), 85-98.
- Allison, P. D., Williams, R., & Moral-Benito, E. (2017). Maximum likelihood for cross-lagged panel models with fixed effects. *Socius, Sociological Research for a Dynamic World*, 3, 1-17.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social Epidemiology*, 1, 137-173.
- Boardman, J. D. (2006). Self-rated health among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 401-408.
- Bollen, K. A., & Brand, J. E. (2010). A general panel model with random and fixed effects, a structural equations approach. *Social Forces*, 89(1), 1-34.
- Boyce, W. F., Davies, D., Gallupe, O., & Shelley, D. (2008). Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *Journal of Adolescent Health*, 43(3), 246-252.
- Carpiano, R. M., & Fitterer, L. M. (2014). Questions of trust in health research on social capital, what aspects of personal network social capital do they measure?. *Social Science and Medicine*, 116(1), 225-234.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.

- Danso, K. (2014). *Neighborhood social capital and the health and health risk behavior of adolescent immigrants and non-immigrants*. Unpublished Doctoral dissertation, University of Minnesota, USA.
- El-Dardiry, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Ravens-Sieberer, U., & Tountas, Y. (2012). Child health-related quality of life and parental social capital in Greece, an exploratory study. *Social Indicators Research*, *105*(1), 75-92.
- Eriksson, U., Hochwalder, J., Carlsund, A., & Sellstrom, E. (2012). Health outcomes among Swedish children, the role of social capital in the family, school and neighbourhood. *Acta Paediatrica*, *101*(5), 513-517.
- Fujiwara, T., Takao, S., Iwase, T., Hamada, J., & Kawachi, I. (2012). Does caregiver's social bonding enhance the health of their children?: The association between social capital and child behaviors. *Acta Medica Okayama*, *66*(4), 343-350.
- Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J., & Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health, a case for needed research. *Journal of Health Psychology*, *18*(11), 1385-1399.
- Halliday, T. J. (2008). Heterogeneity, state dependence and health. *The Econometrics Journal*, *11*(3), 499-516.
- Harpham, T., Grant, E., & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys, key issues. *Health Policy and Planning*, *17*(1), 106-111.
- Harris, K. M. et al. (2009). *The National Longitudinal Study of Adolescent Health, Research Design*. Carolina Population Center.
- Kawachi, I. (2000). Income inequality and health. *Social Epidemiology*, 76-94.
- Kingsbury, M., Kirkbride, J. B., McMartin, S. E., Wickham, M. E., Weeks, M., & Colman, I. (2015). Trajectories of childhood neighbourhood cohesion and adolescent mental health, evidence from a national Canadian cohort. *Psychological Medicine*, *45*(15), 3239-3248.
- Koutra, K., Kritsotakis, G., Orfanos, P., Ratsika, N., Kokkevi, A., & Philalithis, A. (2014). Social capital and regular alcohol use and binge drinking in

- adolescence, a cross-sectional study in Greece. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 21(4), 299-309.
- Latham, K., & Peek, C. W. (2012). Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 107-116.
- Lau, Y. K., & Ataguba, J. E. (2015). Investigating the relationship between self-rated health and social capital in South Africa, a multilevel panel data analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 266-276.
- Lin, N. (2001). *Social Capital, A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge university press.
- Marmot, M. (2000). Multilevel approaches to understanding social determinants. *Social Epidemiology*, 349-367.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- McGue, M., Elkins, I., Walden, B., & Iacono, W. G. (2005). Perceptions of the parent-adolescent relationship, a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 41(6), 971-984.
- McPherson, K. E., Kerr, S., Morgan, A., McGee, E., Cheater, F. M., McLean, J., & Egan, J. (2013). The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people, an integrative review. *BMC Public Health*, 13(1), 971.
- OECD. (2017). *OECD stat*. Retrieved Nov. 10, 2017, from <http://stats.oecd.org>.
- Pinkerton, J., & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12(3), 219-228.
- Poortinga, W. (2006). Do health behaviors mediate the association between social capital and health?. *Preventive Medicine*, 43(6), 488-493.
- Portes, A. (1998). Social capital, Its origins and applications in modern sociology.

- Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out the strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics*, 28(4), 664-683.
- Roodman, D. (2009). How to do xtabond2, an introduction to difference and system gmm in stata. *Stata Journal*, 9(1), 86-136.
- Rothon, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community social capital and adolescents' mental health and educational outcomes, a longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 697-709.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models, tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Singh, G. K., Kogan, M. D., Siahpush, M., & van Dyck, P. C. (2008). Independent and joint effects of socioeconomic, behavioral, and neighborhood characteristics on physical inactivity and activity levels among US children and adolescents. *Journal of Community Health*, 33(4), 206-216.
- Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion, findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 231-249.
- Smylie, L., Medaglia, S., & Maticka-Tyndale, E. (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 15(2), 95-112.
- Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents, a review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373.
- Sujarwoto, S., & Tampubolon, G. (2013). Mother's social capital and child health in Indonesia. *Social Science and Medicine*, 91, 1-9.
- Vilhjalmsson, A., Gardarsdottir, R. B., Bernburg, J. G., & Sigfusdottir, I. D.

- (2016). Neighborhood income inequality, social capital and emotional distress among adolescents, A population-based study. *Journal of Adolescence*, 51(1), 92-102.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
- Vyncke, V., De Clercq, B., Stevens, V., Costongs, C., Barbareschi, G., Jonsson, S. H. et al. (2013). Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? a literature review. *BMC Public Health*, 13(1), 65-83.
- Wang, J. (2012). *Structural Equation Modeling, Applications Using Mplus*. John Wiley/Higher Education Press.
- Wichstrøm, L., Belsky, J., & Steinsbekk, S. (2017). Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years, a dynamic panel model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Williams, R., Allison, P., & Benito, E. M. (2016). *XTDPDML, Stata module to estimate Dynamic Panel Data Models using Maximum Likelihood*. Statistical Software Components.
- Wilson, S. E. (2002). The health capital of families, an investigation of the inter-spousal correlation in health status. *Social Science and Medicine*, 55(7), 1157-1172.
- Zambon, A., Morgan, A., Vereecken, C., Colombini, S., Boyce, W., Mazur, J. et al. (2010). The contribution of club participation to adolescent health, evidence from six countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 89-95.

## ABSTRACT

### The longitudinal effects of youth social capital on self-rated health

Park, Seongjun\*

The purpose of this study was to investigate the longitudinal effect of youth social capital on self-rated health. Six-year longitudinal data sets (2010 to 2015) were studied from the Korean Children & Youth Panel Survey. Dynamic panel data analysis was conducted to identify the longitudinal effects of youth social capital on their self-rated health and to reflect the state dependence in health.

The results of this study are as follows. First, youth social capital showed a longitudinal effect on health. Youth social capital such as relationships with peers and perceptions of the community was positively associated with adolescents' self-rated health. Second, sociodemographic factors, health behaviors and disease factors, human and material capital factors in family were associated with adolescents' self-rated health. Third, adolescents' self-rated health indicated some degree of state dependence. Peer relationships and perceptions of the community showed a robust association with the levels of adolescents' self-rated health even after applying status dependency in health.

Based on these results, suggestions for health promotion of adolescents were discussed.

Key Words: youth, adolescence, health, social capital, dynamic panel data model

투고일: 2018. 3. 12, 심사일: 2018. 5. 3, 심사완료일: 2018. 5. 11

---

\* University of Seoul