

연구보고 19-R18-1

경제 · 인문사회연구회 협동연구 총서 19-61-02

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I

- 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석

책임연구원 김동진

공동연구원 정 연 채수미



경제·인문사회연구회 협동연구 총서 19-61-02
연구보고 19-R18-1

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I

- 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석

책임연구원_ 김동진(한국보건사회연구원·연구위원)
공동연구원_ 정 연(한국보건사회연구원·부연구위원)
 채수미(한국보건사회연구원·부연구위원)
연구보조원_ 최지희(한국보건사회연구원·전문연구원)
 배정은(한국보건사회연구원·연구원)



한국청소년정책연구원
National Youth Policy Institute

국문초록

본 연구는 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I」의 세부 연구로서 우리나라 학생 청소년의 건강수준을 측정하고 건강불평등과 관련된 문제적 현황 파악을 목적으로 수행되었다. 본 연구의 주요내용은 학생 청소년의 건강불평등 실태 파악을 위한 2차 자료 분석과 결과제시이다. 구체적으로는 학생 청소년 건강불평등 현황을 잘 나타낼 수 있는 건강 지표를 선정하였고, 학생 청소년의 건강불평등 수준을 비교할 하부 인구집단을 선정한 후 학생 청소년 건강불평등 지표를 산출하였다.

본 연구에서 학생 청소년의 건강문제를 크게 건강행태, 의료이용, 건강결과의 세부분으로 나누고 12개 영역에서 34개 세부지표를 확정, 산출하였다. 건강행태는 신체활동, 식생활, 흡연, 음주, 성, 안전, 개인위생, 구강건강, 비만 및 신체이미지, 정신건강을 포함하였고, 의료이용에는 미충족의료율과 예방접종률을 포함하였다. 건강결과에는 주관적 건강 인지율, 자살사망률, 운수사고사망률이 포함되었다.

학생들의 건강불평등 지표 산출 결과, 대부분의 지표에서 가구의 경제상태나 아버지의 교육수준이 높아질수록 학생 청소년의 건강행동 실천율이나 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 특히 학생 청소년의 건강불평등이 가구의 경제상태가 가장 낮은 인구집단 혹은 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단에서만 한정적으로 나타나는 것이 아니라 가구경제상태나 아버지의 교육수준이 가장 높은 최상위 집단을 제외한 대부분의 집단

에서 경사면 형태의 불평등을 보이는 것을 확인하였다. 지역별로는 지표에 따라 결과가 혼재되어 나타났고, 가구구성별로는 양부모가구에서 학생 청소년에 대한 보다 많은 돌봄이 이루어진 결과가 반영되어 나타났다.

이상의 연구결과를 바탕으로, 학생 청소년 건강불평등 해소를 위해 건강 행태, 건강 결과뿐만 아니라 건강의 사회적 결정요인에 대한 지속적인 모니터링이 필요함을 제언하였다.

연구요약

1. 연구목적

- 본 연구는 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I」의 세부 연구로서 우리나라 학생 청소년의 건강수준을 측정하고 건강불평등과 관련된 문제적 현황을 파악하는 것을 목적으로 함.

2. 연구내용

- 본 연구는 학생 청소년의 건강불평등 실태 파악을 위해 2차 자료 분석을 주요 내용으로 하며, 세부적인 연구내용은 다음과 같음.
 - 학생 청소년 건강불평등 현황을 잘 나타낼 수 있는 건강 지표 선정
 - 학생 청소년 건강불평등 수준을 비교할 하부 인구집단 선정
 - 학생 청소년 건강불평등 지표 산출
 - 산출된 지표를 바탕으로 학생 청소년 건강불평등 실태 정리 및 정책적 시사점 제시

3. 연구방법

- 지표 선정에 앞서 학생 청소년 건강수준 및 건강불평등에 관한 국내외 선행연구와 정부부처에서 작성된 행정자료를 검토하였음.
- 2차 자료 분석을 위해 학생 청소년의 건강행태, 건강결과 등을 종합적으로 포함하고 있는 자료원을 수집하였음. 본 연구에서는 질병관리본부의 ‘청소년

건강행태조사', '국민건강영양조사', 통계청의 '사망원인통계' 등을 분석 자료로 활용하였음.

- 학생 청소년의 건강불평등 실태 파악을 위한 절차는 WHO(2017)의 '건강불평등 모니터링 매뉴얼(National health inequality monitoring: a step by step manual)'을 준용하였음.

4. 주요결과

1) 학생 청소년 건강수준 및 건강불평등에 대한 선행연구 정리

- 청소년기는 일반적으로 성인기 또는 노년기에 비해 상대적으로 건강문제가 명백히 드러나지 않는 건강한 시기로 건강불평등의 개선을 위한 정책에서 간과되는 경향이 있음. 그러나 WHO나 영국 등에서는 청소년기를 성인기의 건강과 웰빙을 향한 아동기의 궤적을 수정할 수 있는 시기로 보고, 초기 아동기에 이어 두 번째의 결정적 발달 시기(Second crucial developmental period)'로 주목하고 있음.
- 청소년 건강의 사회적 결정요인에 주목하는 연구들의 결과를 종합하면 청소년을 둘러싸고 있는 다차원적 환경을 중심으로 청소년의 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인을 고려해야 함을 시사하고 있음.
- 특히 청소년이 속한 가구의 소득과 교육수준이 청소년의 건강행태, 의료이용, 건강결과의 불평등에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 청소년이 거주하는 지역에 따라서도 건강격차가 발생하는 것으로 드러났음. 따라서 청소년의 건강향상을 위해서 청소년을 둘러싼 가족, 친구, 학교 환경 내의 일상생활을 개선하고, 인구집단 수준에서 사회적 환경의 위험 및 보호 요인을 다루며, 다양한 건강 결과에 영향을 미치는 보호 요인의 발굴 및 지원에 초점을 두어야 함.

2) 학생 청소년 건강불평등 지표 선정

- 학생 청소년의 건강불평등 측정을 위해 학생 청소년 건강문제의 우선순위를 파악하고 그와 관련된 지표를 선정할 필요가 있음. 이에 따라 한국청소년정책연구원 연구진과의 협의 과정을 거쳤으며, 이 과정에서 자료원의 가용성을 주로 고려하여 주요 건강문제를 선정하였음.
- 본 연구에서 관심을 갖는 학생 청소년의 건강문제는 크게 건강행태(health behavior)와 의료이용, 건강결과로 나뉨. 건강행태는 신체활동, 식생활, 흡연, 음주, 성, 안전, 개인위생, 구강건강, 비만 및 신체이미지, 정신건강을 포함하였고, 의료이용으로는 미충족의료율과 예방접종률을 포함하였으며, 건강결과로는 주관적 건강 인지율, 자살사망률, 운수사고사망률을 포함하였음. 그 결과 전체적으로 12개 영역에서 34개 세부지표를 선정하였음.
- 학생 청소년의 건강불평등 현황을 가장 잘 나타내줄 수 있는 구분자로서는 사회경제적 위치 지표를 활용하였음. 본 연구에서는 관련 선행연구 등을 근거로 학생 청소년 건강불평등 실태를 성별, 가구경제상태별, 아버지의 교육수준별, 지역규모별 또는 행정지역별, 가구구성별로 분석하였음.

3) 학생 청소년 건강불평등 지표 분석 결과: 건강행태

- 가구 소득수준, 아버지의 교육수준으로 대표되는 학생 청소년의 사회경제적 수준과 긍정적인 건강행태 간 양의 상관성을 갖는 것이 대체적이거나 일부 지표에서는 가장 부유한 집단에서 오히려 부정적인 건강행태를 보이기도 함.
- 격렬한 신체활동 실천율의 경우 가구경제상태가 '하'인 집단을 제외하면 경제적으로 빈곤할수록 실천율이 낮아지는 경향을 보인 반면 걷기 실천율은 가장 부유한 집단과 가장 빈곤한 집단의 실천율이 낮고 중간 집단의 실천율은 높은 포물선의 경향을 보임.

- 탄산음료와 패스트푸드 섭취, 아침식사 결식과 같은 부정적인 식생활은 경제적으로 빈곤하거나 양부모 가정이 아닌 경우에 높게 나타나는 경향이 두드러짐. 반대로 긍정적인 식생활인 과일 섭취율은 경제적으로 부유할수록, 아버지의 교육수준이 높을수록, 그리고 양부모 가구에서 다른 가구에 비해 높았음.
- 흡연과 음주, 성경험 등 불건강행태는 가구경제상태가 가장 부유한 집단과 가장 빈곤한 집단에서 높은 경험률을 보이는 J형의 경향을 보였음. 이러한 현상은 가구경제상태가 양호한 학생 청소년들은 담배나 주류 등에 대한 구매력이 상대적으로 높았기 때문으로 해석될 수 있으나 본 연구에서 분석한 구매용이성은 통계적으로 유의하지 않았음. 또한 가구경제상태가 낮은 학생 청소년의 흡연을 및 음주율이 가장 높았으므로, 이들의 불건강행태에 영향을 미치는 요인에 대한 추가적인 연구가 필요함. 또한 이러한 결과는 성인의 건강불평등 연구에서 주로 나타나는 경제적 풍요도와 건강행태 사이의 직선적인 관련성과는 차별된 결과이며, 학생 청소년들이 속한 사회적 집단의 규범과 경제적 접근성 차이가 동시에 작동하는 결과라는 측면에서, 향후 불평등 완화 정책을 마련하는 데 중요한 단서를 줄 수 있을 것으로 생각됨.
- 타인에 의한 피해 경험인 간접흡연 노출률은 가정, 학교, 공공장소에 걸쳐 경제적으로 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록, 양부모 가정이 아닌 경우에 높은 것으로 나타나 사회경제적으로 취약한 학생 청소년일수록 간접흡연의 위험에도 많이 노출되는 것으로 나타남.
- 안전과 개인위생 측면에서도 경제적으로 빈곤하거나 아버지의 교육수준이 낮을수록 안전행동을 실천하거나 개인위생을 위해 노력하는 비율이 낮음.
- 비만은 전체 집단에서, 신체이미지 왜곡인지율은 남학생을 제외한 집단에서 가구소득수준이 낮거나 아버지의 교육수준이 낮은 경우, 양부모 가정이 아닌 경우 높게 나타남.

- 정신건강의 경우 스트레스 인지율, 우울감 경험률 모두 가구경제상태가 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록, 양부모 가구에 비해 한부모 및 기타 가구에서 부정적인 결과를 보임. 반면 자살 시도율에서는 가구경제상태가 '상'인 집단에서 시도율이 다소 높았다가 감소 후 다시 증가하는 J형의 경향성을 보임. 그러나 양부모 가구에 비해 한부모 가구, 기타 가구의 자살 시도율이 높게 나타난 것은 여타 정신건강 지표와 동일하였음.

4) 학생 청소년 건강불평등 지표 분석 결과: 의료이용

- 병의원 진료에 대한 연간 미충족 의료율, 치과 진료에 대한 연간 미충족 의료율 모두 성별, 가구경제상태에 따른 차이에 통계적 유의성은 없었으나 가구의 경제적 수준이 빈곤할수록, 남학생보다는 여학생의 미충족 의료율이 높게 나타남.
- 예방적 의료이용 측면에서 살펴본 인플루엔자 예방접종률 또한 가구의 경제적 수준이 빈곤할수록 예방접종률은 낮아지는 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지는 않음.

5) 학생 청소년 건강불평등 지표 분석 결과: 건강결과

- 주관적 건강 인지율의 경우 가구경제상태 및 아버지의 교육수준이 높을수록 주관적 건강 인지율도 긍정적으로 나타나는 경사면의 형태를 띰. 가구구성별로는 양부모 가구와 한부모 및 기타 가구 간 인지율 차이가 뚜렷함.
- 자살 사망률과 운수사고 사망률 모두 여학생보다는 남학생에게서 매우 높게 나타남.

5. 결론 및 제언

- 영국 왕립청소년의학회에서 제시한 청소년 건강증진 정책방향은 청소년의 건강을 보호하고 증진하기 위해 산전, 산후에 대한 모성건강서비스 제공에서부터 출발하여 청소년기에 접할 수 있는 술이나 담배 등 유해 물질의 관리와 함께 질병예방과 의료서비스제공에 이르기까지의 종합적인 정책 필요성을 제안하고 있음. 특히 청소년 건강 개선을 위해서는 빈곤 등 불평등과 관련된 사회구조적 요인에 대한 접근을 함께 강조하고 있음. 이러한 점은 우리나라의 학생건강증진계획 수립 시 반드시 검토되고 반영되어야 할 점이라고 생각됨.
- 본 연구결과에서도 나타났듯이 현재 흡연율, 과일 섭취율, 안전벨트 미착용률, 성관계 경험률 등의 건강행태에서 가구경제상태가 ‘상’ 혹은 ‘중상’인 집단과 ‘하’인 인구집단 간에 2~3배에 이르는 격차를 보여주고 있음. 사회경제적 인구집단별로 나타나는 이러한 격차는 이들 문제의 근본적 원인에 다가가기 위해서는 사회구조적인 접근이 필요하다는 점을 강하게 시사함.
- 만약 사회구조적인 문제에 대한 근원적인 인식과 접근이 없다면 학생 청소년 건강문제나 건강불평등에 대한 접근이 ‘올바르지 않은 건강행태’를 감소시키기 위한 성교육, 금연교육 등의 중재에만 머무르게 될 것임. 흡연율이나 성경험률 등의 인구집단별 격차를 줄이기 위해서는 건강에 대한 지식 부족과 행태 교정을 위한 보건교육의 관점에서 한 단계 더 나아가 사회경제적 관점이 동반된 사회구조적 접근이 수반되어야 할 것임.
- 본 연구에서 구성한 학생 청소년의 건강불평등 지표는 건강행태, 의료이용, 건강결과 중심이지만 건강수준을 결정하고 건강불평등의 원인이 되기도 하는 건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)들을 건강불평등 지표에 반영할 필요가 있음. 특히 청소년의 건강권과 인권이라는 측면에

서 차별과 배제, 학교폭력, 청소년노동, 장애·이주·빈곤 등의 사회구조적 요인, 과도한 학습, 학교의 물리적 환경 등 직접적인 건강결정요인들을 보다 적극적으로 드러낼 필요성이 제기되었음. 이러한 사회적 건강결정요인들에 대한 모니터링이 수행되었을 때 통상적인 건강행태 개선을 넘어서 학생 청소년을 둘러싼 환경과 구조에 대한 중재를 논할 수 있고 보다 적극적인 건강불평등 감소 전략을 논의할 수 있을 것임.

- 그 외에도 학생 청소년의 건강과 관련한 모니터링을 위해 최근의 이슈와 동향을 반영할 필요가 있음. 예를 들어 청소년의 성과 젠더 관련 지표, 학교 폭력, 탈학교 청소년, 이주경험 (다문화) 청소년, 장애 청소년 등에 대한 고민도 필요함. 또한 게임이나 인터넷 중독, 폭력 경험, 전자담배 사용, 행복지표 등도 고려해볼 필요가 있음.
- 학생 청소년의 건강불평등을 다룬 본 연구는 국내 청소년 건강에 대한 모니터링이 희소한 상황에서 생애 발달의 공정한 출발과 건강 성취를 위해 중요하게 활용될 수 있을 것으로 기대함. 그리고 건강불평등 해소 정책의 첫 단계로 문제적 현황에 대한 모니터링은 그 핵심이 될 수 있으며 향후에도 지속적으로 수행되어야 할 것임.

청소년의 건강권
보장을 위한
정책방안 연구 I

- 학생 청소년의
건강불평등 실태 분석

연구보고 19-R18-1

I. 서 론 1

1. 연구의 필요성 및 목적 3

2. 연구내용 8

3. 연구방법 8

II. 이론적 배경 11

1. 청소년 건강 수준 13

1) 청소년 건강 모니터링 사례 13

2) 청소년 건강 수준 현황 20

2. 청소년 건강의 사회적 결정요인 25

3. 청소년 건강불평등 수준 31

1) 사회경제적 수준 간 건강불평등 31

2) 지역 간 건강불평등 40

4. 요약 및 시사점 43

Ⅲ. 학생 청소년 건강불평등 실태 분석	47
1. 분석 절차	49
2. 분석 범위 설정	51
3. 분석 지표 정의	54
4. 분석 결과	61
1) 신체활동	61
2) 식생활	65
3) 흡연	70
4) 음주	80
5) 성	83
6) 안전	83
7) 개인위생	89
8) 구강건강	92
9) 비만 및 신체이미지	95
10) 정신건강	98
11) 의료이용	104
12) 건강결과	107
5. 요약 및 시사점	112
1) 건강행태	112
2) 의료이용	115
3) 건강결과	115
Ⅳ. 정책 제언	117
1. 주요 연구 결과	119
2. 정책제언	122
참고문헌	137
ABSTRACT	147

표 목차

표 II-1 HBSC의 청소년 건강 주요 지표	14
표 II-2 영국 RCPCH의 청소년 건강 모니터링 영역	16
표 II-3 국내의 청소년 건강 모니터링 영역	19
표 II-4 청소년 건강불평등 연구	44
표 III-1 학생 청소년 건강불평등 지표	51
표 III-2 청소년 건강불평등 실태분석 지표 구분자	53
표 IV-1 영국 RCPCH에서 제시한 청소년 건강증진 정책 방향	123
표 IV-2 영국 학생 청소년의 건강불평등 완화를 위한 핵심 정책	128
표 IV-3 학생 건강관련 부처별 종합대책 현황	129

그림 목차

그림 I-1 학생 청소년 성장발달 추이	4
그림 I-2 학생건강체력평가(PAPS) 4~5등급 비율	5
그림 I-3 청소년 사망 원인	6
그림 I-4 건강불평등 대응의 스펙트럼	7
그림 II-1 지역 간 건강불평등 현황 일부 (15세 남자의 과체중 및 비만율)	15
그림 II-2 지역 간 건강불평등 현황 (15세~19세 청소년의 일만 명당 자살률)	17
그림 II-3 지역 내 건강불평등 현황(제1형 당뇨병환자의 체질량지수)	18
그림 II-4 청소년의 주요 건강행태 현황(2009~2018년)	20
그림 II-5 청소년의 주요 건강행태 현황(2009~2018년)(계속)	21
그림 II-6 소득수준별 흡연율(2017년)	22
그림 II-7 소득수준별 아침식사 결식률(2017년)	22
그림 II-8 WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회의 건강불평등 발생 기전	26
그림 II-9 아동조기발달 통합환경사정모델(Team-ECD)	28
그림 II-10 국가별 소득 불평등과 아동행복지수 상관관계	33
그림 II-11 국가별 GDP와 아동행복지수 상관관계	34
그림 II-12 소득불평등과 학교폭력과의 상관관계	35
그림 III-1 WHO 건강불평등 모니터링 절차	50
그림 III-2 격렬한 신체활동 실천율(2018년)	63
그림 III-3 걷기 실천율(2017년)	64
그림 III-4 탄산음료 섭취율(2018년)	66
그림 III-5 패스트푸드 섭취율(2018년)	67
그림 III-6 과일 섭취율(2018년)	68
그림 III-7 아침식사 결식률(2018년)	69

그림 Ⅲ-8 현재 흡연율(2018년)	74
그림 Ⅲ-9 가정 내 간접흡연 노출률(2018년)	75
그림 Ⅲ-10 학교 실내 간접흡연 노출률(2018년)	76
그림 Ⅲ-11 공공장소 실내 간접흡연 노출률(2018년)	77
그림 Ⅲ-12 총 간접흡연 노출률(2018년)	78
그림 Ⅲ-13 구매 시도자의 담배 구매 용이성(2018년)	79
그림 Ⅲ-14 현재 음주율(2018년)	81
그림 Ⅲ-15 구매 시도자의 주류 구매 용이성(2018년)	82
그림 Ⅲ-16 성관계 경험률(2018년)	84
그림 Ⅲ-17 앞좌석 안전벨트 미착용률(2018년)	86
그림 Ⅲ-18 뒷좌석 안전벨트 미착용률(2018년)	87
그림 Ⅲ-19 자전거 헬멧 미착용률(2018년)	88
그림 Ⅲ-20 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율(2018년)	90
그림 Ⅲ-21 집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율(2018년)	91
그림 Ⅲ-22 학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율(2018년)	93
그림 Ⅲ-23 연간 치아 통증 경험률(2018년)	94
그림 Ⅲ-24 비만율(2018년)	96
그림 Ⅲ-25 신체이미지 왜곡 인지율(2018년)	97
그림 Ⅲ-26 스트레스 인지율(2018년)	100
그림 Ⅲ-27 우울감 경험률(2018년)	101
그림 Ⅲ-28 자살 시도율(2018년)	102
그림 Ⅲ-29 주중 평균 수면시간(2018년)	103
그림 Ⅲ-30 연간 미충족 의료율(병의원)(2016~2017년)	105
그림 Ⅲ-31 연간 미충족 의료율(치과)(2016~2017년)	106
그림 Ⅲ-32 인플루엔자 예방접종률(2016~2017년)	107
그림 Ⅲ-33 주관적 건강 인지율(2018년)	109
그림 Ⅲ-34 자살 사망률(2017년)	110
그림 Ⅲ-35 운수사고 사망률(2017년)	111
그림 Ⅳ-1 영국의 건강불평등 정책 개념 틀	125
그림 Ⅳ-2 효과의 축적과 생애주기별 단계	126
그림 Ⅳ-3 생애주기별 전반에 걸친 조치들	127
그림 Ⅳ-4 학생건강증진 기본계획 비전 및 중점과제	131

○———— 1. 서론

- 1. 연구의 필요성 및 목적
- 2. 연구내용
- 3. 연구방법

1. 연구의 필요성 및 목적

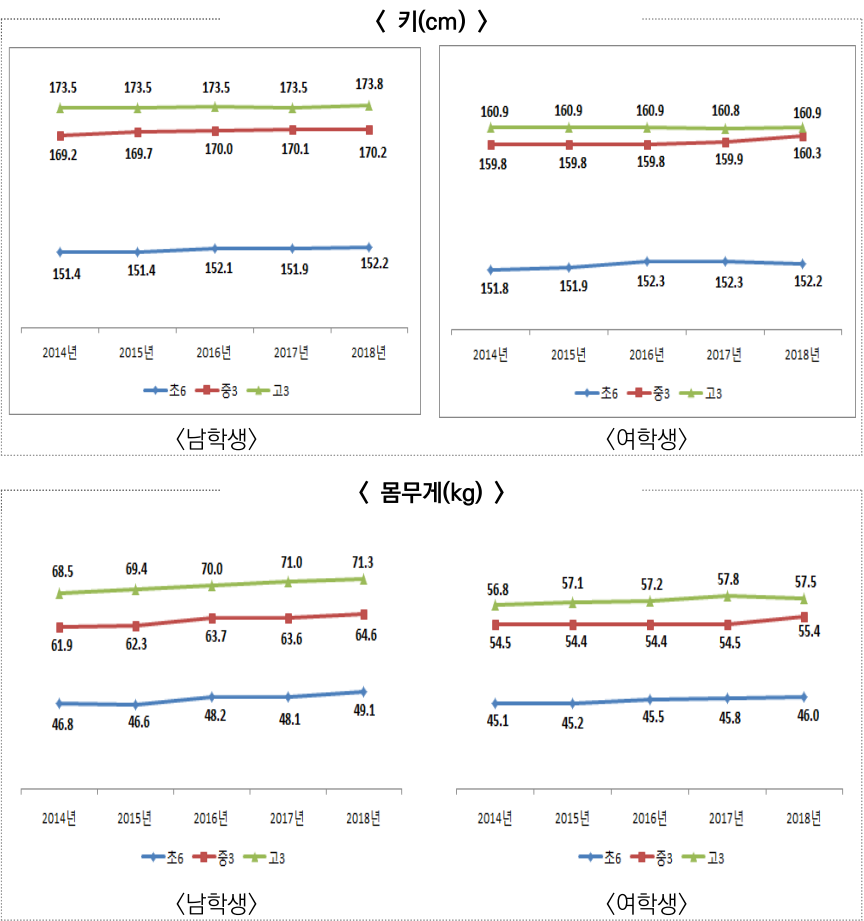
최근 우리 사회는 미래의 주인공이자 다음 세대를 이끌어 갈 청소년에 대한 관심이 점차 높아지고 있다. 특히 최근 우리나라에서 나타나고 있는 저출산, 계층화, 저성장, 4차 산업혁명 등 인구, 사회, 경제, 기술 측면의 변화는 청소년 삶에 다양하게 영향을 미칠 것으로 전망된다(관계부처합동, 2018: 2).

일반적으로 영유아나 아동에 대한 투자 필요성에 대해서는 널리 인정되고 있지만 상대적으로 청소년 계층에 대해서는 관심이 덜하다. 청소년기는 아동기에서 성인기로 넘어가는 과도기적인 단계로서 신체적, 정신적, 사회적으로 다양한 측면에서 변화를 겪게 된다. 건강의 측면에서 청소년기는 신체적 이상이나 정신 건강과 관련된 대부분의 이상 증상들이 발현되는 시기이고, 또한 흡연, 음주 등의 불건강 행위들이 시작되는 시기이기도 하다(nuffieldtrust & ayph, 2019: 10).

청소년기는 발달 시기적으로 스스로의 건강상태를 인지하고 건강행위를 조절할 수 있도록 학습하는 시기이며, 아직은 개인의 습관이 완성되지 않아 건강에 대한 올바른 개념을 형성하고 건강한 생활습관을 익히기에 용이하다. 이 시기에 습득된 습관과 행위는 성인기에 습득한 경우보다 생활방식의 일부로 쉽게 통합되어 지속되는 경향이 있다(전가을, 권인수, 2017: 319-320)

성장기에 건강관리가 제대로 되지 않을 경우 성인이 된 후에도 만성 질환 등으로 이어질 가능성이 높고, 이는 질병으로 인한 사회·경제적 부담을 가중시키는 결과를 초래할 수 있어 이 시기의 건강관리는 매우 중요한 의미를 가진다(교육부 외

보도자료, 2019.3.15: 1). 이러한 중요성에 비해 학생 청소년의 건강문제에 대해서는 상대적으로 관심이 부족한데 그 이유는 청소년기가 일생 중 신체적으로 가장 건강한 시기로 여겨지기 때문이다.



* 출처: 교육부 보도자료(2019.3.26). 2018년도 학생 건강검사 표본통계 발표. p. 2.

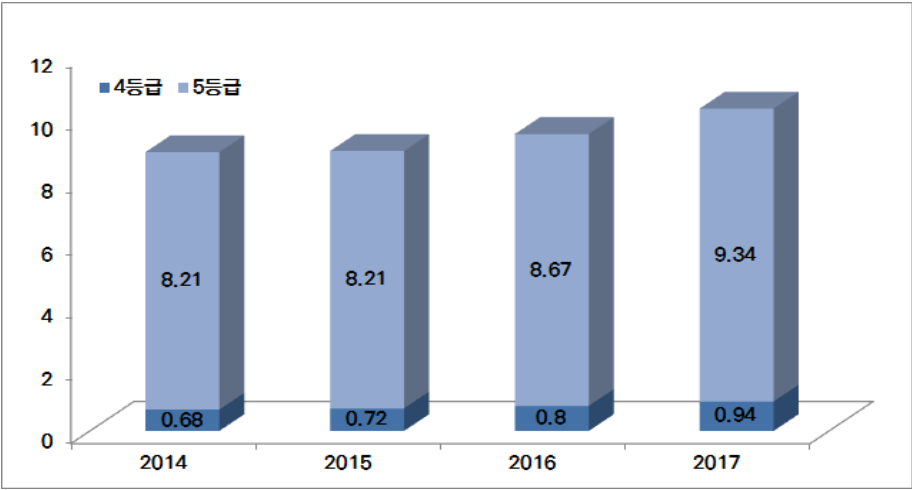
그림 1 -1 학생 청소년 성장발달 추이

최근 발표된 통계에 따르면 청소년의 성장발달 수준은 매년 개선되고 있다. 교육부의 ‘학생 건강검사 표본 통계 발표’(교육부 보도자료, 2019.3.26)에 의하면 비록 최근 성장세가 둔화되기는 하였지만 초·중·고 학생의 키와 몸무게는 안정적으로 유지되면서 성장하는 추세이다(그림 I-1).

그러나 초중고 학생들을 대상으로 실시되는 학생건강체력평가(Physical activity promotion system) 결과를 보면 저 체력에 해당하는 4~5등급 학생의 비율은 해마다 증가하는 추세로 나타나 청소년의 외형적인 성장과는 반대로 건강의 질적인 수준은 점차 낮아지는 것을 볼 수 있다.

또한 학생 청소년의 경우 시력이상, 치아우식 문제가 상존하고 신체활동 부족과 영양 불균형에 기인한 비만학생 증가, 환경문제로 인한 알레르기성 질환 유병률

(단위: %)



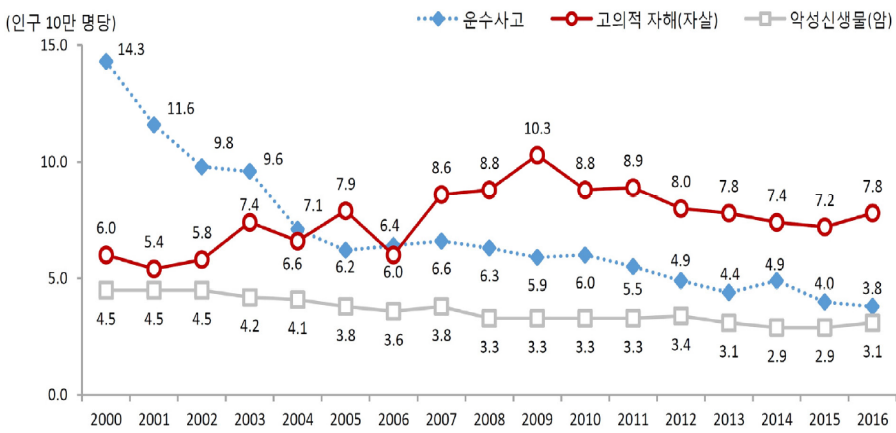
* 출처: 관계부처합동(2019), 제1차 학생건강증진 기본계획(2019~2023).

그림 I-2 학생건강체력평가(PAPS) 4~5등급 비율

증가 등의 문제도 대두되고 있다(교육부 외 보도자료, 2019.3.15: 2).

특히 과도한 입시경쟁 등으로 인해 청소년의 정신건강 수준은 점차 악화되고 있어 우리나라 청소년의 자살률은 사회적으로 문제가 되는 수준이다. 청소년통계에 의하면 청소년 사망원인 중 1위는 자살이며 2위를 차지하고 있는 운수사고에 비해 2배가 넘는 수준으로 보고되고 있다(통계청, 여성가족부, 2018: 18). 청소년 사망원인 2위와 3위인 운수사고와 암은 점차 낮아지는 추세이나 자살은 개선되는 경향이 잘 나타나지 않아 특히 문제시 되고 있다.

학생 청소년은 건강측면에서의 특수성인 발달취약성(developmental vulnerability), 의존성(dependency), 차별적 이환(differential morbidity), 인구학적 차이(difference in demographics)로 인해 성인에 비해 사회경제적 취약성으로 인한 영향에 더 노출되기 쉽다(Halfon, Larsno & Russ, 2010: 12; 김명희, 전경자, 서상희, 2011: 33에서 재인용). 또한 이러한 청소년의 취약성은



* 출처: 통계청, 여성가족부(2018). 청소년 통계. p. 18.

그림 1 -3 청소년 사망 원인

불평등을 발생시키는 위험요인에 더욱더 영향받기 쉽다는 점에서 청소년 건강보호에 대한 사회적 관심을 다시 한 번 환기시킬 필요가 있음을 시사한다.

Whitehead(1998)는 유럽사회에서 전개되었던 건강불평등 담론의 확장과 쇠퇴의 과정 사례연구(정진주 외, 2016: 35)에서 건강불평등 대응의 스펙트럼 중 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계는 현상에 대한 측정임을 지적하였다. 이는 문제적 현황을 드러냄으로써 건강불평등에 대한 사회적 관심과 정책을 촉발할 수 있기 때문이다(김동진 외, 2018: 26-27에서 재인용).

우리나라에서도 건강불평등 문제에 제대로 대응하기 위해서는 공식적인 통계자료를 활용한 현황과 추이에 대한 파악과 그 결과에 대한 풍부한 해석이 필요하다. 그에 더하여 우리나라 학생 청소년의 평균적인 건강수준을 개선하기 위해서는 보편적인 건강보장과 함께 사회경제적 계층 간에 발생하는 건강불평등의 해소가

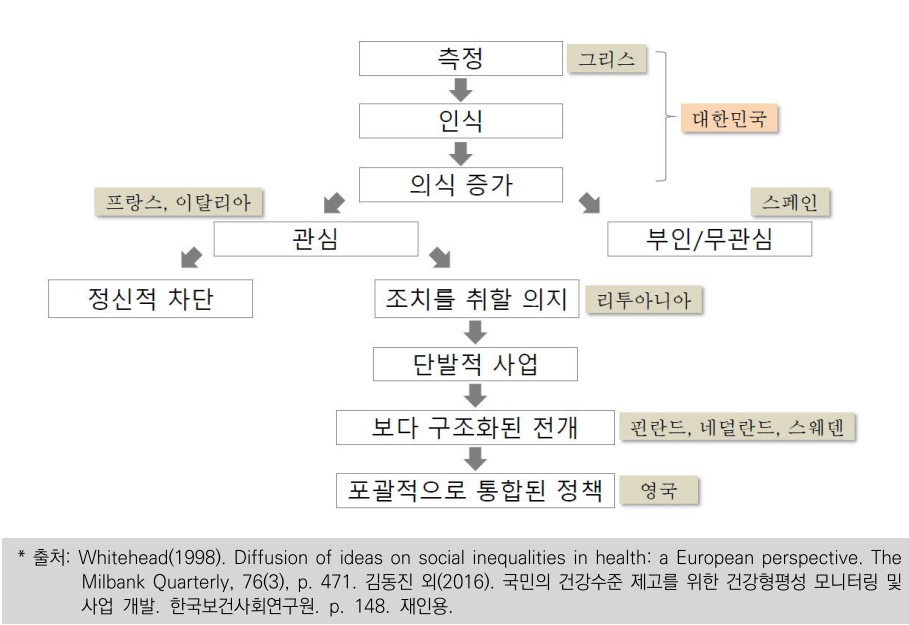


그림 1-4 건강불평등 대응의 스펙트럼

절대적으로 필요하다. 이러한 측면에서 공평한 인간발달과 건강의 성취를 위한 국내 청소년 건강 관련 모니터링이 희소한 상황에서 학생 청소년의 건강불평등에 대한 모니터링은 매우 중요할 것으로 생각된다. 이에 본 연구는 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I」의 세부 연구로서 우리나라 학생 청소년의 건강수준을 측정하고 건강불평등과 관련된 문제적 현황을 파악하는 것을 목적으로 한다.

2. 연구내용

본 연구는 학생 청소년의 건강불평등 실태 파악을 위해 2차 자료를 분석하는 것을 주요 내용으로 하며 세부적인 연구내용은 다음과 같다. 첫째, 학생 청소년의 건강불평등 현황을 잘 나타낼 수 있는 건강문제와 관련 지표를 선정한다. 둘째, 학생 청소년의 건강불평등 수준을 비교할 하부 인구집단을 선정한다. 셋째, 학생 청소년의 건강불평등 지표를 산출한다. 넷째, 산출된 지표를 바탕으로 학생 청소년 건강불평등 실태를 정리하고 정책적 시사점을 제시한다.

3. 연구방법

학생 청소년 건강불평등 실태분석 등 본 연구의 목적달성을 위한 연구방법은 다음과 같다. 학생 청소년의 건강불평등 실태 파악을 위한 절차는 WHO(2017)의 ‘건강불평등 모니터링 매뉴얼(National health inequality monitoring: a step by step manual)’¹⁾을 따랐다.

1) 건강불평등 모니터링 매뉴얼에 대해서는 pp. 49~51에서 설명하였음.

1) 선행연구 등 검토

학생 청소년 건강수준 및 건강불평등과 관련된 국내외 선행연구와 정부부처에서 작성된 행정자료를 검토하였다. 학생 청소년의 주요 건강문제 및 건강불평등 현황을 다룬 선행연구 결과를 정리하였다.

2) 2차 자료 분석

학생 청소년의 건강행태, 건강결과 등을 종합적으로 포함하고 있는 자료원을 수집하여 분석하였다. 본 연구에서는 질병관리본부의 ‘청소년건강행태조사’, ‘국민건강영양조사’, 통계청의 ‘사망원인통계’ 등을 분석하였다.



II. 이론적 배경

- 1. 청소년 건강 수준
- 2. 청소년 건강의 사회적
결정요인
- 3. 청소년 건강불평등 수준
- 4. 요약 및 시사점

1. 청소년 건강 수준

청소년들은 많은 압력과 도전에 직면하게 된다. 학습량이 증가하고 가족이나 친구와의 관계도 변화하는 시기에 있으며 신체나 감정도 보다 성숙해지는 단계에 접어들게 된다. 그리고 자신의 건강에 영향을 주는 행위들에 대해서도 스스로 선택하고 발전시키는 과정을 거치게 된다. 특히 이 시기에 습득된 여러 건강행태들, 예를 들어 흡연, 음주, 식이, 정신건강 등은 성인기로 이어지게 되므로 청소년기는 향후 건강을 위해서도 매우 중요한 시기이다(WHO EURO, 2016). 이러한 배경에서 청소년의 건강 수준과 불평등 현황을 파악하고 청소년 건강정책의 근거 자료를 생산하기 위해 국내외에서는 조사체계를 구축하여 주기적으로 결과들을 보고하고 있다.

1) 청소년 건강 모니터링 사례

(1) WHO의 학생건강행태조사(HBSC)

WHO EURO(2016: 2)는 청소년 건강행태의 중요성에 착안하여 유럽 44개 국가의 11세, 13세, 15세 학생 청소년에 대해 4년마다 건강행태 조사(Health Behavior in School-aged Children Study, HBSC)를 실시하고 있다. 1983년부터 시작된 HBSC에서는 학생 청소년의 건강을 사회적 맥락에 비추어 이해하고

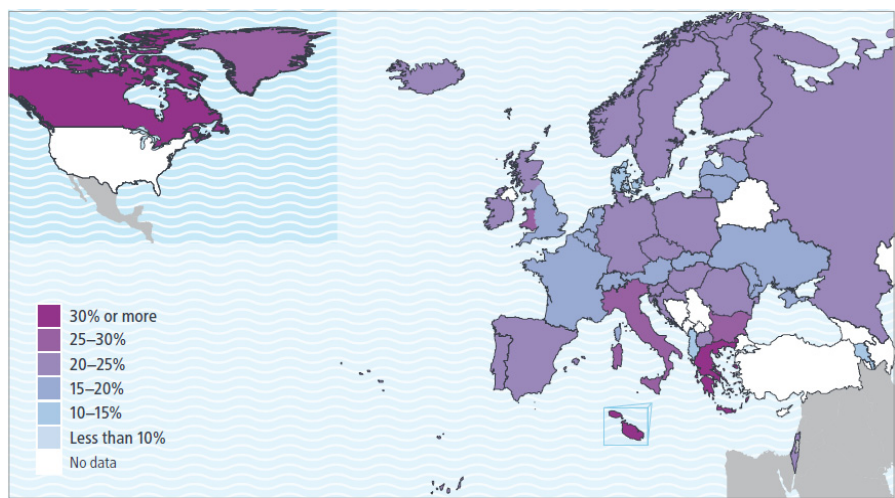
자 하는 시도가 이루어지고 있으며 많은 유럽 국가에서는 청소년 정책을 마련하는데 HBSC 결과를 활용하고 있다. HBSC의 조사항목은 건강 생활습관과 불건강 생활습관, 건강결과 등이며 가족, 친구, 학교 등과 같은 사회적 맥락 속에서의 청소년의 건강을 이해하고자 하는데 초점을 두고 있다(WHO EURO, 2016: 2).

표 II-1 HBSC의 청소년 건강 주요 지표

영역	내용	세부내용
사회적 맥락	• 가족	부/모와의 의사소통, 가족지지
	• 친구	친구지지, 친구와 보내는 시간, 소셜미디어 이용
	• 학교	학교선호, 학업 성적, 학업 부담, 학급친구 지지
건강결과	• 일반적 건강	주관적 건강, 삶의 만족도, 증상 경험(두통, 위통, 등 통증 등)
	• 상해	의학적 치료가 요구되는 상해
	• 체중	과체중/비만, 다이어트, 신체이미지
건강생활습관	• 식생활	아침식사, 과일 섭취, 탄산음료 섭취, 가족과의 저녁식사
	• 구강건강	치솔질 습관
	• 신체활동	격렬한 신체활동, TV시청 시간
불건강 생활습관	• 흡연	첫 흡연 시기, 주간 흡연경험
	• 음주	첫 음주 시기, 주간 음주경험, 위험음주
	• 대마초	첫 대마초 경험 시기, 일생동안의 대마초 경험, 월간 대마초 경험
	• 성생활	성 관계 경험, 피임 실천
	• 폭력	폭력 경험, 따돌림 경험, 사이버 괴롭힘

* 출처: WHO EURO(2016). Growing up un equal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behavior in School-aged Children(HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey. iii~iv. 내용을 바탕으로 정리함.

HBSC는 청소년기의 건강 향상 기회를 창출할 수 있는 사회적 요인을 고려하여 가족(family)요인, 친구(peers relations)요인, 학교(school environment)요인, 근린(neighborhood)요인으로 구성하였다. HBSC는 가족요인 중에 특히 부모와의 소통, 가족의 지지환경을 가장 중요한 요인으로 보며 친구관계를 포함한 사회적 관계는 자아를 형성하고 자존감과 사회적 기술을 발전시키는데 중요한 요소라고 설명한다. 또한 학교 환경은 자존감 및 자아인식 개발, 건강행태 변화와 관련이 있고 높은 수준의 사회적 자본을 야기하는 근린은 정신건강이나 건강행태를 개선하는 것과 관련이 있으며 근린 요인을 증진시키는 것은 건강불평등 감소에 효과를 준다고 강조한다(WHO EURO, 2016: 7-8). 청소년의 건강불평등 정도를 포착하기 위해 HBSC는 성, 연령, 지역(국가), 가족 풍요도(family affluence)의 4가지 수준에 따른 영역별 결과를 분석하여 발표하고 있다.



* 출처: WHO Regional Office for Europe(2016). Growing up un equal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behavior in School-aged Children(HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey. p.95-96

그림 II-1 지역 간 건강불평등 현황 일부(15세 남자의 과체중 및 비만율)

(2) 영국 왕립소아청소년의학회의 아동 건강 현황 보고서

영국은 지난 수십 년간 아동의 건강 수준이 향상되어 왔다. 그럼에도 불구하고 발생하는 사회적 불평등을 상대적으로 빈곤한 집단의 삶을 위협하며 다른 유럽국가와의 건강 격차를 발생시키는 요인으로 지목하여 이에 대한 지속적인 관심을 보여 왔다. 이에 영국 왕립소아청소년의학회(Royal College of Pediatrics and

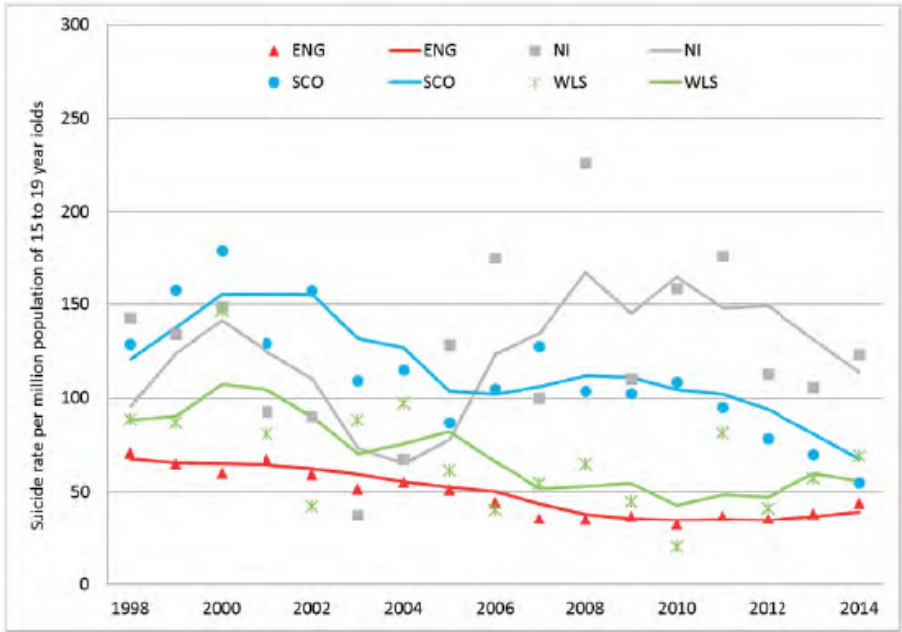
표 II-2 영국 RCPCH의 청소년 건강 모니터링 영역

영역	내용
사망	• 영아 사망(1세 미만) • 아동 사망(1-9세) • 청소년 사망(10-19세)
임신 및 출산	• 흡연과 임신 • 모유수유 • 예방접종
조기 아동	• 초등학교 입학 시 체중 • 구강건강(5세 미만) • 비의도적 상해로 인한 입원(5세 미만)
학령기 아동/ 청소년	• 초등학교 졸업 시 체중 • 인유두종 바이러스 백신 접종 • 흡연(15세) • 알코올 및 약물(15세) • 웰빙(삶의 만족)(15세) • 자살(15-19세) • 교통사고(17-19세) • 성 건강(임신)(18세 미만)
가족 및 사회적 환경	• 아동 빈곤 • 요보호 아동 • 아동상담전화 이용 아동
건강상태	• 천식 • 암 • 제1형 당뇨병 • 특수아동(학습장애 아동) • 뇌전증(간질)

* 출처: Royal College of Pediatrics and Child Health(2017). State of Child Health Report 2017.를 정리함.

Child Health, RCPCH)는 영국 아동 및 청소년의 건강 수준을 한 눈에 파악하고 지역 간 비교 가능하도록 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일스, 북아일랜드 4개 지역의 아동 건강 모니터링 결과를 보고서에 종합하였다(RCPCH, 2017: 5-6).

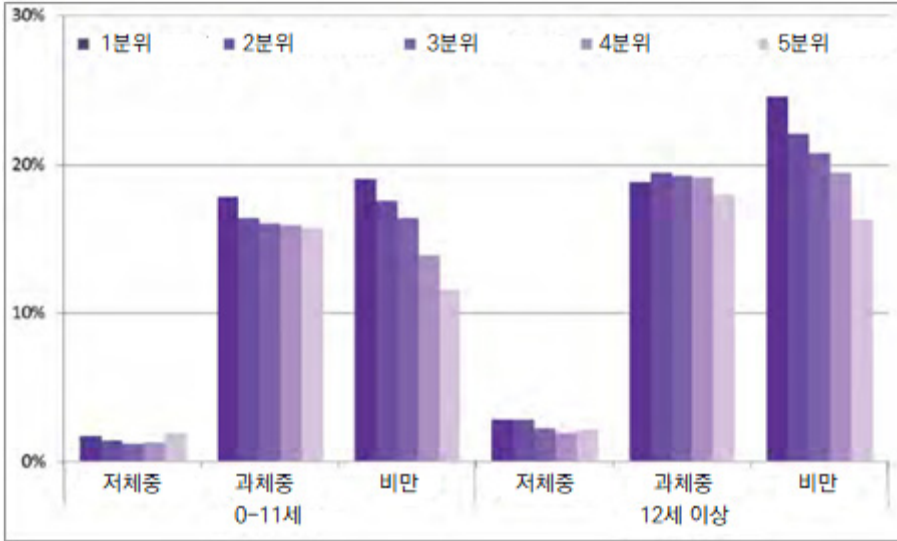
생애과정 접근과 사회적 결정요인 모델을 기반으로 사망, 임신 및 출산, 영유아 및 미취학 아동, 학령기 아동·청소년, 가족 및 사회적 환경, 건강상태 등의 영역이 모니터링 내용에 포함된다. 최대한 지역 간 건강수준을 비교하고자 하였으나(그림 II-2) 자료의 한계로 지역 간 비교가 어려운 경우에는 지역 내 건강격차를 확인할 수 있도록 소득분위에 따른 결과를 제시하였다(그림 II-3).



* 주: ENG: 잉글랜드, SCO: 스코틀랜드, WLS: 웨일스, NI: 북아일랜드

* 출처: Royal College of Pediatrics and Child Health(2017). State of Child Health Report 2017. p.73.

그림 II-2 지역 간 건강불평등 현황(15세~19세 청소년의 일반 명당 자살률)



* 출처: Royal College of Pediatrics and child health(2017). State of Child Health Report 2017. p.102

그림 II-3 지역 내 건강불평등 현황(제1형 당뇨병 환자의 체질량지수)

(3) 국내 청소년건강행태조사

우리나라 청소년건강행태조사는 미국 질병관리본부가 1991년부터 미국 전역의 9~12학년을 대상으로 2년마다 실시하는 청소년 위험행태조사(Youth Risk Behavior Study, YRBS)를 기반으로 개발되었다. 이 조사는 교육부의 협조를 얻어 질병관리본부에서 2005년 이래 중학교 1학년부터 고등학교 3학년까지의 청소년을 대상으로 매년 수행되고 있다(질병관리본부 외, 2018: 3).

조사영역은 흡연, 음주, 신체활동, 식생활, 비만 및 체중조절, 정신건강, 손상 및 안전의식, 구강건강, 개인위생, 성 행태, 아토피·천식, 약물, 인터넷 중독, 건강 형평성, 폭력, 주관적 건강인지 등 16개의 영역으로 구성되어 있다. 이는 청소년의 건강행태 실태를 파악하고 청소년 건강증진사업의 기획 및 평가에 근거가 되는 보건지표를 산출하기 위해 대표적으로 활용되는 자료이다.

표 II-3 국내의 청소년 건강 모니터링 영역

영역	내용
흡연	• 평생/월간 흡연 경험, 평생/월간 전자담배 경험, 평생 가열담배 경험, 처음 흡연 경험 연령, 매일 흡연 시작 연령, 월간 흡연량, 담배 피는 장소, 담배 구매 방법, 담배 구매 용이성, 금연 시도 경험, 가정/학교/공공장소실내 간접흡연, 금연홍보 인지, 학교에서 흡연예방 • 교육, 담배광고 노출, 전자담배 경험시기, 담뱃갑 경고그림 인지/건강위해/금연의지, 가족/친한 친구 흡연여부
음주	• 평생 음주 경험, 현재 음주, 처음 음주 경험 연령, 월간음주량, 만취 경험, 음주 장소, 주류 구매 용이성, 학교에서 음주예방 교육, 타인음주로 인한 피해, 주류 허용 경험
신체활동	• 하루 60분 이상 신체활동, 격렬한 신체활동, 근력강화운동, 주중/주말 앉아서 보내는 시간, 체육시간 준수
식생활	• 아침결식, 과일 섭취, 탄산음료/단맛 나는 음료/패스트푸드 섭취, 학교에서 영양교육
비만 및 체중조절	• 신장, 체중, 월간 체중 조절, 신체이미지 왜곡 인지
정신건강	• 스트레스 인지, 주관적 수면 충족, 주중/주말 수면시간, 우울감 경험, 자살 생각, 자살계획, 자살 시도
손상 및 안전의식	• 안전벨트(승용차, 택시 앞/뒷좌석, 고속버스), 오토바이/자전거 헬멧 착용, 학교 내 손상경험, 학교 손상으로 인한 병원치료, 이어폰 및 핸드폰 사용으로 인한 손상, 학교에서 안전교육 경험
구강건강	• 하루 동안 칫솔질, 학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천, 실란트(치아홈메우기)경험, 구강증상 경험
개인위생	• 학교/집에서 식사 전/화장실 사용 후 비누 이용 손 씻기 실천, 학교에서 개인위생교육 경험
성행태	• 성관계 경험, 성관계 경험시기, 음주 후 성관계 경험, 피임(경험, 방법), 임신 경험, 학교에서 성교육 경험
아토피·천식	• 천식/알레르기비염/아토피피부염 의사진단
약물	• 평생 약물 경험, 현재 약물 사용
인터넷중독	• 주중/주말 학습목적외 인터넷 사용 시간
건강형평성	• 성별, 태어난 연도/월, 가족구성원, 친부모/양부모와의 거주여부, 친부모 학력, 친부모 태어난 • 나라, 주관적 학업성적, 주관적 경제적 상태, 현재 거주형태, 학년
폭력	• 폭력으로 인한 병원 치료 경험
기타	• 주관적 건강인지

* 주: 제14차(2018년) 청소년건강행태조사 조사항목 기준

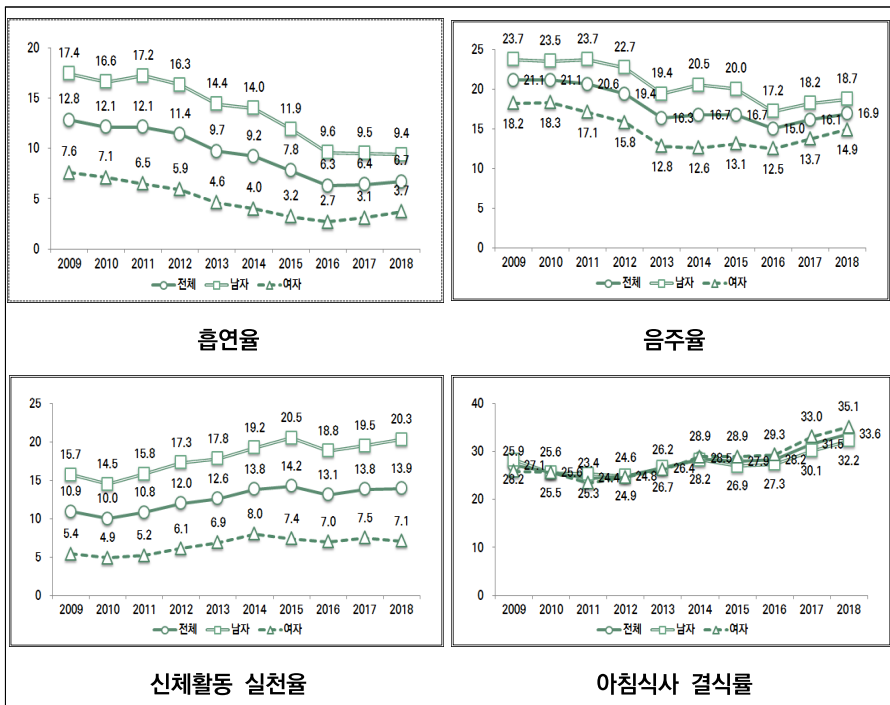
2) 청소년 건강 수준 현황

(1) 건강행태

2018년 청소년건강행태조사에서 나타난 건강행태의 주요 결과와 각 건강행태의 연도별 변화 정도를 그림 II-4와 그림 II-5에 제시하였다.

청소년 흡연율은 여학생(3.7%)보다 남학생(9.4%)집단에서 높았고 전반적으로는 감소하는 경향을 보이다가 2016년 이후 그 경향이 둔화되고 있다. 특히 여학생의 흡연율이 최근 3년간 증가하는 경향을 보였다. 음주율(2018년 기준)은 남학생

(단위: %)



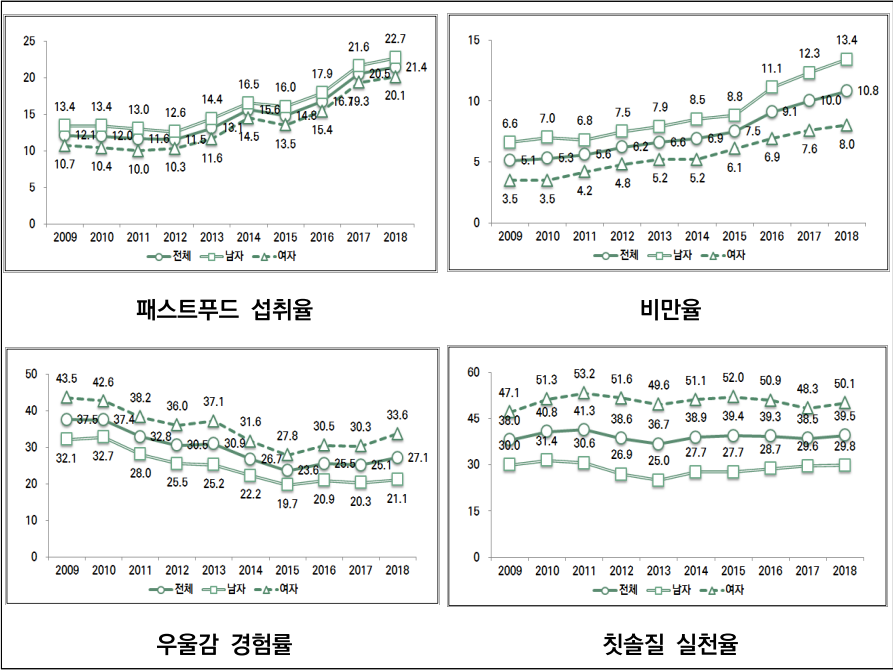
* 주: 2009~2018년의 청소년건강행태조사를 활용하여 주요 건강행태 추이를 분석한 결과임.

그림 II-4 청소년의 주요 건강행태 현황(2009~2018년)

이 18.7%로 여학생 14.9%보다 높았으며 추이는 남녀학생 모두 최근 2년간 증가하는 경향을 보였다. 신체활동 실천율은 남학생 20.3%로 여학생 7.1%보다 현저하게 높게 나타났다.

청소년기는 신체적, 정신적으로 성장 및 발달이 활발히 이루어지는 시기로 이 시기의 적절한 영양관리는 매우 중요함에도 불구하고 우리나라 청소년의 아침식사 결식율은 33.6%, 과일 섭취율은 20.8%, 패스트푸드 섭취율은 21.4%, 탄산음료 섭취율은 34.7%로 나타났으며 아침식사 결식률, 패스트푸드 섭취율, 탄산음료 섭취율은 모두 꾸준히 증가하는 추세를 보였다.

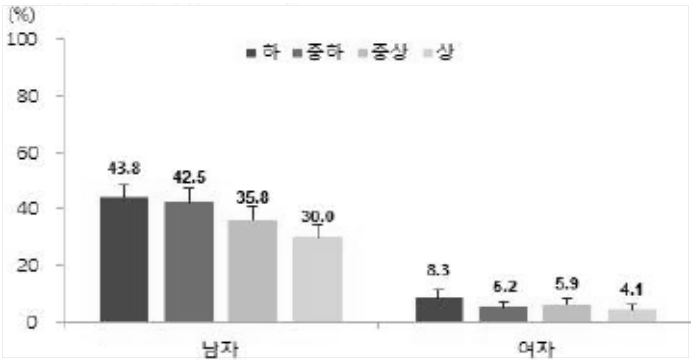
(단위: %)



* 주: 2009~2018년의 청소년건강행태조사를 활용하여 주요 건강행태 추이를 분석한 결과임.

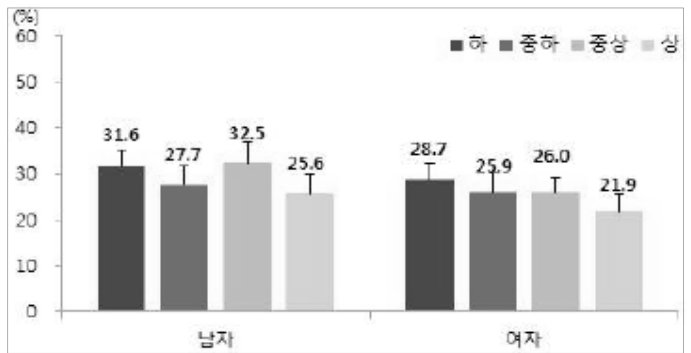
그림 II-5 청소년의 주요 건강행태 현황(2009~2018년)(계속)

2017년 기준으로 소득수준별 흡연율과 아침식사 결식률을 살펴보았다. 흡연율은 소득수준이 낮을수록 증가하는 것으로 나타났으며 그러한 양상은 남학생에게서 더 뚜렷하게 나타났다(그림 II-6). 아침식사 결식률은 남학생의 경우 그 차이가 뚜렷하지 않았으나 여학생은 비교적 소득수준이 낮을수록 아침식사 결식률이 높게 나타나는 경향을 보였다(그림 II-7).



* 출처: 질병관리본부(2018). 2018년 국민건강영양조사 및 청소년건강행태조사 결과발표회 자료집. p.17

그림 II-6 소득수준별 흡연율(2017년)



* 출처: 질병관리본부(2018). 2018년 국민건강영양조사 및 청소년건강행태조사 결과발표회 자료집. p.22

그림 II-7 소득수준별 아침식사 결식률(2017년)

신체활동 부족 및 부적절한 식습관 등으로 인한 청소년 비만율은 10.8%이다. 남학생(13.4%)이 여학생(8.0%)보다 높은 비만율을 보였으나 비만율은 남녀 모두에게서 꾸준히 증가하는 추세이다(질병관리본부 외, 2018).

청소년의 스트레스 인지율은 40.4%이며, 여학생(49.5%)이 남학생(32.0%)보다 높은 경향을 보였다. 우울감 경험률은 27.1%이며 이 또한 여학생(33.6%)이 남학생(21.1%)에 비해 높았다. 자살 생각을 또한 여학생 17.4%로 남학생 9.6%보다 높았다(질병관리본부 외, 2018). 이는 전반적으로 여학생의 정신건강이 남학생에 비해 상대적으로 취약하다는 점을 드러내는 결과이다.

안전에 대한 의식을 평가할 수 있는 앞좌석 및 뒷좌석, 고속버스 안전벨트 미착용률은 연도별 추이는 남녀 모두 2007년 이후 꾸준히 감소하는 경향을 보였다. 청소년의 앞좌석 안전벨트 미착용률은 16.8%, 뒷좌석 안전벨트 미착용률은 63.8%, 고속버스 안전벨트 미착용률은 24.2%로 나타났다. 오토바이 헬멧 미착용률은 58.0%로 2015년에 비해 감소하였으나 청소년 안전 측면에서는 여전히 높은 수치이다. 특히 자전거 헬멧 미착용률은 81.5%로 여전히 높은 수치이다(질병관리본부 외, 2018).

구강건강을 반영하는 지표인 학교에서의 점심식사 후 칫솔질 실천율은 남학생이 29.8%로 여학생 50.1%보다 낮았다. 청소년 성관계 경험률은 5.7%로 나타났고 남학생이 7.6%로 여학생 3.8%에 비해 높게 나타났다(질병관리본부 외, 2018).

(2) 의료이용

성인들의 상병, 의료이용 양상 및 결정요인에 대해서는 다수의 연구가 진행된 반면 청소년을 대상으로 의료이용에 대해 분석한 연구는 미흡한 실정이다. 의료의 접근성을 판단하는데 활용되는 지표인 미충족 의료에 대한 연구도 국내 청소년 대상으로는 거의 이루어지지 않고 있다. 반면 국외에서는 주로 건강 취약 청소년 집단(암, 정신행동장애 등)과 치과진료에 대한 미충족 의료의 연구가 보고되고

있다(Lai et al., 2012; Nelson et al., 2011; Sawyer et al., 2017).

안은숙과 한지형(2015)은 만 6세부터 18세까지 아동 및 청소년을 대상으로 제5기 국민건강영양조사(2010~2012년)의 자료를 활용하여 우리나라 청소년의 미충족 치과의료 경험을 파악하였다. 그 결과 여학생이 21.0%로 남학생 18.2%보다 미충족 치과의료 경험이 더 많은 것으로 드러났으며 연령별로는 16세~18세 청소년이 33.9%로 가장 높게 나타났고, 13세~15세 21.5%, 6세~12세 14.2%로 나타났다. 미충족 치과医료를 경험하는 이유로는 남녀학생 모두에서 ‘학교를 비울 수가 없어서’가 각각 36.4%와 35.5%로 가장 높았다. 이는 구강건강관리 습관이 형성되는 학령기를 포함한 청소년기임에도 불구하고 과중한 학업 부담으로 인한 시간적 제약 등이 치과의료 서비스의 접근성에 부정적 영향을 미치고 있는 현실을 반영해 주는 결과이다.

(3) 건강결과

청소년기는 다른 생애주기에 비해 사망, 질병 발생이 가장 적은 시기이나 교육부에서는 매년 초·중·고생의 신체 발달 및 주요 질환을 알아보기 위해 「학생 건강 검사 표본통계」를 발표하고 있는데, 키, 몸무게, 비만도의 3개 영역으로 신체발달을 확인하고 근 골격 및 척추, 시각, 청각, 구강 등 13개의 건강검진 영역을 통해 건강상태를 확인하고 있다. 2018년도 학생 건강검진 결과, 시력이상과 치아우식증이 가장 심각하였다. 나안시력 0.7 이하 또는 교정중인 학생으로 정의되는 ‘시력 이상’ 학생은 전체의 53.72%로 다행히도 최근 들어 소폭의 감소세를 보이고 있다. 치아우식증 유병률은 전체의 22.84%이며 2014년 이후 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있다(교육부 보도자료, 2019.3.26). 우리나라 청소년의 학교에서 점심식사 후 칫솔질 비율은 2014년 이후 38.9-39.5% 수준을 유지하고 있으며, 이는 치아우식증 예방에 대한 영향 요인으로 작용할 수 있겠다. 또한, 청소년의 치아우식증 문제는 앞서 서술한 안은숙과 한지형(2015) 연구에서 보고한 미충족

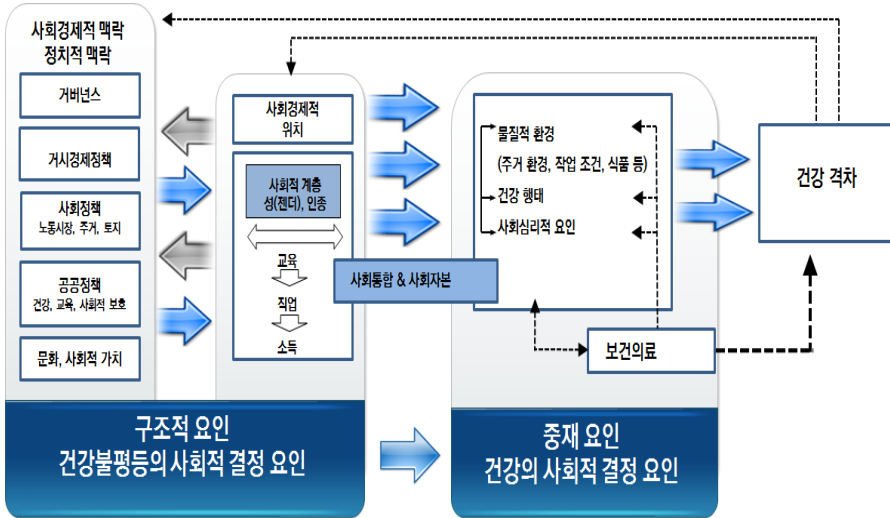
치과의료 경험 결과와 연관되어 있다고도 볼 수 있다.

청소년건강행태조사에서는 청소년의 알레르기성 질환인 아토피피부염, 알레르기 비염, 천식에 대한 의사진단율을 매년 발표하고 있다. 2018년 전체 청소년의 아토피피부염 진단율은 24.6%, 알레르기비염 진단율은 36.6%, 천식 진단율은 8.7%의 수준이었다. 이 외에 건강에 대한 전반적 평가를 반영하는 주관적 건강 인지율에서 본인이 건강하다고 응답한 비율은 전체 71.6%로 나타났다. 남학생 76.6%, 여학생 66.2%로 건강하다고 인식하는 비율이 여학생보다 남학생에게서 더 높았다(질병관리본부 외, 2018).

통계청의 사망원인통계를 통해 살펴본 2016년 청소년(9~24세)의 사망원인은 ‘고의적 자해(자살)’가 가장 높았고 다음으로 ‘운수사고’, ‘악성신생물(암)’순으로 나타났는데, 고의적 자해(자살)는 2007년 이후부터 줄곧 청소년의 사망원인 1위였다. 자살 사망률은 2009년 인구 10만 명당 10.3명으로 정점에 이르렀다가 이후 감소하는 추세를 보였으며, 2016년에는 7.8명으로 전년도에 비해 소폭 증가하였다(통계청, 여성가족부, 2018). 앞서 그림 II-5에서 제시한 청소년의 우울감 경험률 역시 2009년에 37.5%로 가장 높았고, 이후 감소하다가 2016년부터 소폭 증가를 반복하고 있는데, 이는 우리나라 청소년의 우울감 경험과 자살률이 연관되어 있음을 유추해 볼 수 있는 내용이다.

2. 청소년 건강의 사회적 결정요인

건강불평등은 사회 전체 건강의 절대 수준이 향상되었음에도 불구하고 사회 구성원 집단 간 격차가 발생하거나 증가하는 현상을 의미한다. 이를 해결하기 위해 대부분의 국가에서 기대수명 연장이나 건강증진과 같은 양적 정책지향을 뛰어넘는 건강형평성 제고를 보건정책의 목표로 삼고 있다(안진상, 김희정,



* 출처: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO. p.6. 김동진, 이소영, 기 명, 김승선, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정희경희, 채희란, 이정아 (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원. p.99. 재인용.

그림 II-8 WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회의 건강불평등 발생 기전

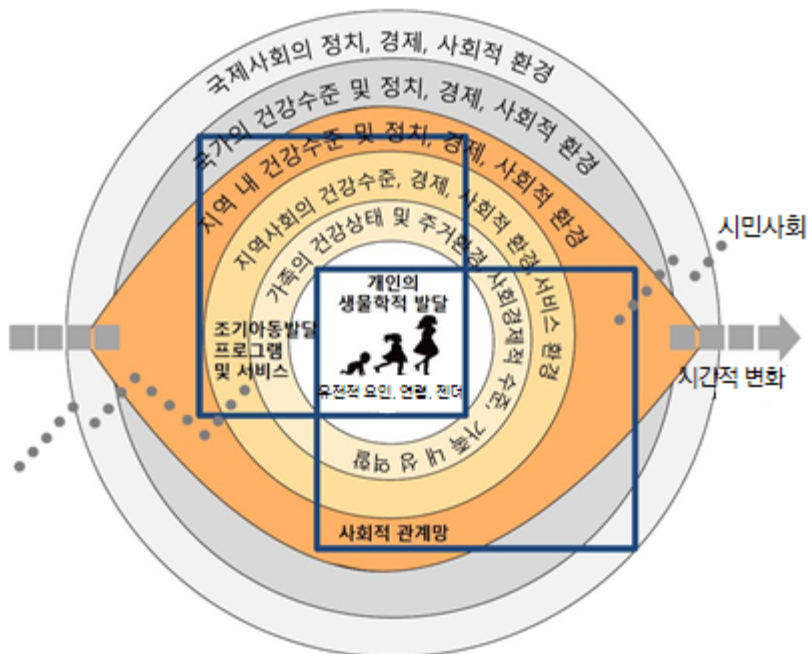
2013). 과거에는 건강불평등 현상을 주로 개인의 건강행위나 생활습관에 따른 책임으로 간주하였다. 그러나 이후 축적된 경험적 연구를 통해 사회경제적 상태가 사회 구성원 간 건강 수준의 차이, 즉 건강불평등을 야기하는 가장 강력하고 장기적이며 보편적인 원인 중 하나임을 밝혀냈다(배상수, 2006; 안진상, 김희정, 2013에서 재인용).

WHO 내 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health)(2008)에서는 건강의 사회적 결정요인과 건강불평등에 영향을 미치는 요인을 찾아내고 주요 결정요인이 서로 어떻게 연관되어 있는지를 살펴봄과 동시에 사회적 결정요인이 건강불평등을 발생시키는 메커니즘을 이해하기 위해 건강불평등 발생 기전 모형을 개발하였다(김동진 외, 2014: 31). 이 모형에서는 건강불

평등 발생에 영향을 미치는 각종 건강 결정요인을 포괄하고 있다. WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회는 특히 이와 관련하여 건강의 사회적 결정요인의 중요성을 강조한다(김동진 외, 2014: 31). 이 모형에서 건강의 사회적 결정요인은 다음과 같은 세 가지 구성요소로 나뉘어 있다. 첫째, 노동시장, 교육체계, 사회정책, 문화 등의 사회경제적/정치적 맥락, 둘째, 소득, 학력, 직업, 젠더, 민족 등으로 표현되는 사회적 위치, 그리고 셋째, 물질적 환경, 사회심리적 요인, 행태, 보건의료체계 등의 매개요인이 그것이다. 이와 같은 다양한 요인들은 건강에 영향을 미치며 이는 곧 사회경제적으로 구분된 집단 간 건강불평등으로 이어지게 된다. 따라서 WHO는 건강불평등을 완화하기 위해 태어나서 자라고 생활하고 일하는 모든 일상생활의 조건을 개선하고 권력과 금력, 자원의 불공정한 배분을 제어해야 한다는 것을 총괄 권고의 일부로 제시하고 있다(정최경희 외, 2018: 7-8).

한편 WHO에서는 조기 아동발달(Early Child Development, ECD)을 건강의 사회적 결정요인의 핵심 영역으로 설정하고 ‘조기아동발달 통합환경사정모델(Total Environment Assessment Model of Early Child Development: TEAM-ECD)’을 개발하였다(Irwin et al., 2007). 이 모델은 개별 아동, 가족, 거주 및 관계적 공동체, 프로그램과 서비스, 광역 및 국가 수준, 전지구적 차원, 시민사회 등으로 구분되고 또 상호 연결되는 다층적 공간(sphere)과 시간 흐름 속에서 아동 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 파악을 목적으로 만들어진 것이다. 이 모델은 개념상 출생 전 발달에서 만 8세까지를 포함한 아동 초기에만 적용 가능하다는 한계가 있지만 아동 건강에 대한 문제의 인식과 해결을 위해 통합적 접근을 강조하고 있어 학생 청소년기의 건강결정요인을 이해하는 데에도 중요한 시사점을 제공할 수 있다.

Viner 등(2012)은 WHO의 TEAM-ECD모델에서 포함하고 있지 않은 청소년기에 주목하여 이 시기가 성인기의 건강과 웰빙을 향한 아동기의 궤적을 사회적 결정요인으로 수정할 수 있는 시기이며 초기 아동기에 이어 두 번째의 ‘결정적



* 출처: Irwin I. G. , Siddiqi A., Hertzman C.(2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. WHO. p. 17.

그림 II-9 아동조기발달 통합환경사정모델(Team-ECD)

발달 시기(second crucial developmental period)'임을 강조하고 있다. 따라서 기존의 건강의 사회적 결정요인에 대한 생애관점 모형 안에 청소년기까지 확장하여 포함할 것을 주장하고 있다. 이는 청소년기에 발생하는 잠재적 경로 효과가 건강 증진 또는 위해 요인 노출에 영향을 줄 수 있기 때문이다(Viner et al., 2012: 1649).

또한 Viner 등(2012)은 청소년기는 개인, 가족, 지역사회, 국가수준의 사회적 요인에 의해 크게 영향을 받는 시기이며 2차 성장과 두뇌 발달과 연관된 청소년기의 발달 효과는 가족, 친구, 교육영역과 건강행태의 전환을 가능하게 하는 새로운

일련의 행동과 역량을 끌어낸다고 설명한다(Viner et al., 2012: 1641).

더불어 연구결과를 통해 전 세계적으로 청소년의 건강에 영향을 주는 가장 강력한 결정요인은 국가의 소득수준, 소득 불평등, 교육의 접근성과 같은 구조적 요소이며 더 나아가 지지적인 가족, 학교, 친구 요인이 청소년으로 하여금 최대한의 잠재력을 발휘하도록 하고 성인기에 이르러 최상의 건강을 획득하는 데에 도움이 되는 결정적인 요소임을 드러내고 있다. 따라서 청소년의 건강 향상을 위해서 청소년을 둘러싼 가족, 친구, 학교 환경 내의 일상생활을 개선하고 인구집단 수준에서 사회적 환경의 위험 및 보호 요인을 다루며 다양한 건강 결과에 걸친 보호 요인에 초점을 둘 것을 강조하였다(Viner et al., 2012: 1641).

우리나라의 청소년 건강 연구 중 청소년의 건강행태에 관한 연구들은 상당히 많지만 청소년의 건강에 영향을 주는 사회적 결정요인을 포괄하는 연구는 상대적으로 적다. 특히 건강불평등 관점에서 청소년의 건강을 다룬 연구들은 소수의 연구자에 의해 수행되어 왔다.

김명희 등(2011)은 아동·청소년기 건강불평등 문제의 중요성에도 불구하고 한국 내 학술 및 정책영역에서 본격적으로 다루어지지 않았다는 점에 문제의식을 가지고 국내의 아동·청소년기 건강불평등 관련 연구 동향을 소개하였다. 또한 건강의 사회적 결정요인 중 선행연구들이 공통적으로 제기하는 핵심 이슈인 빈곤, 노동, 필수적 공공서비스의 현황 및 문제를 제시하였다.

안진상과 김희정(2013)은 아동·청소년의 건강불평등 결정요인으로 개인요인, 사회적 환경요인, 신체적 조건 및 건강행태 요인, 사회·심리적 요인을 구성하였다. 개인요인으로는 성별, 사회적 환경 요인으로는 부모의 교육수준, 연평균 가구소득, 부모의 직업, 가족구성, 거주 지역이 포함된다. 신체적 조건 및 건강행태 요인으로는 운동시간, 공부시간, 키, 체질량지수, 음주 및 흡연 경험여부가, 사회·심리적 요인으로는 성적만족도와 사회적지지, 사회정서발달 영역이 포함된다. 아동·청소년기는 생애과정 중 초기 단계에 속하고 잠재적 시기여서 건강불평등 문제가

상대적으로 덜 부각된다. 그러나 저자들은 이 시기를 성인기까지의 건강을 좌우하는 매우 중요한 시기로 보고 건강불평등 개선을 위해서는 근본적 요인인 사회적, 경제적 불평등 개선이 사회적 합의를 통해 우선적으로 선행되어야 함을 주장하고 있다.

이자형(2015: 6-11)은 아동·청소년의 건강에 영향을 미치는 요인을 개인특성 및 건강행태 요인, 가정 환경요인, 학교요인, 국가 및 지역사회 요인으로 구분하였다. 이때 개인특성 및 건강행태 요인은 성별이나 연령 등 기본 특성 외에 개인시간 활용이나 개인의 건강행태 등으로 학생 청소년의 건강과 밀접한 관련이 있다. 최근에는 TV 시청 및 게임시간, 스마트폰 등에 대한 노출시간 등이 주요 요인으로 포함되고 있다. 그 외에 전통적인 불건강 행위인 흡연, 음주, 불법 약물 복용, 성문제, 아침식사 결식, 다이어트 행동, 수면, 신체활동, 의도적/비의도적 부상 유발 행위, 유해식품 섭취, 스트레스 등이 포함된다. 가정 환경요인으로는 가정의 빈곤 및 결핍, 부모의 교육수준, 부모의 근로시간, 한부모 및 조손가정 여부 등이 포함된다. 학교에서 제공하는 각종 교육이나 서비스는 개인이나 가정환경이 열악한 아동·청소년의 건강을 보호하는 완충역할을 수행할 수 있다. 이에 해당하는 학교요인으로는 신체활동 프로그램, 건강증진 프로그램, 급식, 건강교육 등이 있다. 마지막으로 국가 및 지역사회 요인 또한 개인이나 가족의 취약성을 보완해주는 역할을 수행한다고 볼 수 있다. 여기에는 빈곤, 교육, 실업 등과 관련된 국가 및 지역사회 정책, 각종 사회복지 정책(무상진료 프로그램 등)이 포함될 수 있다.

이상과 같은 선행연구들은 공통적으로 청소년의 건강불평등 완화를 위해서는 청소년을 둘러싸고 있는 다차원적 환경을 중심으로 청소년의 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인을 고려해야 함을 시사하고 있다. 청소년을 둘러싼 다차원적인 환경으로는 개인, 가족, 학교, 지역사회, 국가적 차원의 물리적 환경 뿐 아니라 심리정서적 환경도 함께 고려되어야 한다.

3. 청소년 건강불평등 수준

1) 사회경제적 수준 간 건강불평등

(1) 소득

사회경제적 수준에 따른 청소년 건강불평등 연구 중 가장 많은 부분을 차지하는 것이 빈곤 혹은 소득 수준과 청소년 건강불평등 수준과의 상관관계를 살펴보는 것이다. 이 때 소득은 절대적인 소득 수준이나 빈곤 여부를 기준으로 사용하는 경우와 소득의 불평등을 활용하는 경우로 나눌 수 있다.

대체로 빈곤은 아동의 적절한 성장발달, 바람직한 적응과 더불어 주도적인 성취를 방해하는 요인으로 알려져 있다. 특히 빈곤을 야기하는 광범위한 요인(risk factor)은 아동에게 전반적으로 부정적 경험을 제공하고 신체, 인지, 심리, 사회성과 같은 전 영역에 걸쳐 취약성을 높이는 요인이다(신인순, 2011: 63).

손현주 등(2012)은 청소년건강행태온라인 조사에 포함된 다양한 건강행태에 대해 사회경제적 지위에 따른 차이를 분석하였다. 건강행태에는 흡연, 음주, 약물 경험, 성 관계 경험, 신체활동, 수면, 아침식사 습관, 개인위생, 안전벨트 착용을 포함하였고, 가구의 경제 상태는 가구평균소득과 청소년 본인이 인지한 가구 경제 상태로 나누어 확인하였다. 가구평균소득이 낮을수록 대부분의 건강행태에서 불리한 불평등 양상을 보였지만 가구평균소득이 높은 경우에 남녀 모두에게 있어 마약 및 흡입제 경험이, 남학생의 경우 현재 흡연, 음주, 성관계 경험률이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 조선희 등(2012)의 연구결과와 일치하는 양상으로 건강위해행동을 위한 재정적 접근성과 관련이 있음을 나타낸다. 청소년 본인이 인지한 가구의 경제상태의 경우에는 남녀 모두 아침식사, 수면시간, 월간 흡연행태에서, 남학생의 경우 위험음주에서, 여학생의 경우 칫솔질에서 가구경제상태가 ‘상’인 집단에서 나쁜 건강행태가 다소 높게 나타나는 U 또는 J형의 관련성이 관찰되었

다. 특히 마약과 흡입제 경험에서는 매우 뚜렷하게 U형이 나타났다. 그 외의 건강 형태에서는 가구 경제 상태와 직선적 양의 관계를 보였다.

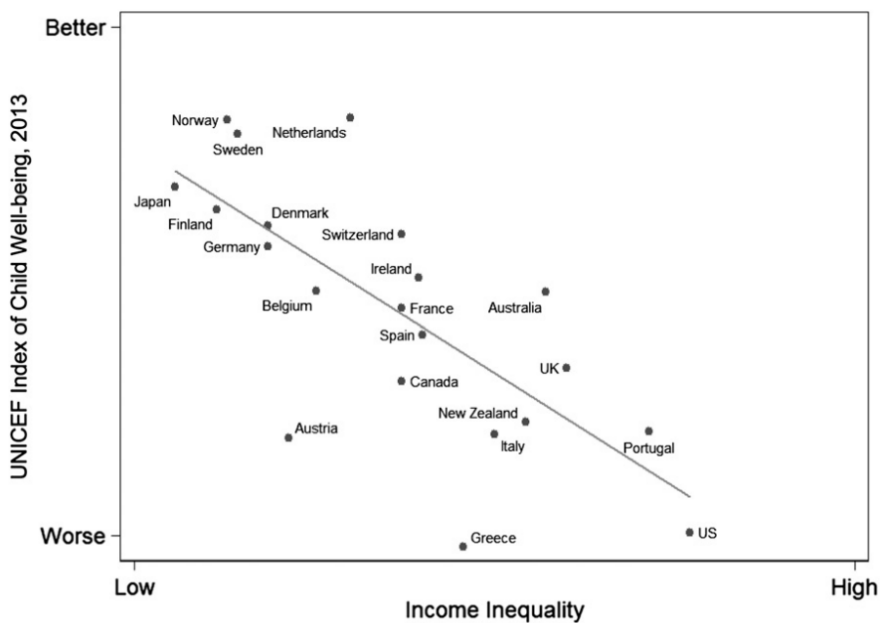
신인순(2011)은 빈곤가구 아동과 비빈곤가구 아동의 BMI를 비교한 결과 빈곤 가구 아동이 비빈곤가구 아동에 비해 키는 작지만 체중은 유사하여 BMI가 높게 나타나는 과체중 경향을 보였다. 그리고 빈곤으로 인해 아동의 나쁜 식습관, 정적인 생활습관, 부모의 부부 불화와 건강문제의 위험이 증가하며 아동의 위생 수준과 부모의 좋은 양육 행동은 감소하는 것으로 나타났다.

김혜련(2012)도 빈곤 아동과 비빈곤 아동의 비만·저체중 양상을 비교한 연구를 실시하였다. 이 연구에서 빈곤 남자아동의 키는 일반 아동과 비교하여 연령에 따라 2.0~5.4cm가 작았다. 빈곤 여자아동의 키도 연령에 따라 0.3~3.6cm 작았다. 빈곤아동들은 일반아동과 비교하여 저체중 문제가 높았으며 과체중 및 비만 문제도 일부 아동에서 높은 것으로 나타나 신인순(2011)의 연구와는 다소 상반된 결과가 나타났다. 한편 청소년의 정신건강 불평등에 대한 연구를 수행한 박다혜와 장숙량(2013)은 기초생활수급 가구의 청소년이 일반가구의 청소년보다 자살 생각이 더 높은 것을 확인하였다.

이용우(2014)는 가구소득과 아동·청소년의 건강 간에 양의 상관성을 보이는 원인을 분석하였는데 이는 만성질환을 보유한 아동에 대한 대처가 가구소득별로 차이가 있기 때문인 것으로 나타났다. 다시 말해 만성질환 보유 아동에 대해 저소득 가정은 고소득 가정에 비해 예방이나 처치 등 개입 및 대처 수준이 낮았고 이로 인해 건강상태가 더 좋지 못하였다. 가구소득과 아동의 건강수준 간의 관계에 대한 연구는 많이 축적되어 왔으나 더 나아가 가구소득이 아동의 건강수준에 영향을 미치는 중간과정, 즉 전달과정에 대한 연구는 다소 미흡한 상태이다. 따라서 관련 후속연구가 더 많이 수행될 필요가 있다.

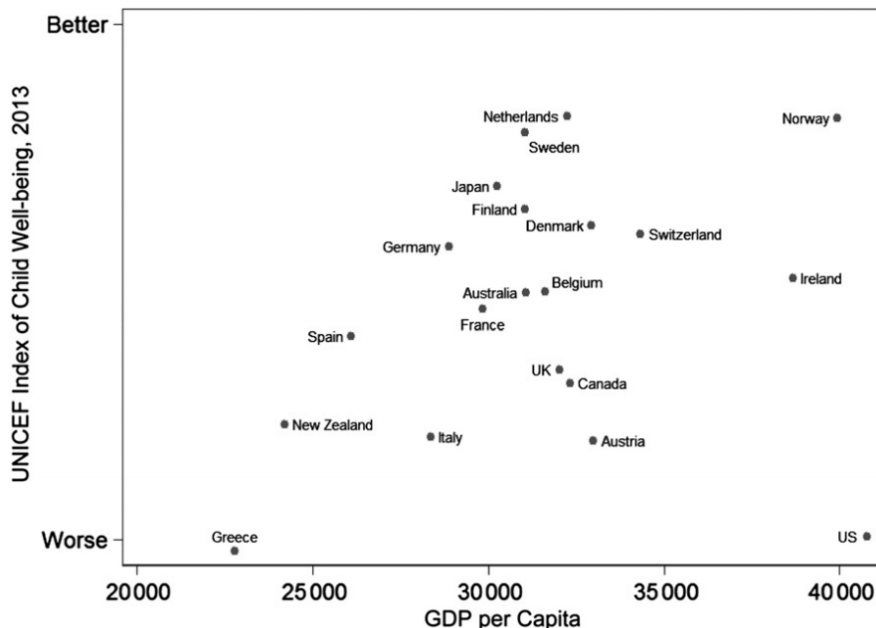
Pickett와 Wilkinson(2015)은 소득 불평등과 아동의 행복(well-being) 간 상관관계에 주목하였다. 이 연구에서 아동의 안녕은 ‘유엔아동기금에서 발표한 아동

행복지수(UNICEF Index of Child Well-being(2013)’를 활용하였고 소득불평등은 유엔(UN)에서 발표한 국가별 지니계수를 활용하였다. 연구결과, 국가단위에서 소득불평등이 높을수록 아동행복지수가 낮아지는 부적 상관관계($r=-0.60$)를 보였다(그림 II-10). 그러나 이 연구에서 국가별 평균 소득수준과 아동행복지수를 비교한 결과는 통계적으로 유의한 수준의 상관관계를 보이지 않았다(그림 II-11).



* 출처: Pickett K. E., Wilkinson R. G.(2015). The ethical and policy implications of research on income inequality and child well-being. Pediatrics 135(2). s43.

그림 II-10 국가별 소득 불평등과 아동행복지수 상관관계

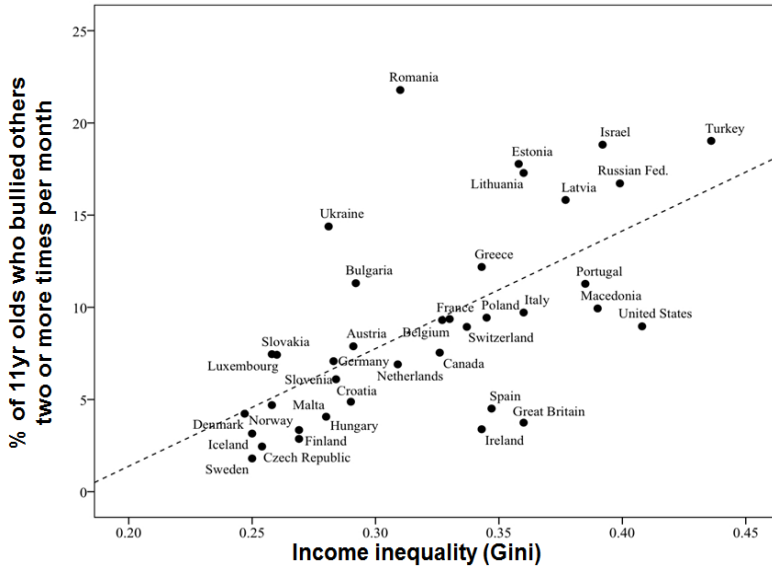


* 출처: Pickett K. E., Wilkinson R. G.(2015). The ethical and policy implications of research on income inequality and child well-being. Pediatrics 135(2). s43.

그림 II-11 국가별 GDP와 아동행복지수 상관관계

Pickett와 Wilkinson(2015)은 이상의 두 가지 연구결과에 대해 소득 그 자체 보다는 소득불평등의 정도가 아동행복지수에 더 큰 영향을 미치는 것으로 해석하였다. 또한 이러한 연구결과는 국가 간 비교에서 뿐만 아니라 미국 내 주(state) 단위 연구에서도 동일하게 나타남을 강조하였다. Pickett와 Wilkinson(2015)은 소득불평등과 빈곤은 지역 사회 내에서의 융합, 여성의 지위, 정신 건강, 장기간 근로 등 가족의 삶의 질과 관련된 여러 가지 요인에 영향을 미치게 되므로 평균적인 소득 수준보다는 아동 가구의 상대적 소득 불평등이 더 큰 영향을 미친다고 설명하였다.

소득불평등은 아동행복 외에 학교폭력에도 영향을 미치는 것으로 나타났다.



* 주: 11-year-olds in 37 countries ($r = .62$)

* 출처: Elgar F. J., Craig W., Boyce W., Morgan W., Vella-Zarb R.(2009). Income Inequality and School bullying: Multilevel Study of Adolescents in 37 Countries. J Adolescents Health 45. p. 355. Wilkinson R.(2018), Inequality, Health and Social Problems. Reshaping the Future: how to tackle inequality Seoul. 발표자료 재인용.

그림 II-12 소득불평등과 학교폭력과의 상관관계

Elgar 등(2009)은 37개 국가 66,910명의 11세 아동들을 대상으로 소득 불평등과 학교 폭력 간의 상관관계를 분석한 연구를 실시한 결과, 국가 단위에서 소득불평등 수준은 학교폭력과 관련이 있는 것으로 나타났다($r=0.62$)(Wilkinson, 2018에서 재인용).

소득불평등과 건강불평등의 상관 연구는 대부분 동시대의 소득불평등과 건강불평등을 다룬 연구들이 주를 이루고 있다. 그러나 과거의 소득불평등이 현재의 건강에 미치는 영향, 즉 소득불평등 발생 이후 건강 영향 사이의 시간 차이(time lag)를 고려한 연구들도 있다. 특히 생애 초기에 경험한 소득불평등이 나머지 생애의 건강에 미치는 영향에 대한 탐구가 시도되고 있다. Lillard 등(2015)은 과거의

소득불평등 자료(지니계수)와 시간이 흐른 후의 주관적 건강수준 사이의 상관관계를 연구한 결과, 생애 초기에 소득 불평등을 경험하면 성인기 건강이 좋지 않으며, 어린 시절의 건강수준을 보정한 이후에도 생애 초기의 소득 불평등이 성인기 건강의 불평등으로 이어진다는 연구결과가 유지되는 것으로 나타났다.

Viner 등(2012)은 중·고소득 국가를 대상으로 국가의 소득수준(GDP)과 소득 불평등이 다양한 건강결과에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보았다. 건강결과로는 흡연, 음주, 폭력(violence), 상해(injuries), 십대 출산(teenage violence), 에이즈 유병률(HIV prevalence), 총 사망률, 상해로 인한 사망, 감염성질환 및 비감염성질환으로 인한 사망률이 포함되었다. 상해와 폭력 노출, 흡연을 제외하고서는 남녀 모두에게서 국가 소득수준이 높을수록 건강결과가 좋은 것으로 나타났다. 그러나 소득수준이 아주 낮은 국가들 간에는 소득수준이 비슷하더라도 남자 청소년의 총 사망률의 격차가 5배, 십대 출산율의 격차는 10배 정도 나타나기도 하였는데 이러한 현상이 나타나는 이유는 문화, 종교 등 사회적 건강결정요인이 소득 효과를 경감시켰기 때문이다. 또한 국가 소득불평등이 클수록 모든 건강결과가 부정적으로 나타났지만 상해, 폭력 노출, 흡연은 이에 해당되지 않았다.

나아가 고용(employment)은 사회의 부를 분배할 수 있는 요인으로 청소년 실업률 또한 건강에 부적 영향을 미치는 것으로 선행 연구(Hammarstrom & Janlert, 2002; Graetz, 1993)들을 통해 밝혀진 바 있다. 특히 정신건강, 자살, 폭력으로 인한 사망률에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노동정책, 조세정책이나 소득재분배 정책, 사회복지 정책, 그리고 공공의료 정책들의 필요성을 뒷받침하는 연구결과가 될 수 있다.

사회경제적 지위에 따른 청소년 의료이용의 차이에 대한 연구들은 건강행태의 차이를 다룬 연구들에 비해 그 수가 훨씬 적었다. 권혜영 등(2014)은 의료이용 격차 관점에서 서울시에 거주하는 0~19세의 아동·청소년들의 관외 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위한 연구를 수행하였다. 그 결과 낮은 소득구간

(1분위)에 속하는 경우에 비해 0분위(의료급여수급자)의 관외 의료이용 확률은 2.32배 높았고 소득수준이 가장 높은 10분위인 경우에도 1분위 보다 관외 의료이용 확률이 1.12배 높았다. 반면 소득구간 3-9분위에 속하는 경우에는 1분위에 속한 경우보다 관외 의료이용 확률이 낮았다. 이러한 결과는 본인부담이 면제되는 의료급여 수급자와 건강보험가입자 가운데 고소득층이 저소득층에 비해 의료이용을 더 많이 하고 있음을 나타낸다(권혜영 외, 2014: 70).

또한 우리나라 청소년의 미충족 치과의료 수준을 측정한 안은숙과 한지형(2015)연구에서는 기존연구 결과들과 동일하게 소득수준이 증가할수록 미충족 치과의료 경험이 감소하는 것으로 나타났다. 건강보험에 있어 높은 본인부담금과 비급여 의료 서비스는 의료이용의 계층 간의 격차를 벌어지게 하고 있으며 소득 불평등을 심화시킨다. 적절한 시기에 구강질환을 치료 받지 못하면 질병이 악화되고 이는 고비용의 치료로 이어져 또 다시 경제적 부담이 증가하게 된다. 특히 발달장애아동을 대상으로 한 Schultz 등(2001)의 연구에 따르면 장애인 집단이 비장애인 집단에 비해 상대적으로 미충족 치과의료 비율이 높았으며 경제적 상태에 따라 비장애인에 비해 장애아동이 미충족 치과의료의 차이가 더 커지는 것으로 나타났다. 이는 저소득층이고 취약계층일수록 치과의료 접근성이 떨어지는 것을 보여주는 결과이다(안은숙, 한지형, 2015: 95).

(2) 교육

부모의 교육수준은 아동이나 청소년의 건강불평등에 영향을 미치는 주요 요인 중의 하나로 취급되고 있다. 아버지와 어머니의 교육수준이 아동·청소년의 건강행태나 건강수준에 미치는 영향은 연구마다 상이한 방향성을 보이고 있다.

이용우(2014)의 연구에서 아동 건강에 유의미한 영향력을 미치는 요인으로 부모의 교육수준이 나타났는데 아버지보다 어머니의 교육수준이 더 큰 관련성을 보였다. 안진상과 김희정(2013)의 연구결과에 따르면 아동에게는 어머니의 교육

수준이, 청소년에게는 가구소득이 중요한 사회적 결정요인인 것으로 확인되었다. 조선희 등(2012)의 연구에서는 부모의 교육수준이 낮을수록 청소년의 흡연율과 음주율의 위험정도가 높아졌다. 이와 관련하여 Droomers 등(1999), Bloomfield 등(2006)의 연구에 의하면 부모의 교육수준이 낮을수록 청소년의 폭음 비율이 특히 높은 것으로 확인되었다(조선희 외, 2012: 12에서 재인용). 아울러 선행 연구들에서 부모의 교육수준과 청소년의 음주 및 흡연 간 관련성이 일관적으로 보고되지 않은 것은 청소년의 음주 및 흡연이 부모의 교육수준보다는 부모의 양육태도나 감독 정도와 보다 직접적인 관련성을 갖고 있기 때문이라고 추정된다.

손현주 등(2012)은 부모의 교육수준에 따라 흡연, 음주, 약물 경험, 신체활동, 수면, 아침식사 습관, 개인위생, 안전벨트 착용 등 청소년의 건강행태에서 불평등 양상이 뚜렷하다고 지적하였다. 특히 마약 및 흡입제 경험은 어머니보다 아버지의 교육수준에 따른 격차가 더욱 뚜렷하여 아버지의 교육수준이 어머니에 비해 청소년 비행에 대한 감독에 더 영향을 미치는 것으로 보인다.

박다혜와 장숙량(2013)은 어머니의 교육수준에 따라 자살생각의 교차비가 큰 차이를 보고하였고 그 이유로 어머니가 교육수준이 높을수록 청소년기에 대한 이해도 및 청소년 정신건강 관련 지식이 증가하는데 기인한 것으로 보았다. 이는 어머니가 직업이 있는 경우에 청소년의 우울과 자살 생각이 더 낮게 나타나는 경향과 일맥상통한다.

건강의 한 지표인 비만 역시 계층에 따라 차이를 보이고 있는데 일반적으로 반곤 가구의 아동이거나 부모의 교육수준이 낮은 경우에 아동이 비만일 확률이 더 높고 저소득층 맞벌이 부모를 둔 아동이 상대적으로 비만에 노출될 확률이 더 높은 것으로 나타났다(신인순, 2011; 이자형, 이기혜, 2015; Elgar et al., 2015; Gnani et al., 2000; 이자형, 2015: 7에서 재인용). 이자형(2015)은 취약한 가정환경 출신 아동·청소년일수록 나쁜 건강상태를 보이거나 비만일 가능성이

높은 이유는 이들 가정의 위생수준이 취약할 가능성이 더 높거나 식습관 관련한 건강위험 행동의 가능성이 더 높고 더불어 부모의 양육행동이 부정적으로 작용할 가능성이 높기 때문이라고 분석하였다.

일반적으로 많은 연구들에서 부모의 낮은 교육수준이 아동·청소년의 건강에 부정적 영향을 미친다고 한 것에 반해 박다혜와 장숙량(2013)의 연구에서는 부의 교육수준이 중졸 이하인 경우 대졸 이상보다 청소년의 자살 생각 분율이 낮은 것으로 나타났다. 이는 부모의 사회경제적 지위와 청소년의 자살 생각 간의 관계는 물질적 요인만 가지고는 온전한 해석에 무리가 있음을 의미한다. 부의 높은 교육수준은 학업 및 진학과정에서 자녀에게 더 큰 기대치를 부여할 수 있고 서로 간에 불일치하는 목표가 부모 자녀 간 내재되는 갈등을 야기하여 청소년의 정신건강을 위협할 수 있기 때문이다.

한편 손현주 등(2012)은 부모 또는 가구의 사회경제적 수준과는 별개로 청소년 기 본인의 학업성적은 미래의 직업 선택의 폭과 소득을 결정하므로 청소년에게 좀 더 직접적으로 영향을 미치는 사회경제적 위치지표라고 하였다. 결과적으로도 학업성적에 따른 건강관련 행태의 차이가 뚜렷하게 나타나 학업성적이 가장 낮은 청소년들은 수면시간을 제외하고 모든 건강관련 행태가 좋지 못하였다.

Viner 등(2012)은 부모의 교육수준이 청소년 자녀에 미치는 영향에 비해 보다 직접적이라고 할 수 있는 청소년 본인의 교육 참여 수준과 건강불평등 간의 관계에 주목하여 연구를 수행하였다. 중등교육을 받는 청소년의 비율이 높은 국가는 생산성 증대, 지속가능한 성장, 사회적 안정성이 축적되어 경제적, 정치적 경쟁력을 갖기 때문에 주로 저소득 국가를 대상으로 청소년들의 중등교육 참여를 강조하였다. 중등교육 참여율(secondary school participation rate)이 높을수록 남녀 청소년의 총 사망률이 감소하며 남자 청소년의 손상으로 인한 사망률, 여자 청소년의 비감염성 질환으로 인한 사망률이 감소하는 것으로 나타났다. 또한 에이즈 유행률, 손상 발생률, 십대 출산도 감소하는 효과가 있는 것으로 확인되었다. 아동

과 청소년의 교육 참여는 아동기 이후 청소년기에서 새롭게 발생하는 문제들-건강 위험행동, 십대 임신, 손상으로 인한 사망-로부터 보호하는 역할을 하므로 매우 중요한 사회적 결정요인이다(Viner et al, 2012: 1644).

청소년의 건강수준과 교육 간의 관계를 다룬 다른 한편의 연구 동향은 학생의 건강수준에 따른 교육성취도의 차이를 비교하는 것이다. 이자형(2015)은 “기존의 여러 연구 결과에서 학생의 건강은 학업성취도 뿐 아니라 학생의 학교생활 전반에 영향을 미쳐 교육격차를 유발한다고 보고하고 있다”라고 하였다. 특히 Jackson(2015)은 아동기의 건강이 학업성취에 미치는 영향을 종단적으로 분석한 결과 아동 건강과 학업성취도 사이의 밀접한 관계는 생애 초기에 나타나 지속되는 것으로 나타났다. 그리고 이 연구에서 건강상태가 좋지 않은 아동이라도 가정환경이 좋다면 학업성취에 미치는 부정적 효과는 일정 수준 개선될 수 있다고 주장하였다. 그러나 이는 다시 말하면 아동 초기에 건강불평등을 완화시켜줄 만한 좋은 가정환경이 제공되지 못한다면 그 아동은 장기간에 걸쳐 지속적으로 건강한 아이들과의 교육격차를 키울 수밖에 없음을 의미한다고 하였다(이자형, 2015: 12).

2) 지역 간 건강불평등

청소년의 건강은 거주 지역에 따라 지역사회의 사회경제적 특성에 영향을 받는다. 사람들은 자신의 사회경제적 위치에 따라 거주할 지역사회를 선택하고 그 지역의 특성은 개인을 둘러싼 가족, 학교 등에 영향을 미치게 된다. 즉 청소년의 일상생활에 영향을 줄 수 있어 지역사회는 청소년의 건강에 영향을 주는 중요한 결정요인 중 하나로 보고되고 있다(Sellstrom & Bremberg, 2006; 김세원, 김선숙, 2012: 128에서 재인용).

특히 빈곤한 지역사회는 아동에게 부정적 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 이는 빈곤 지역의 열악한 물리적·사회적 환경으로 인해 개인이 이용 가능한 자원

이 제한되고 이로 인해 더 나은 선택을 할 수 있는 기회가 박탈되기 때문이다. 건강 향상에 도움이 되는 주변 공원이나 공공체육시설, 방과 후 프로그램, 의료기관 등에 대한 접근성이 높고 대기 질이 좋고 환경오염이나 폐수처리 시설을 잘 갖춘 지역에서 성장하는 아동과 그렇지 못한 지역에 거주하는 아동은 여러 건강지표에서 차이를 보일 수밖에 없다(김세원, 김선숙, 2012: 128).

김세원과 김선숙(2012)은 시군구 단위 지역 간 아동·청소년 건강의 차이를 분석하였는데, 지역수준의 변수로 지역박탈지수, 지역의 크기 및 아동 수 대비 전문의사 수, 지역 표준화 사망률, 아동 수 대비 보건의료 기관 수, 지역별 18세 미만 수급자 수 등 지역의 특성을 설명하는 다양한 요소를 포함하였다. 연구결과 네 개의 아동 건강지표—주관적 건강상태, 입원경험, 고른 영양섭취 여부, 정기적 운동 여부—모두에 대해 유의한 영향을 미치는 지역관련 변인은 연령 표준화 사망률인 것으로 나타났다. 즉 표준화 사망률이 상대적으로 높은 지역에 거주하는 아동은 주관적인 건강상태도 부정적이며 입원을 경험할 가능성, 고른 영양을 섭취하지 못할 가능성, 정기적 운동을 하지 못할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이를 설명하기 위해 사망률이 높은 지역의 특성을 면밀히 살펴볼 필요가 있을 것이다. 주목할 것은 아동·청소년 빈곤율이 높은 지역의 빈곤 아동·청소년들은 상대적으로 아동·청소년 빈곤율이 낮은 지역의 빈곤아동보다 건강상태에 대해 더 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다는 점이다. 이는 지역 간 건강격차를 설명할 때 주로 사용되는 구성 효과(개인적 특성)와 맥락 효과(지역 특성)의 상호작용을 통해 지역 빈곤율이 건강에 더욱 부정적 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있다.

박은옥(2010)은 대도시, 중소도시, 군 지역 등 지역규모에 따라 물리적, 사회문화적 환경이 유사할 것이라는 판단 하에 청소년의 건강위험행태의 차이를 비교하였다. 건강위험행위에는 흡연, 음주, 비만도, 체중감소 시도, 격렬한/중등도 신체 활동, 아침식사 결식, 1일 1회 이상 과일섭취, 주 1회 이상 탄산음료 섭취, 주 1회 이상 패스트푸드 섭취, 안전벨트 착용, 흡입제 및 약물사용 경험, 성관계 경험,

수면정도, 스트레스 인지 등이 포함되었다. 연구 결과 군 지역 청소년들이 다른 지역에 비해 상대적으로 평생 흡연율, 평생 음주율, 현재 음주율, 과일 불충분 섭취율(1일 1회 미만), 안전벨트 미착용률 등이 더 높았다. 반면 대도시 지역 청소년들은 고강도 운동 미실천율, 중등도 운동 미실천율, 비만율, 패스트푸드 섭취율, 수면불충분 비율 등에서 군지역 및 중소도시 지역보다 높은 수치를 보였다. 이를 바탕으로 박은옥(2010)은 지역에 따라 차이가 있는 건강위험행위의 양상을 이해하기 위해서는 그 원인이라고 볼 수 있는 지역의 맥락과 특성에 대한 검토가 필요하며 이에 따라 대응 방안을 모색해야 함을 주장하였다.

청소년의 신체활동과 지역사회요인의 관계를 분석한 김진석(2012)은 청소년이 거주하는 지역사회요인을 인지적 지역사회요인과 구조적 지역사회요인으로 분류하여 관계를 살펴보았다. 앞서 제시한 선행연구와의 차이는 지역의 개념에 외국인 인구비율, 빈곤율, 농어가 인구비율, 거주안정성, 청소년유해환경, 체육시설 보급률 등 지역의 구조적 요소뿐만 아니라 비공식적 통제 및 네트워크, 무질서도, 두려움 등과 같은 인지적 요소도 포괄한다는 점이다. 결과적으로 구조적 지역사회요인에서는 청소년 유해환경이, 인지적 지역사회요인에서는 비공식적 통제와 네트워크, 무질서도가 신체활동 여부에 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 청소년의 신체활동에 영향을 미치는 주요한 요인은 구조적 요인 보다 인지적 요인인 것에 주목해야 함을 시사한다.

한편 빈곤지역의 다양한 위험요인 중 청소년에게 특히 영향을 줄 수 있는 가장 대표적인 것은 폭력에의 노출이다(Dupere, Leventhal, Lacourse, 2009; 강현아, 2010: 328에서 재인용). 지역사회의 소득수준이 낮을수록 그 지역의 비행이나 범죄 발생률이 높아진다는 선행연구들을 토대로 우리나라 빈곤 지역이 그렇지 않은 지역보다 청소년이 폭력에 노출될 가능성이 더 높을 것으로 예상된다. 이에 강현아(2010)는 빈곤으로 인해 더 위험한 환경에 거주하게 되는 청소년이 일반 청소년에 비해 폭력에 노출되는 비율이 더 높은지 살펴보고 이것이 청소년의 정신

건강(우울, 불안)에 영향을 미치는지를 분석하였다. 여기서 주목할 만한 결과는 지역사회 환경의 위험성이 빈곤의 영향을 전달하는 중간기제로의 역할을 하며 청소년의 정신건강에 부정적 영향을 미친다는 것이다. 즉 지역사회 환경이 위험할수록 청소년은 폭력의 피해를 더 많이 경험하고 그에 따라 폭력 피해에 대한 두려움도 높아져 우울과 불안에 영향을 미친다. 이와 더불어 지역사회 환경의 위험성은 청소년이 직접적으로 폭력 피해를 당하지 않더라도 폭력에 대한 두려움을 높여 우울과 불안에 부정적 영향을 미쳤다. 따라서 빈곤이라는 요인 못지않게 지역사회 환경의 위험성도 청소년의 우울과 불안에 영향을 미치는 주요 요인임을 알 수 있다. 이는 청소년 건강 격차를 줄이기 위해서는 빈곤 가구에 대한 개입뿐만 아니라 빈곤한 지역사회 환경 개선 및 역량 강화의 필요성을 뒷받침하는 근거가 된다.

4. 요약 및 시사점

청소년기는 일반적으로 성인기나 노년기에 비해 상대적으로 건강문제 등이 두드러지게 드러나지 않는 건강한 시기로 건강불평등의 개선을 위한 정책에서 간과되는 경향이 있다. 그러나 WHO, 영국 등에서는 청소년기를 성인기의 건강과 웰빙을 향한 아동기의 궤적을 수정할 수 있는 시기로 보고 초기 아동기에 이어 두 번째의 결정적 발달 시기로 주목하고 있다. 이러한 배경에서 청소년의 건강 수준과 불평등 현황을 파악하고 청소년 건강정책의 근거자료를 생산하기 위해 국내외에서는 주기적으로 관련 연구결과들을 보고하고 있다.

청소년 건강의 사회적 결정요인에 주목하는 연구들은 성인의 연구에 비해 그 수가 많지 않지만 국내외 선행연구들의 결과를 종합하면 청소년의 건강을 보호하고 증진하기 위해서는 청소년을 둘러싸고 있는 다차원적 환경에 대한 고려와 함께 건강의 사회적 결정요인을 개선할 필요가 있다. 특히 가구의 소득과 부모의 교육수

표 II-4 청소년 건강불평등 연구

구분		연구자(년도)	건강불평등 발생 영역
사회 경제적 수준	소득	손현주 등(2012)	흡연, 음주, 약물 경험, 성관계 경험, 경제 활동, 수면, 아침식사 습관, 개인위생, 안전벨트 착용 등
		조선희 등(2012)	흡연, 음주
		신인순(2011)	체질량지수(BMI)
		김혜련(2012)	키, 체중, 비만도
		박다혜, 장숙량(2013)	자살생각
		이용우(2014)	주관적 건강상태
		Pickett, Wilkinson(2015)	행복(well-being)
		Elgar 등(2009)	학교폭력
		Lillard 등(2015)	성인기 주관적 건강수준
		Viner 등(2012)	음주, 폭력, 출산, 에이즈 유병, 사망
		권혜영 등(2014)	관외 의료이용
		안은숙, 한지형(2015)	미충족 치과의료 경험
	교육	이용우(2014)	주관적 건강상태
		안진상, 김희정(2013)	주관적 건강상태
		조선희 등(2012)	흡연, 음주
		손현주 등(2012)	흡연, 음주, 약물 경험, 신체활동, 수면, 아침식사 습관, 개인위생, 안전벨트 착용
		박다혜, 장숙량(2013)	자살생각
		Viner 등(2012)	사망, 손상, 에이즈 유병, 출산
		Jackson(2015)	신체적/정신적 건강상태
지역		김세원, 김선숙(2012)	주관적 건강상태, 입원경험, 고른 영양섭취, 정기적 운동실천
		박은옥(2010)	흡연, 음주, 고강도운동/중등도 운동 미실천, 비만, 패스트푸드 섭취, 불충분한 과일 섭취(1일1회 미만), 안전벨트 미착용, 불충분한 수면 등
		김진석(2012)	신체활동
		강현아(2010)	폭력

준이 청소년의 건강행태, 의료이용, 건강결과 불평등에 영향을 미치는 것으로 나타났다, 청소년이 거주하는 지역에 따라서도 건강격차가 발생하는 것으로 드러났으므로 청소년의 건강을 위해서는 청소년을 둘러싼 가족, 친구, 학교 환경 내에서 일상생활을 개선하고 청소년 건강결과에 영향을 미치는 각종 자원이 형평성에 입각하여 분배될 수 있도록 노력을 기울일 필요가 있다. 이를 위한 정책적 대안으로 청소년을 대상으로 한 건강정책 뿐만 아니라 사회 전반의 조세정책이나 소득재분배 정책, 교육 정책, 사회복지 정책 그리고 공공의료 정책들이 뒷받침되어야 할 필요가 있다.

○ — III. 학생 청소년 건강불평등 실태 분석

- 1. 분석 절차
- 2. 분석 범위 설정
- 3. 분석 지표 정의
- 4. 분석 결과
- 5. 요약 및 시사점

1. 분석 절차

WHO(2017)는 인구집단 간 건강불평등 수준을 측정, 비교하기 위해 ‘건강불평등 모니터링 매뉴얼(National health inequality monitoring: a step by step manual)’을 개발하였다. 이 매뉴얼은 국가 단위의 건강불평등 수준을 측정하는 것에 초점을 두어 개발하였으나 모니터링하는 접근방식 자체는 특정 지역에서부터 여러 국가 비교에까지 적용 가능하며 소지역이나 하부 인구집단을 대상으로도 적용할 수 있다는 장점이 있다(WHO, 2017: 1).

WHO(2017)에서 제안한 건강불평등 모니터링 절차는 5가지 단계의 순환구조로 이루어져 있다. 첫 번째 단계는 가장 먼저 모니터링할 건강 문제를 선정하는 것으로 분석대상 지역 혹은 인구집단별로 우선순위가 높은 건강문제를 선정하는 것이다. 그 다음으로는 선정된 건강 문제를 가장 잘 표현할 수 있는 건강 지표를 선정하고 건강불평등의 영향을 가장 많이 받는 인구집단을 확인하는 작업이 뒤따른다. 대다수의 건강지표에서는 성, 연령, 소득 및 교육수준 등에 따라 인구집단을 층화하여 모니터링하는 것이 일반적이다(WHO, 2017: 3).

두 번째 단계는 첫 번째 단계에서 정해진 건강 지표를 산출하기 위해 하나 혹은 그 이상의 데이터를 획득하는 과정이다. 건강불평등 모니터링을 위해서는 모니터링 대상의 건강문제를 잘 나타내어주는 데이터를 확인하고 수집하는 것이 가장 중요한 절차 중 하나이다(WHO, 2017: 3).

세 번째 단계는 획득한 데이터를 분석하여 정보, 근거, 지식을 생산하는 과정이다. 데이터를 분석하는 과정은 모니터 대상 하부 인구집단의 건강상태와 불평등 정도를 측정하는 작업으로 문제해결을 위해서는 모니터 대상 집단의 문제적 현상을 가장 잘 드러낼 수 있도록 데이터를 분석할 필요가 있다(WHO, 2017: 3).

네 번째 단계는 모니터링 결과를 보고하고 전파하는 작업이다. 이 단계의 목적은 건강불평등 수준을 모니터한 결과를 효율적으로 전달하고 불평등 완화를 위한 정책 마련을 위해 필요한 정보를 제공하는 것이다(WHO, 2017: 4).

마지막으로 모니터한 결과에 근거한 환류 과정이 필요하다. 건강불평등 모니터링의 최종 목적은 측정 그 자체에 있는 것이 아니라 측정을 통한 긍정적 변화유도에 있기 때문에 궁극적으로는 대상 인구집단의 건강불평등 개선에 효과가 있어야 한다(WHO, 2017: 4). 다만 결과의 환류를 위해서는 보다 장기간에 걸친 모니터



* 출처: World Health Organization(WHO)(2017). National health inequality monitoring: a step by step manual. p. 4.

그림 III-1 WHO 건강불평등 모니터링 절차

링이 요구되기 때문에 일반적인 수준에서의 건강불평등 모니터링 절차에서는 이 단계가 포함되기 어렵다.

2. 분석 범위 설정

학생 청소년의 건강불평등 측정을 위해 가장 먼저 분석의 범위를 설정하였다. 앞서 설명한 WHO(2017) 건강불평등 모니터링 절차에 근거하면 우리나라 학생 청소년의 우선순위 건강문제를 파악하고 그와 관련된 지표를 선정할 필요가 있다. 이에 따라 한국청소년정책연구원 연구진과의 협의 과정을 거쳐 주요 건강문제를 선정하였는데 이 과정에서 자료원의 가용성이 큰 고려사항이 되었다. 그 결과 현재 우리나라에서 학생 청소년의 주요 건강문제 중 건강행태와 관련된 대표적인 공공 자료원인 ‘청소년건강행태조사’에서 제공하고 있는 지표들 위주로 선정하였다.

본 연구에서 관심을 갖는 학생 청소년의 건강문제는 크게 건강행태(health behavior), 의료이용과 건강결과로 나뉜다. 건강행태에는 신체활동, 식생활, 흡연, 음주, 성, 안전, 개인위생, 구강건강, 비만 및 신체이미지, 정신건강이 포함되었

표 III-1 학생 청소년 건강불평등 지표

영역		지표	자료원
건강행태	신체활동	격렬한 신체활동 실천율	2018년 청소년건강행태조사
		걷기 실천율	2017년 청소년건강행태조사
	식생활	탄산음료 섭취율	2018년 청소년건강행태조사
		패스트푸드 섭취율	
		과일 섭취율	
		아침식사 결식을	

영역		지표	자료원
	흡연	현재 흡연율	2018년 청소년건강행태조사
		가정 내 간접 흡연 노출률	
		학교 실내 간접흡연 노출률	
		공공장소 실내 간접흡연 노출률	
		총 간접흡연 노출률	
		구매시도자의 담배 구매 용이성	
	음주	현재 음주율	2018년 청소년건강행태조사
		구매시도자의 주류 구매 용이성	
	성	성관계 경험률	2018년 청소년건강행태조사
	안전	앞좌석 안전벨트 미착용률	2018년 청소년건강행태조사
		뒷좌석 안전벨트 미착용률	
		자전거 헬멧 미착용률	
	개인위생	학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율	2018년 청소년건강행태조사
		집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율	
	구강건강	학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율	2018년 청소년건강행태조사
		연간 치아 통증 경험률	
	비만 및 신체이미지	비만율	2018년 청소년건강행태조사
		신체이미지 왜곡 인지율	
	정신건강	스트레스 인지율	2018년 청소년건강행태조사
		우울감 경험률	
		자살 시도율	
		주중 평균 수면시간	
의료이용		연간 미충족 의료율(병의원)	제7기 국민건강영양조사 (청소년)
		연간 미충족 의료율(치과)	
		인플루엔자 예방접종률	
건강결과		주관적 건강 인지율	2018년 청소년건강행태조사
		자살 사망률	2017년 사망원인통계 (마이크로데이터)
		운수사고 사망률	

고, 의료이용에는 미충족 의료율과 예방접종률을 포함되었으며, 건강결과에는 주관적 건강 인지율, 자살 사망률, 운수사고 사망률이 포함되었다. 그 결과 전체적으로 12개 영역에서 34개 세부지표가 확정되었다. 한편 건강불평등 모니터링을 위해서는 건강문제의 영향이 차별적으로 미치는 인구집단에 대한 고려가 필요하다. 이는 불평등 발생 양상에 따라 인구집단을 세분화하는 작업으로 일반적으로 성, 연령, 소득, 교육, 거주지역 등이 고려된다. 본 연구에서는 관련 선행연구 등을 참고하여 학생 청소년 건강불평등 실태를 성별, 가구경제상태별, 부의 교육수준별, 지역규모별 또는 행정지역별, 가구구성별로 분석하였다.

한편 자료원별 조사 대상이 달라 분석 대상의 연령 범위가 다소 상이하므로 결과 해석 및 비교 시 주의를 요한다. 청소년건강행태조사는 중학교 1학년 학생부터 고등학교 1학년 학생(만 12세~만 18세)을 대상으로 하여 해당 청소년을 모두 분석 대상에 포함하였으나 국민건강영양조사는 만 연령을 기준으로 조사하고 있어 만 12세부터 만 18세까지를 분석 대상에 포함하였다. 통계청 사망원인통계 및 주민등록연앙인구 자료는 14세부터 19세까지를 분석 대상으로 하였다.

표 Ⅲ-2 청소년 건강불평등 실태분석 지표 구분자

구분자	분류	비고
성별	전체/남학생/여학생	공통 적용
가구경제상태	상/중상/중/중하/하	국민건강영양조사를 활용한 분석에서는 상/중상/중하/하로 구분함.
부의 교육	중졸이하/고졸/대졸 이상	청소년건강행태조사를 활용한 분석에 한함.
지역규모	대도시/중소도시/군지역	국민건강영양조사를 활용한 분석에서는 동/읍면으로 구분함.
행정지역	17개 시도	공통 적용
가구구성	양부모/한부모/기타	청소년건강행태조사를 활용한 분석에 한함.

3. 분석 지표 정의

□ 신체활동

지표명	구분	내용
격렬한 신체활동 실천율	정의	최근 7일 동안 격렬한 신체활동(조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 격렬한 신체활동을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
걷기 실천율	정의	최근 7일 동안 한 번에 적어도 10분 이상 걷기를 실천한 날이 3일 이상인 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안, 한번에 적어도 10분 이상 걷기를 실천한 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

□ 식생활

지표명	구분	내용
탄산음료 섭취율	정의	최근 7일 동안 3회 이상 탄산음료를 마신 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 3회 이상 탄산음료를 마신 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
패스트푸드 섭취율	정의	최근 7일 동안 3회 이상 피자, 햄버거, 치킨 같은 패스트푸드를 먹은 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 3회 이상 피자, 햄버거, 치킨 같은 패스트푸드를 먹은 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

지표명	구분	내용
과일 섭취율	정의	최근 7일 동안 1일 1회 이상 과일(과일주스 제외)을 먹은 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 1일 1회 이상 과일(과일주스 제외)을 먹은 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
아침식사 결식률	정의	최근 7일 동안 아침식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 아침식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

□ 흡연

지표명	구분	내용
현재 흡연율	정의	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 분율
	분자	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
가정 내 간접흡연 노출률	정의	최근 7일 동안 학생의 집안에서 다른 사람(가족이나 손님 등)이 담배를 피울 때 그 근처에 같이 있었던 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 학생의 집안에서 다른 사람(가족이나 손님 등)이 담배를 피울 때 그 근처에 같이 있었던 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
학교 실내 간접흡연 노출률	정의	최근 7일 동안 학교 실내(교실, 화장실, 복도 등)에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 학교 실내(교실, 화장실, 복도 등)에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

지표명	구분	내용
공공장소 실내 간접흡연 노출률	정의	최근 7일 동안 집 또는 학교가 아닌 실내(상점, 식당, 쇼핑몰, 공연장, 피시(PC)방, 노래방 등)에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 집 또는 학교가 아닌 실내(상점, 식당, 쇼핑몰, 공연장, 피시(PC)방, 노래방 등)에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
총 간접흡연 노출률	정의	최근 7일 동안 가정 내 또는 학교 실내 또는 공공장소에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 한 번이라도 맡은 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 7일 동안 가정 내 또는 학교 실내 또는 공공장소에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 한 번이라도 맡은 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
구매시도자 의 담배 구매 용이성	정의	구매 시도자 중에서 최근 30일 동안 편의점이나 가게 등에서 담배를 사려고 했을 때 ‘많이 노력’, ‘조금만 노력’ 또는 ‘노력 없이도 쉽게’ 살 수 있었던 사람의 분율
	분자	구매 시도자 중에서 최근 30일 동안 편의점이나 가게 등에서 담배를 사려고 했을 때 ‘많이 노력’, ‘조금만 노력’ 또는 ‘노력 없이도 쉽게’ 살 수 있었던 사람의 수
	분모	구매 시도자 수
	단위	%

□ 음주

지표명	구분	내용
현재 음주율	정의	최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
구매시도자 의 주류 구매	정의	구매 시도자 중에서 최근 30일 동안 편의점이나 가게 등에서 술을 사려고 했을 때 ‘많이 노력’, ‘조금만 노력’ 또는 ‘노력 없이도 쉽게’ 살 수 있었던 사람의 분율

지표명	구분	내용
용이성	분자	구매 시도자 중에서 최근 30일 동안 편의점이나 가게 등에서 술을 사려고 했을 때 ‘많이 노력’, ‘조금만 노력’ 또는 ‘노력 없이도 쉽게’ 살 수 있었던 사람의 수
	분모	구매 시도자 수
	단위	%

□ 성

지표명	구분	내용
성관계 경험률	정의	평생 동안 성관계 경험이 있는 사람의 비율
	분자	평생 동안 성관계 경험이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

□ 안전

지표명	구분	내용
앞좌석 안전벨트 미착용률	정의	승용차나 택시 앞좌석 탑승 경험자 중에서 안전벨트를 ‘가끔 매는 편’ 또는 ‘전혀 매지 않는’ 사람의 비율
	분자	승용차나 택시 앞좌석 탑승 경험자 중에서 안전벨트를 ‘가끔 매는 편’ 또는 ‘전혀 매지 않는’ 사람의 수
	분모	승용차나 택시 앞좌석 탑승 경험자 수
	단위	%
뒷좌석 안전벨트 미착용률	정의	승용차나 택시 뒷좌석 탑승 경험자 중에서 안전벨트를 ‘가끔 매는 편’ 또는 ‘전혀 매지 않는’ 사람의 비율
	분자	승용차나 택시 뒷좌석 탑승 경험자 중에서 안전벨트를 ‘가끔 매는 편’ 또는 ‘전혀 매지 않는’ 사람의 수
	분모	승용차나 택시 앞좌석 탑승 경험자 수
	단위	%
자전거 헬멧	정의	최근 12개월 동안 자전거를 타 본 사람 중에서 헬멧을 ‘가끔 착용’ 또는 ‘전혀 착용하지 않는’ 사람의 비율

지표명	구분	내용
미착용률	분자	최근 12개월 동안 자전거를 타 본 사람 중에서 헬멧을 ‘가끔 착용’ 또는 ‘전혀 착용하지 않는’ 사람의 수
	분모	자전거를 타 본 사람의 수
	단위	%

□ 개인위생

지표명	구분	내용
학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율	정의	최근 7일 동안 학교에서 식사하기 전 비누를 이용한 손씻기를 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 비율
	분자	최근 7일 동안 학교에서 식사하기 전 비누를 이용한 손씻기를 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율	정의	최근 7일 동안 집에서 식사하기 전 비누를 이용한 손씻기를 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 비율
	분자	최근 7일 동안 집에서 식사하기 전 비누를 이용한 손씻기를 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

□ 구강건강

지표명	구분	내용
학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율	정의	최근 7일 동안 학교에서 점심식사 후 칫솔질을 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 비율
	분자	최근 7일 동안 학교에서 점심식사 후 칫솔질을 ‘항상’ 또는 ‘대부분’ 한 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
연간 치아 통증	정의	최근 12개월 동안 치아 통증 증상(차갑거나 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔, 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔)을 한 가지 이상 경험한 적이 있는 사람의 비율

지표명	구분	내용
경험률	분자	최근 12개월 동안 치아 통증 증상을 한 가지 이상 경험한 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%

□ 비만 및 신체이미지

지표명	구분	내용
비만율	정의	2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95백분위수 이상인 사람의 비율 ※ 체질량지수(BMI)=체중(kg)/[신장(m)] ²
	분자	2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95백분위수 이상인 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
신체이미지 왜곡인지율	정의	2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 85백분위수 미만인 자 중에서 자신의 체형을 살이 찌 편이라고 인지하는 사람의 비율 ※ 체질량지수(BMI)=체중(kg)/[신장(m)] ²
	분자	2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 85백분위수 미만인 자 중에서 자신의 체형을 살이 찌 편이라고 인지하는 사람의 수
	분모	2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 85백분위수 미만인 사람의 수
	단위	%

□ 정신건강

지표명	구분	내용
스트레스 인지율	정의	평상시 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 사람의 비율
	분자	평상시 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
우울감 경험률	정의	최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율
	분자	최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 수

지표명	구분	내용
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
자살 시도율	정의	최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 분율
	분자	최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
주중 평균 수면시간	정의	지난주 주중(월~금요일) 수면시간의 평균
	분자	지난주 주중(월~금요일) 수면시간의 합
	분모	조사대상자 전수
	단위	시간

□ 의료이용

지표명	구분	내용
연간 미충족 의료율 (병의원)	정의	최근 12개월 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 사람의 분율
	분자	최근 12개월 동안 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 사람의 수
	분모	청소년(만12~18세) 조사대상자 중 병의원(치과 제외) 진료가 필요하였던 사람의 수
	단위	%
연간 미충족 의료율 (치과)	정의	최근 12개월 동안 본인이 치과진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 사람의 분율
	분자	최근 12개월 동안 본인이 치과진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 사람의 수
	분모	청소년(만12~18세) 조사대상자 중 치과진료(검사 또는 치료)가 필요하였던 사람의 수
	단위	%
인플루엔자 예방접종률	정의	최근 12개월 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 사람의 분율
	분자	최근 12개월 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 사람의 수
	분모	청소년(만12~18세) 조사대상자 전수
	단위	%

□ 건강결과

지표명	구분	내용
주관적 건강 인지율	정의	본인이 '매우 건강한' 또는 '건강한' 편이라고 생각하는 사람의 분율
	분자	본인이 '매우 건강한' 또는 '건강한' 편이라고 생각하는 사람의 수
	분모	조사대상자 전수
	단위	%
자살 사망률	정의	인구 10만명 당 청소년(14~19세) 자살 사망자의 수
	분자	해당 연도에 자살로 사망한 청소년 수
	분모	해당 연도의 청소년 연앙인구
	단위	명/인구 10만명 당
운수사고 사망률	정의	인구 10만명 당 청소년(14~19세) 운수사고 사망자의 수
	분자	해당 연도에 운수사고로 사망한 청소년 수
	분모	해당 연도의 청소년 연앙인구
	단위	명/인구 10만명 당

4. 분석 결과²⁾

1) 신체활동

(1) 격렬한 신체활동 실천율

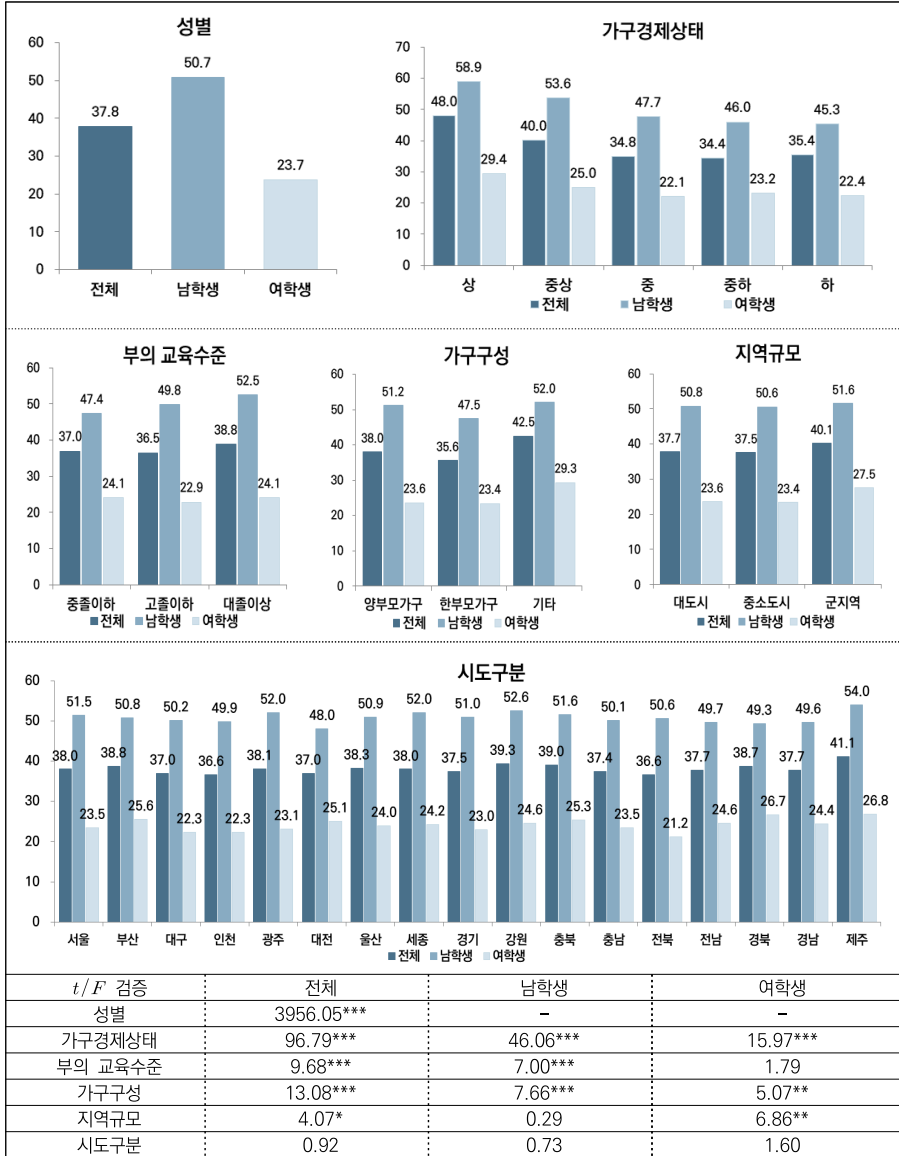
학생 청소년³⁾의 주 3일 이상 격렬한 신체활동 실천율은 전체 평균 37.8%, 남학생 50.7% 여학생 23.7%였으며 남학생과 여학생 간 차이는 27.0%p로 성별 차이가 크게 나타났다. 또한 가구경제상태가 '하'인 집단을 제외하면 빈곤해질수록

- 2) 카이제곱검정 결과를 기준으로 집단 간 차이를 비교하였음. 단, 카이제곱검정 결과 전체 집단 간 차이가 통계적으로 유의한 것으로 확인되었더라도 세부 집단 간 차이의 통계적 유의성을 파악할 필요가 있는 경우에는 사후검정(Scheffe검정법)을 실시함.
- 3) 본 분석에서는 학생 청소년 중 중학생 및 고등학생을 중심으로 관련 통계를 산출하였음. 청소년건강행태조사를 활용한 지표는 중학생과 고등학생이 분석 대상으로 포함되었고, 국민건강영양조사를 활용한 지표는 만 12세 이상~만 18세 이하 청소년이 분석 대상으로 포함됨. 사망원인통계 및 주민등록연앙인구를 활용한 지표는 14세~19세가 분석 대상임.

격렬한 신체활동 실천율이 낮아지는 경향성을 보였으며 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 격렬한 신체활동 실천율이 가장 높게 나타났다. 단 여학생의 경우는 아버지의 교육수준에 따른 실천율에 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보이지 않았다. 가구구성별로는 기타 가구, 양부모 가구, 한부모 가구 청소년 순으로 실천율이 높았고 지역규모에 따라서는 군지역, 대도시, 중소도시 순으로 실천율이 높았다. 17개 시도별로는 실천율 차이가 통계적으로 유의한 수준에 이르지 못하였다.

(2) 걷기 실천율

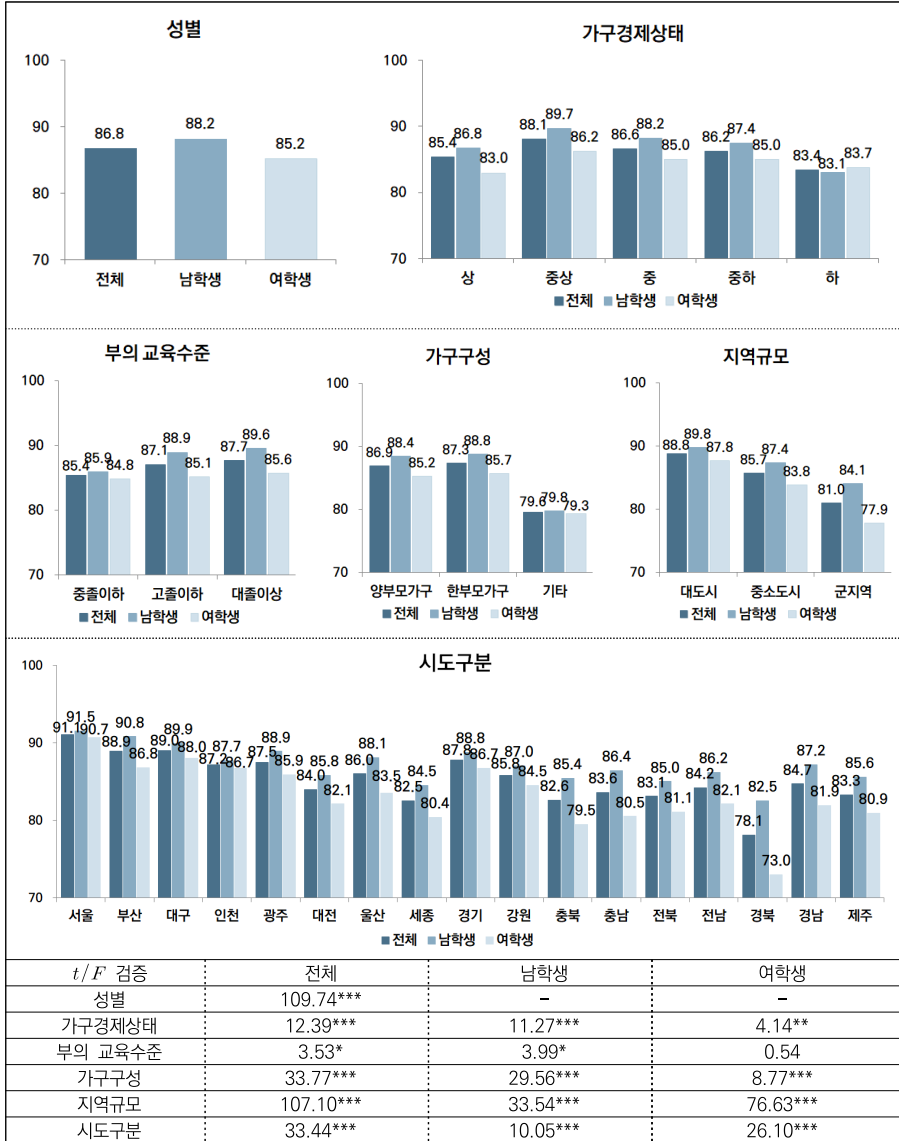
주 3일 이상 걷기 실천율은 전체 평균 86.8%, 남학생 88.2%, 여학생 85.2%로 걷기 실천 수준이 전반적으로 높았다. 가구경제상태의 경우 ‘상’인 집단에서는 상대적으로 낮은 실천율을 보이다가 ‘중상’인 집단에서 실천율이 증가하고 이후 경제적으로 빈곤할수록 실천율이 낮아지는 포물선 형태를 보였다. 아버지의 교육수준이 높을수록 남학생들의 걷기 실천율이 높았으나 여학생은 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 가구구성별로는 기타 가구에서 걷기 실천율이 가장 낮았고, 한부모 가구와 양부모 가구 학생 청소년 간 실천율 차이는 크지 않았다. 또한 지역규모가 클수록 걷기 실천율이 높았으며 시도 간 걷기 실천율 차이가 통계적으로 유의하였다. 17개 시도 중 걷기 실천율이 가장 높은 지역은 서울(91.1%), 가장 낮은 지역은 경북(78.1%)으로 나타났다.



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-2 격렬한 신체활동 실천율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2017). 2017년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-3 걷기 실천율(2017년)

2) 식생활

(1) 탄산음료 섭취율

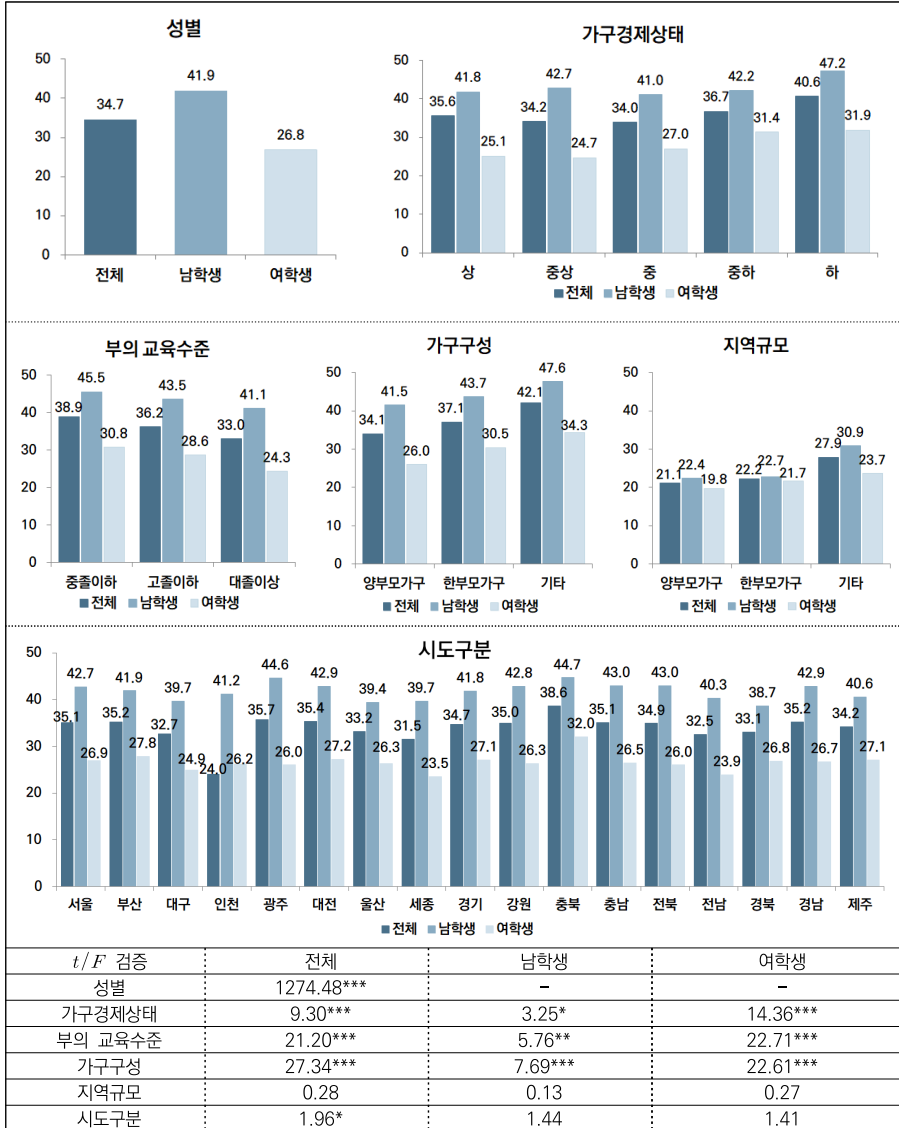
주 3회 이상 탄산음료 섭취율은 전체 평균 34.7%, 남학생 41.9% 여학생 26.8%였다. 남학생과 여학생 간 차이는 15.1%p로 성별 차이가 크게 나타났다. 가구경제 상태에 따른 탄산음료 섭취율은 '상'인 집단에서 다소 높고 '중'인 집단에서 가장 낮았다가 빈곤해질수록 섭취율이 다시 높아지는 경향을 보였으며 아버지의 교육 수준이 낮을수록 섭취율이 높았다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 섭취율이 높게 나타났다. 지역규모에 따른 섭취율에는 큰 차이가 없었으나 시도 간 섭취율 차이는 유의하였다. 17개 시도 중 탄산음료 섭취율이 가장 높은 지역은 충북(38.6%), 가장 낮은 지역은 인천(24.0%)으로 나타났다.

(2) 패스트푸드 섭취율

주 3회 이상 패스트푸드 섭취율은 전체 평균 21.4%, 남학생 22.7% 여학생 20.1%로 나타났다. 또한 가구경제상태가 '상'인 집단부터 '중'인 집단까지는 섭취율이 낮아지다가 이후 '중하' 집단부터 섭취율이 높아지는 J형의 경향성을 보였으며 아버지의 교육수준에 따른 섭취율 차이는 거의 없었다. 가구구성별로는 기타 가구에서 패스트푸드 섭취율이 두드러지게 높았다. 지역규모별로는 중소도시가 가장 높았고, 대도시와 군지역은 유사하였다. 시도 간 패스트푸드 섭취율 차이는 통계적으로 유의하였는데 17개 시도 중 패스트푸드 섭취율이 가장 높은 지역은 제주(23.9%), 가장 낮은 지역은 대구(17.1%)이다.

(3) 과일 섭취율

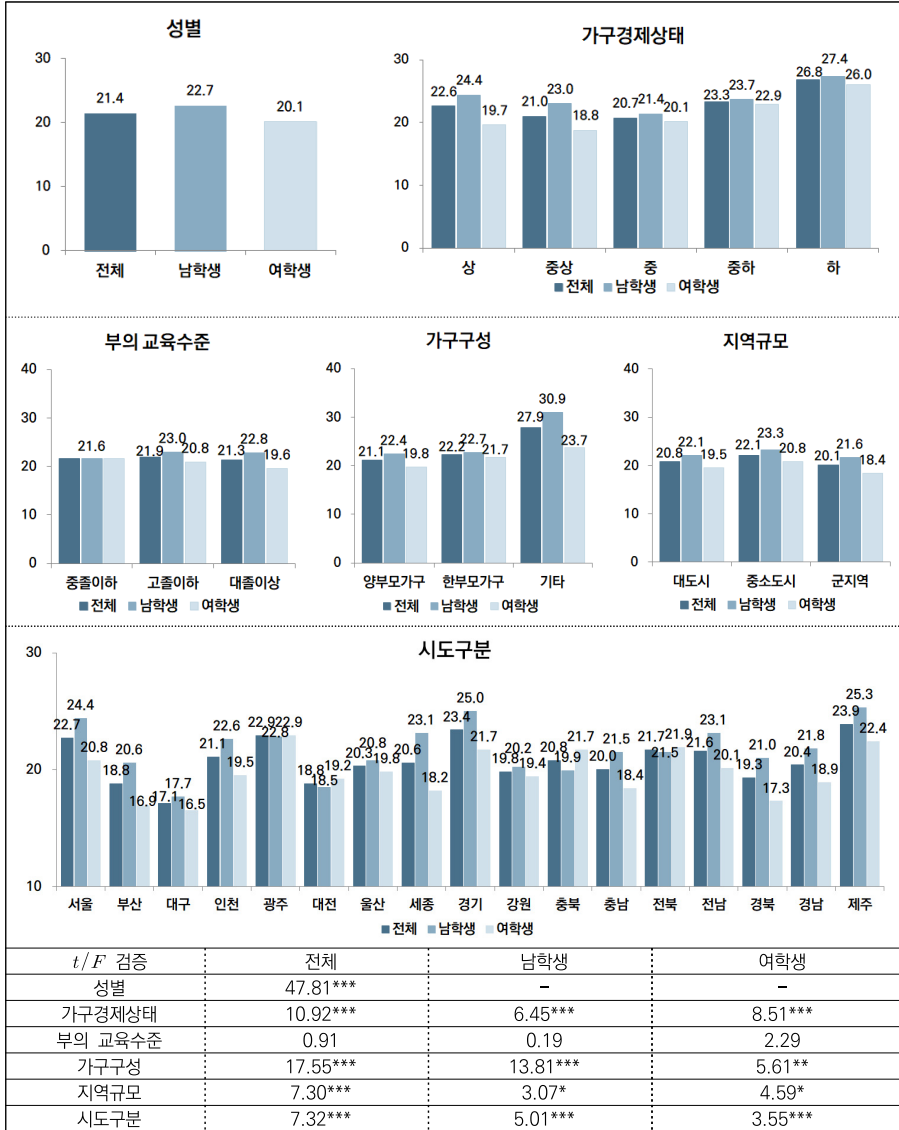
주 1일 1회 이상 과일 섭취율은 전체 평균 20.8%, 남학생 20.8% 여학생 20.9%로 섭취율이 전반적으로 낮았으며 성별 차이가 거의 없었다. 가구경제상태가 '중



* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

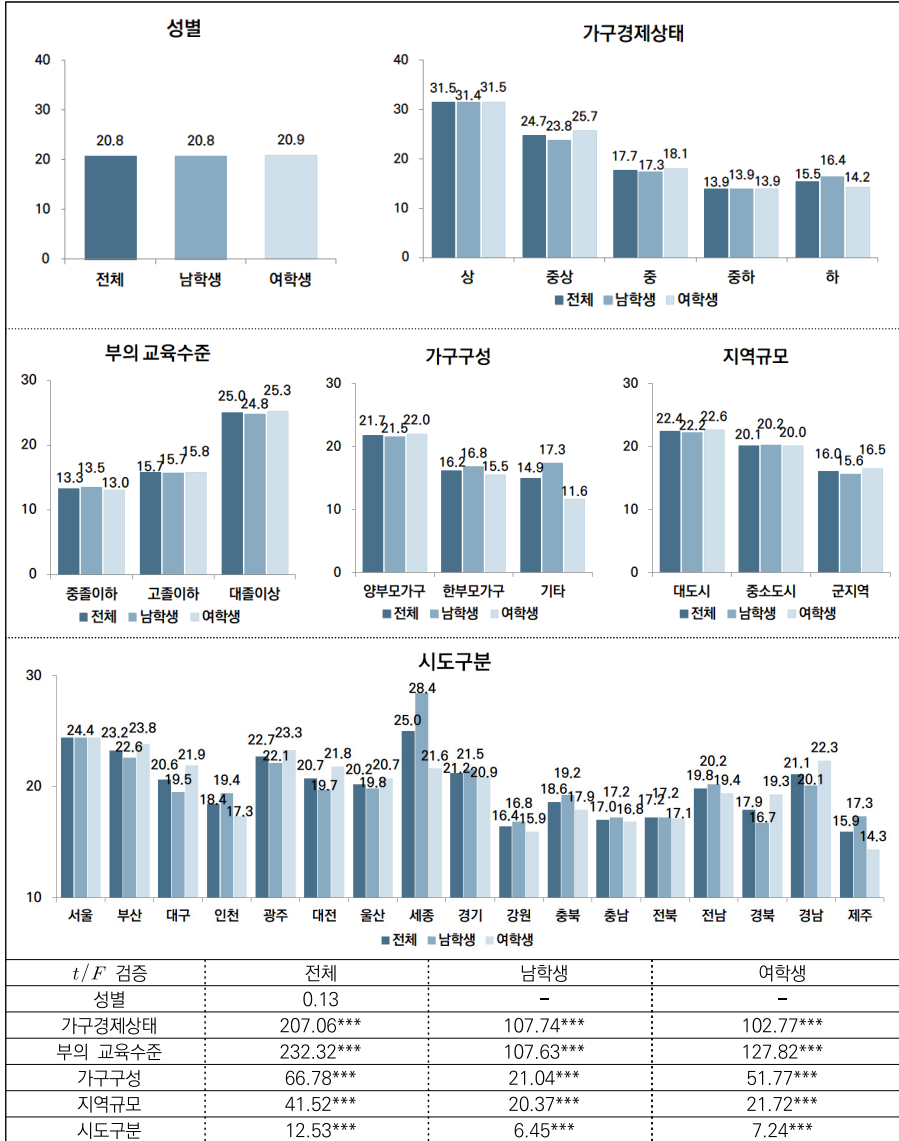
그림 III-4 탄산음료 섭취율(2018년)



* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

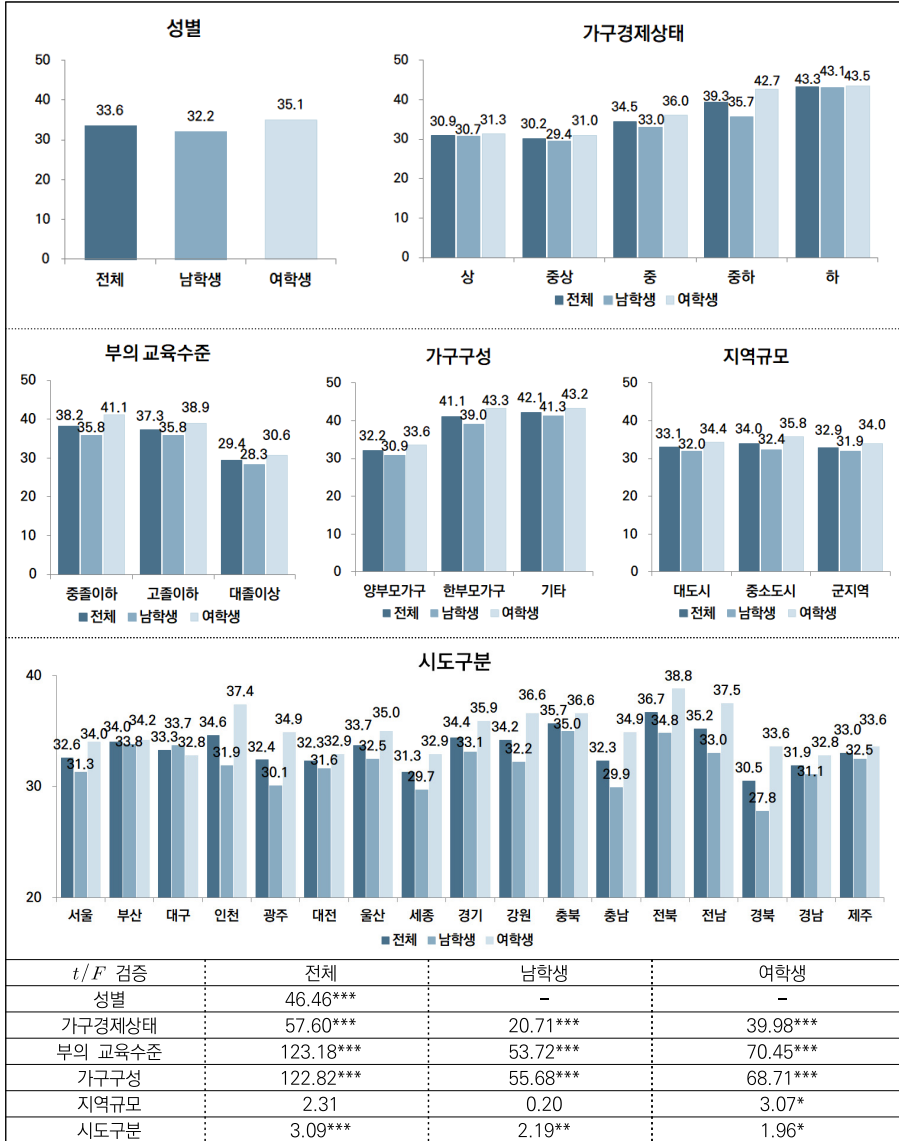
그림 III-5 패스트푸드 섭취율(2018년)



* 주: 1) *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-6 과일 섭취율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-7 아침식사 결식률(2018년)

하'인 집단을 제외하면 경제적으로 부유할수록, 아버지의 교육수준이 높을수록 섭취율이 높아 두 사회경제적 위치에 따른 과일 섭취율 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 양부모 가구의 과일 섭취율이 가장 높았으며 한부모 가구와 기타 가구에서 섭취율은 상대적으로 낮았다. 지역규모별로는 대도시, 중소도시, 군지역 순으로 섭취율이 높게 나타났고 시도 간 섭취율 차이도 유의하였다.

(4) 아침식사 결식률

주 5일 이상 아침식사 결식률은 전체 평균 33.6%, 남학생 32.2% 여학생 35.1%로 여학생의 결식률이 남학생보다 다소 높았다. 가구경제상태별로는 '상'인 집단과 '중상'인 집단이 거의 비슷한 수준에서 가장 낮은 비율을 보였고 경제적으로 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록 아침식사 결식률이 높아지는 경향을 보임에 따라 두 사회경제적 위치에 따른 아침식사 결식률 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 기타 가구와 한부모 가구 청소년의 결식률이 높았고, 양부모 가구 청소년의 결식률이 낮았다. 이때 기타 가구와 양부모 가구 간 아침식사 결식률 차이는 9.9%p에 달했다. 지역규모에 따른 결식률은 여학생에게서만 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보였으며, 중소도시에 거주하는 여학생의 결식률이 가장 높았다. 시도 간 결식률 차이는 유의하였다. 17개 시도 중 아침식사 결식률이 가장 높은 지역은 전북(36.7%), 가장 낮은 지역은 경북(30.5%)으로 나타났다.

3) 흡연

(1) 현재 흡연율

최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 6.7%, 남학생 9.4% 여학생 3.7%였으며 남학생과 여학생 간 차이는 5.7%p로 나타났다. 가구경제상태가 '상'인 집단에서 흡연율이 다소 높고 '중상'인 집단에서 낮아졌다 빈곤해

질수록 흡연율이 높아지는 J형의 경향성을 보였다. 또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 흡연율이 높았고 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모가구 순으로 흡연율이 높았다. 특히 기타 가구의 흡연율은 18.3%로 다른 가구 유형의 흡연율에 비해 두드러지게 높았다. 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 흡연율이 높게 나타났으며 17개 시도 중 흡연율이 가장 높은 지역은 광주(8.4%), 가장 낮은 지역은 충남(5.6%)으로 나타났다.

(2) 가정 내 간접흡연 노출률

주 1일 이상 가정 내 간접흡연 노출률은 전체 평균 23.0%, 남학생 22.5% 여학생 23.6%로 성별 차이는 크지 않았다. 또한 가구경제상태가 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록 노출률이 높았으며 두 사회경제적 위치에 따른 노출률 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 높았으며 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 가정 내 간접흡연 노출률이 높았다. 시도 간 가정 내 간접흡연 노출률도 유의한 차이를 보였으며 17개 시도 중 가정 내 간접흡연 노출률이 가장 높은 지역은 강원(29.0%), 가장 낮은 지역은 세종(17.9%)으로 나타났다. 가구경제상태나 아버지 교육수준, 가구 구성, 지역규모에 따른 간접흡연 노출률과 현재 흡연율은 같은 양상을 보인다.

(3) 학교 실내 간접흡연 노출률

주 1일 이상 학교 실내 간접흡연 노출률은 전체 평균 20.0%, 남학생 21.2%, 여학생 18.8%로 나타났다. 가구경제상태별로는 '상'인 집단에서 노출률이 다소 높고 '중'인 집단까지 낮아졌다 이후 빈곤해질수록 노출률이 급격하게 높아지는 J형의 경향성을 보였다. 또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 노출률이 높아졌으며, 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 노출률이 높았다.

지역규모별로는 여학생 집단에서 군지역의 학교 실내 간접흡연 노출률이 가장 높았고, 중소도시와 대도시는 유사한 수준이었으며 남학생 집단에서는 집단 간 통계적 차이가 유의하지 않았다. 17개 시도 중 학교 실내 간접흡연 노출률이 가장 높은 지역은 전북(27.7%), 가장 낮은 지역은 세종(12.9%)으로 나타났다. 특히 17개 시도별 비율의 차이가 큰 것은 정책이나 제도적 차이에 의한 것일 수도 있는 만큼 이러한 차이의 원인을 규명할 필요가 있다.

(4) 공공장소 실내 간접흡연 노출률

주 1일 이상 공공장소 실내 간접흡연 노출률은 전체 평균 51.4%, 남학생 45.6% 여학생 57.7%로, 여학생이 남학생에 비해 12.1%p 더 많이 공공장소 간접흡연에 노출되는 것으로 나타났다. 가구경제상태가 '상'인 집단의 노출률이 가장 낮았고 '중하'인 집단의 노출률이 가장 높았으며, 아버지의 교육수준이 낮을수록 노출률이 높았다. 가구구성별로는 양부모 가구에 비해 한부모 가구, 기타 가구 학생 청소년의 공공장소 실내 간접흡연 노출률이 높았다. 지역규모에 따른 노출률은 대도시와 중소도시에서 높았고 군지역은 낮았으며, 남학생의 노출률은 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보이지 않았다. 시도 간 공공장소 내 간접흡연 노출률은 유의한 차이를 보였는데, 17개 시도 중 공공장소 내 간접흡연 노출률이 가장 높은 지역은 광주(57.4%), 가장 낮은 지역은 세종(43.7%)으로 나타났다. 세종시의 경우는 가정, 학교, 공공장소에서 간접흡연율이 가장 낮은 지역으로 나타났는데, 지역 간 간접흡연율의 격차에 영향을 미치는 인구학적, 사회경제적, 정책적 요소들을 살펴볼 필요가 있을 것이다.

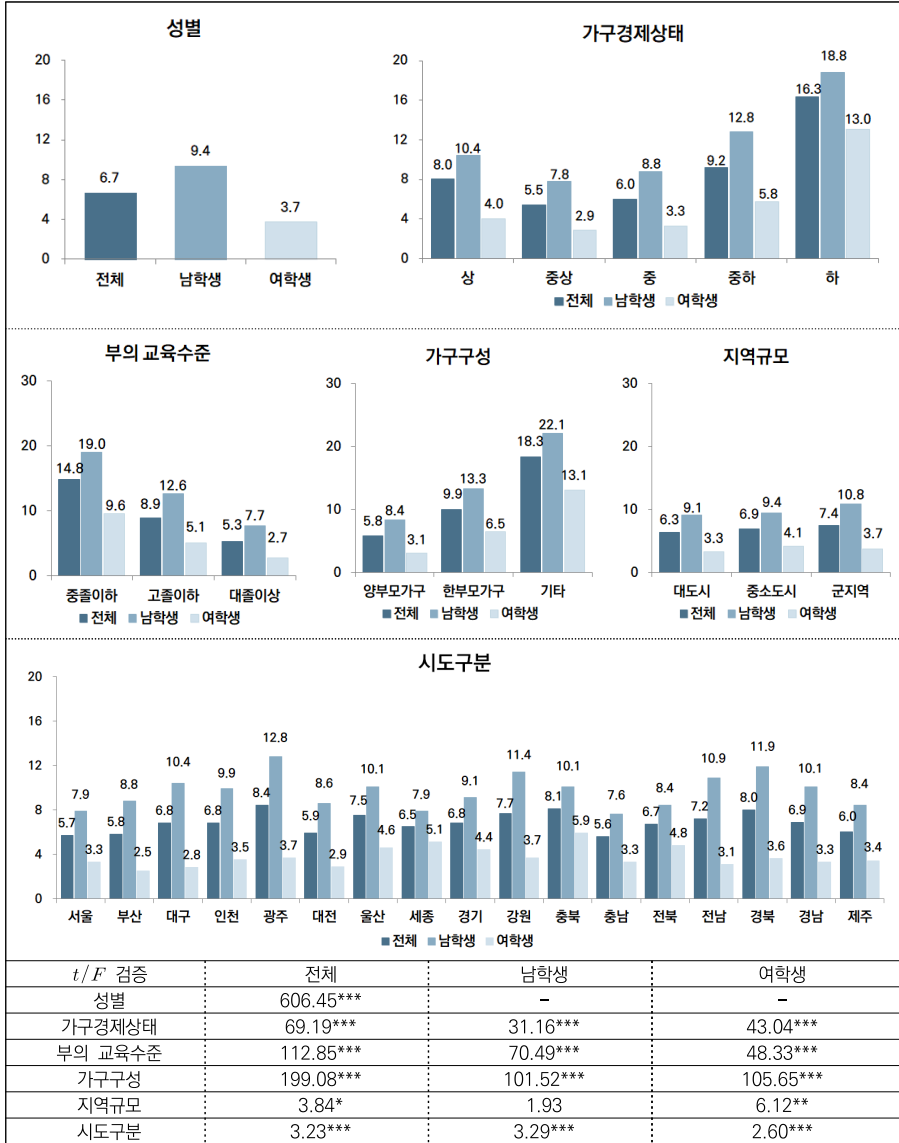
(5) 총 간접흡연 노출률

주 1일 이상 가정 또는 학교 또는 공공장소 등 실내에서 간접흡연에 노출된 경험이 있는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 61.8%, 남학생 56.9% 여학생 67.2% 등 전반적으로 높아 청소년들의 간접흡연율 감소대책 마련이 필요하다.

성별에 따른 차이를 보면 여학생이 남학생에 비해 10.3%p 더 많이 간접흡연에 노출되는 것으로 나타났다. 이러한 남녀의 차이는 직접 흡연율에서 보이는 성별의 차이와 반대의 형태를 보이는데 여학생이 남학생에 비해 흡연율이 낮음에도 불구하고 간접흡연 노출률이 높은 이유를 규명할 필요가 있다. 간접흡연은 직접흡연만큼이나 개인 건강에 치명적인 영향을 줄 수 있으므로 이에 대한 대책을 마련해야 한다. 가구경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 경제적으로 빈곤할수록 아버지의 교육수준이 낮을수록 노출률이 높았으며, 두 사회경제적 위치에 따른 간접흡연 노출률 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 양부모 가구에 비해 한부모 가구, 기타 가구 학생 청소년의 간접흡연 노출률이 높았다. 지역규모에 따른 노출률에는 유의미한 차이가 없었으며, 17개 시도 중 총 간접흡연 노출률이 가장 높은 지역은 광주(67.5%), 가장 낮은 지역은 세종(51.4%)으로 나타났다.

(6) 구매시도자의 담배 구매 용이성

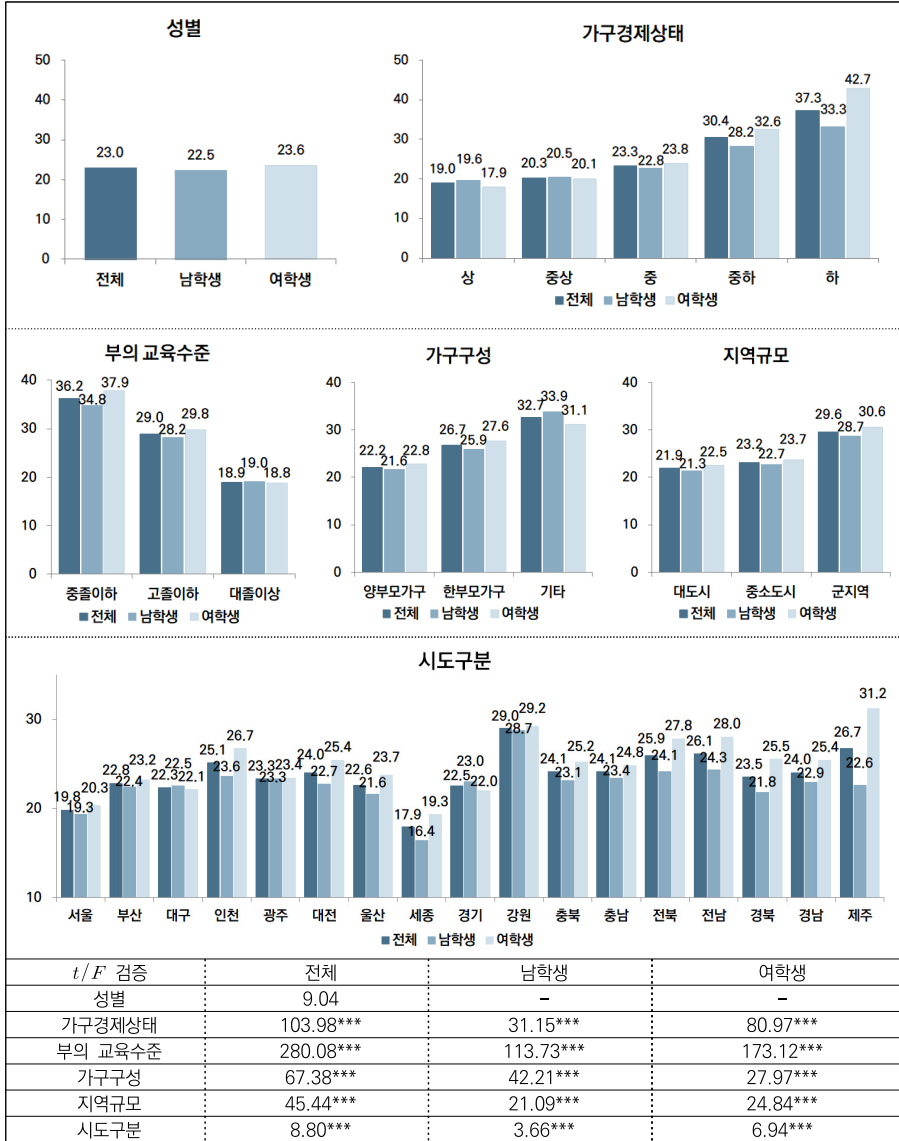
최근 30일 동안 담배 구매를 시도한 학생 청소년 중 구매하는데 성공한 청소년은 전체 평균 73.9%, 남학생 73.1%, 여학생 75.9%로 전반적으로 높은 수치를 보였다. 담배는 청소년들에게 유해물질로 규정되어 있고 그에 따라 청소년들의 구매가 원칙적으로 금지되어 있는 만큼 구매 시도 시 성공률이 높다는 사실은 이에 대한 대책 마련이 필요함을 시사한다. 가구경제상태별로는 일관된 경향을 보이지 않았으나 아버지의 교육수준에 따라서는 교육수준이 낮을수록 담배 구매가 용이했던 비율이 높아지는 경향이 뚜렷하였다. 그러나 남학생 집단에서는 아버지 교육수준별 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 높은 경향이 두드러졌다. 지역규모에 따른 담배 구매 용이성 차이는 거의 없었고 시도 간 담배 구매 용이성 차이는 남학생 집단에서만 통계적으로 유의하였다. 이때 용이성이 가장 높은 지역은 울산(87.4%), 가장 낮은 지역은 경기(67.6%)로 나타났다.



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

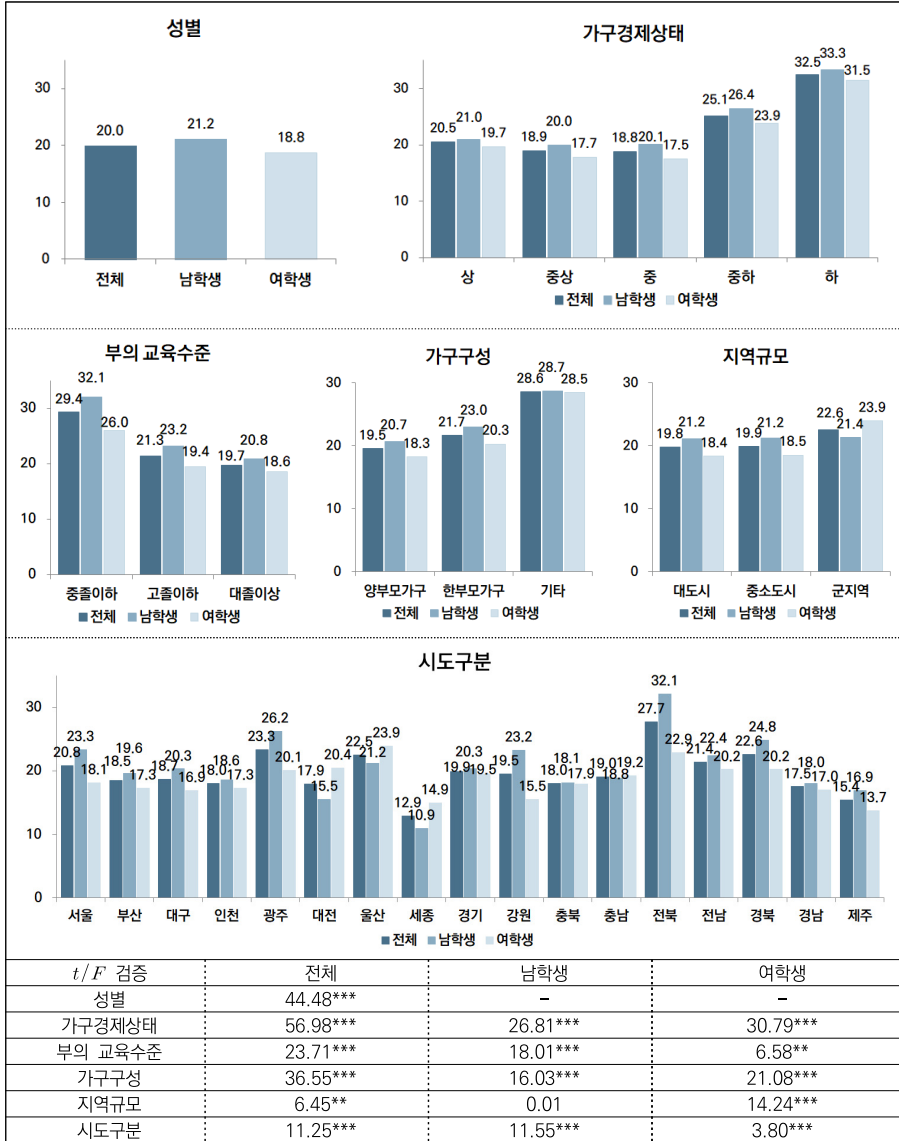
그림 III-8 현재 흡연율(2018년)



* 주: 1) *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

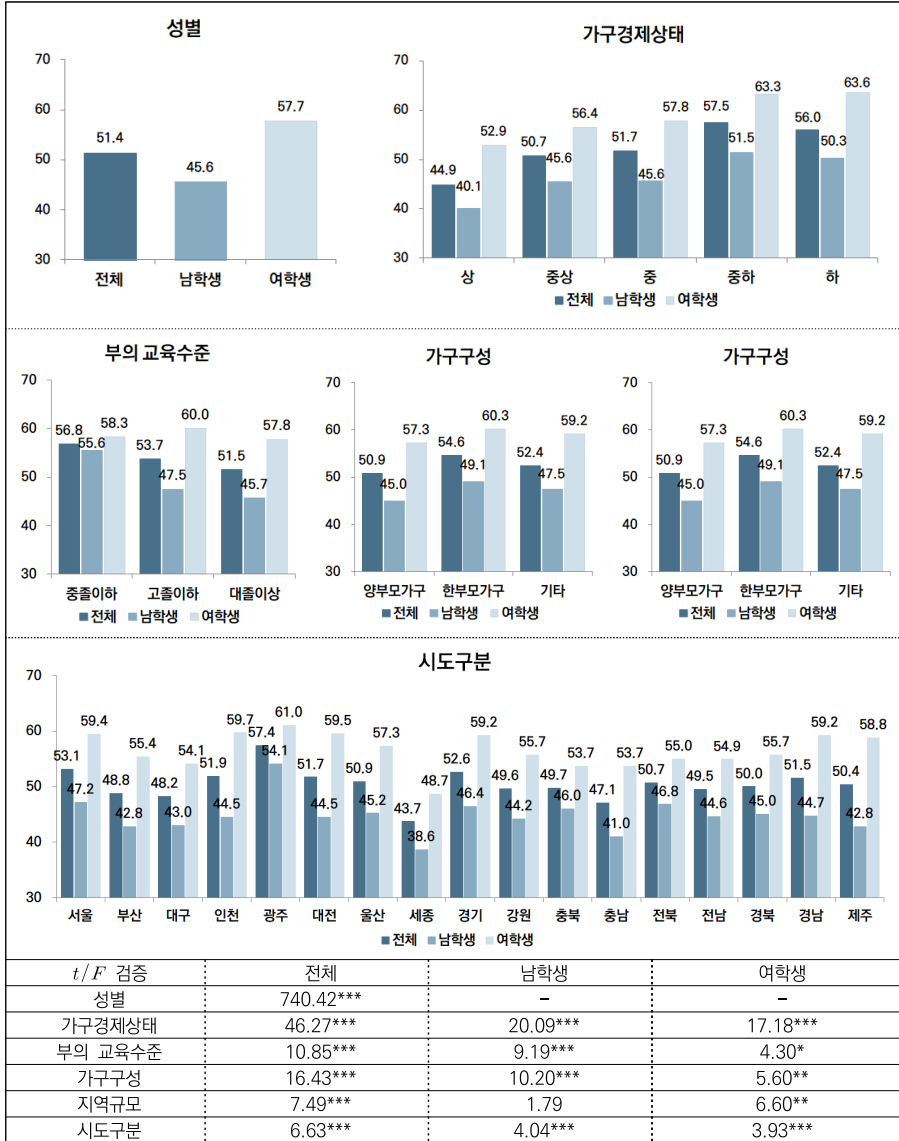
그림 Ⅲ-9 가정 내 간접흡연 노출률(2018년)



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

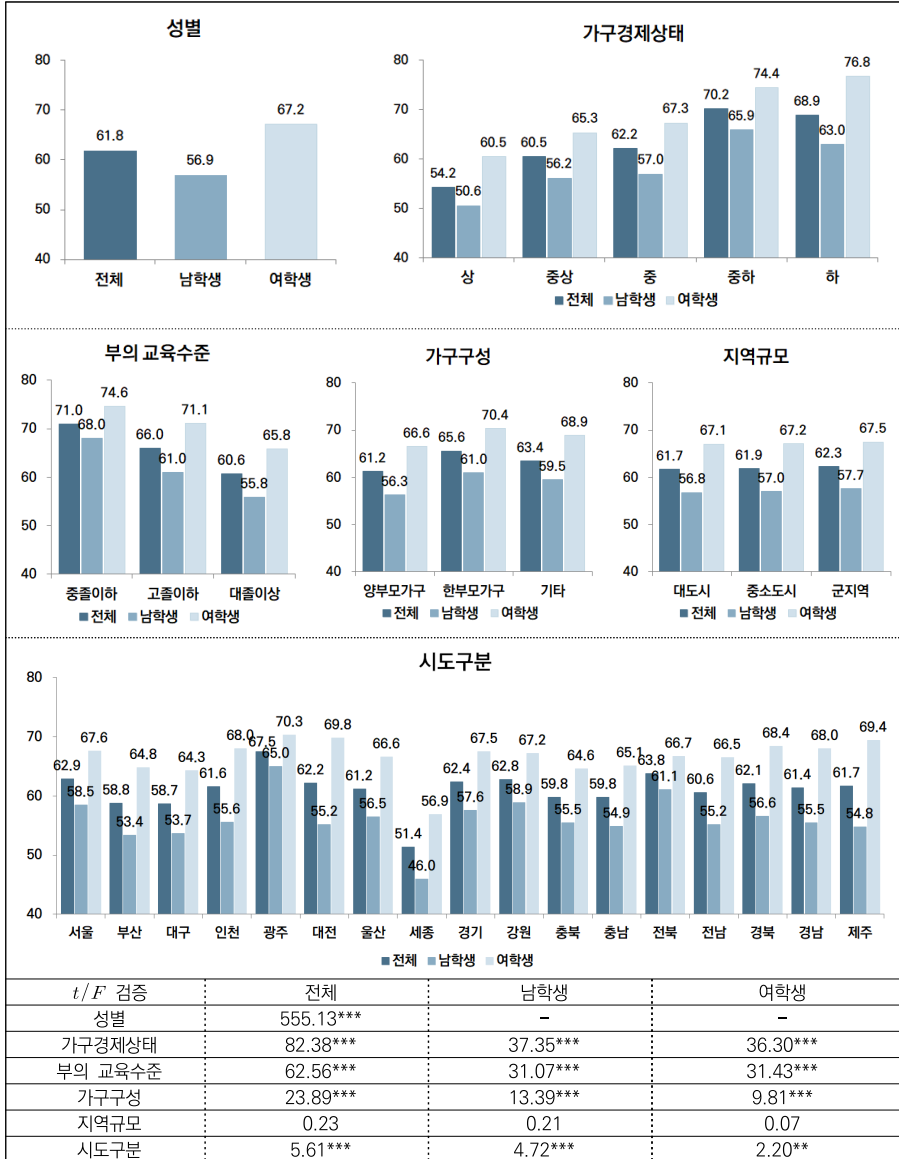
그림 III-10 학교 실내 간접흡연 노출률(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

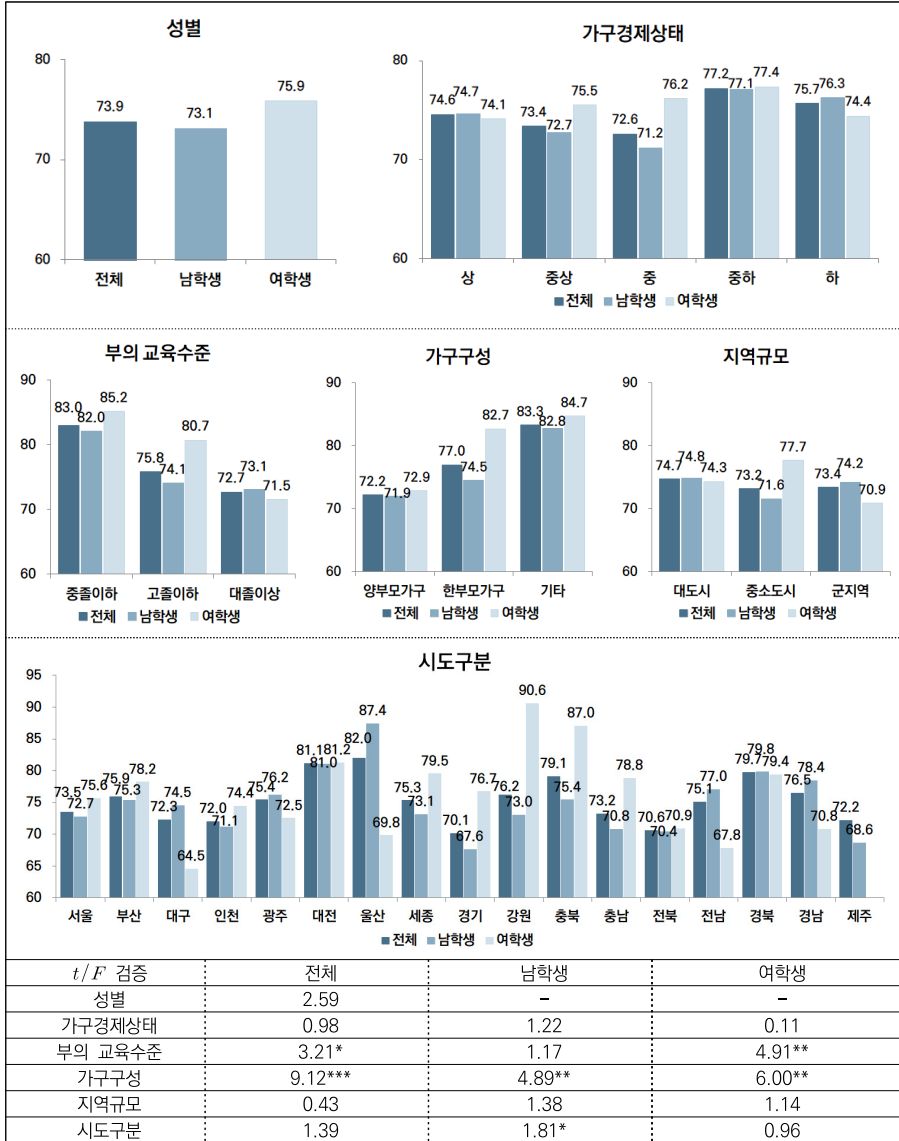
그림 Ⅲ-11 공공장소 실내 간접흡연 노출률(2018년)



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-12 총 간접흡연 노출률(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III -13 구매 시도자의 담배 구매 용이성(2018년)

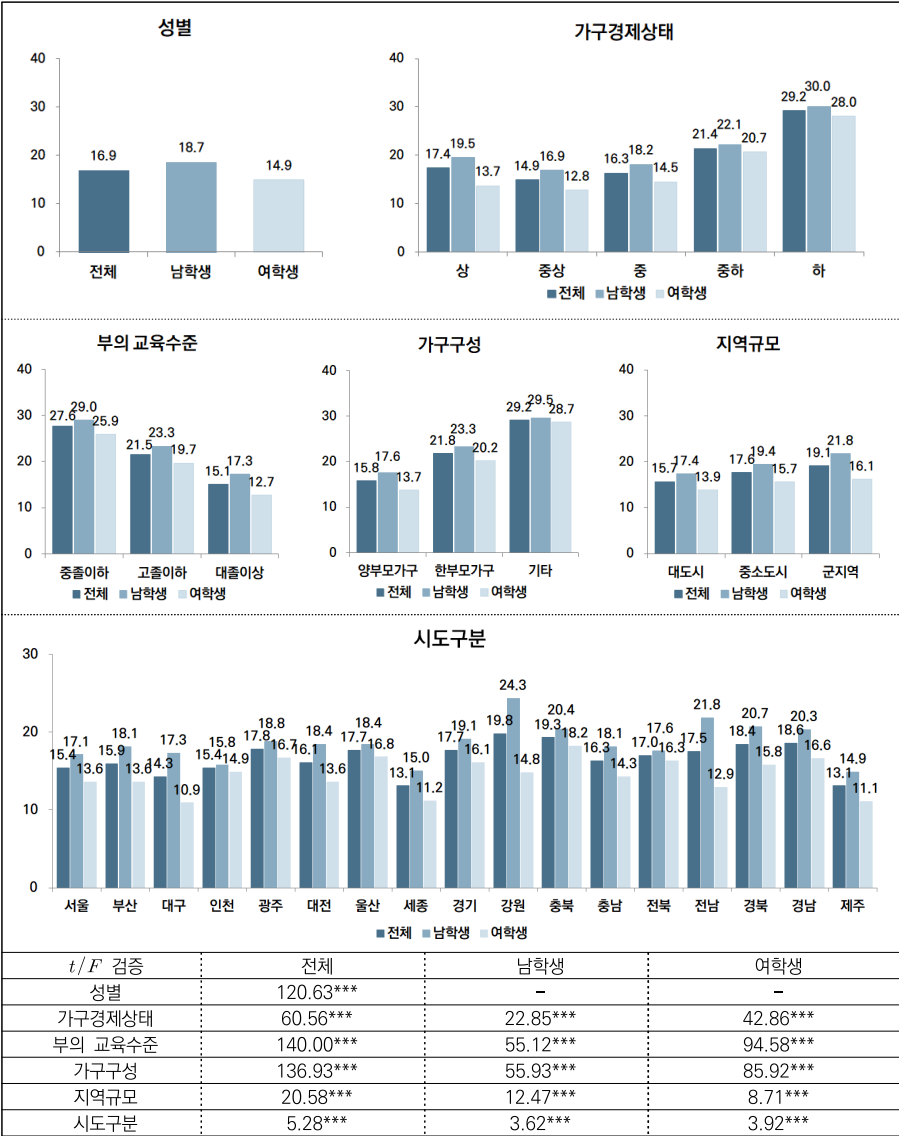
4) 음주

(1) 현재 음주율

최근 30일 동안 1잔 이상 음주한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 16.9%, 남학생 18.7% 여학생 14.9%였으며 남학생과 여학생 간 차이는 3.8%p로 나타났다. 또한 가구경제상태가 '상'인 집단에서 음주율이 다소 높고 '중상'인 집단에서 낮아졌다 빈곤해질수록 음주율이 다시 높아지는 J형의 경향성을 보였다. 아버지의 교육수준이 낮을수록 현재 음주율이 높았으며 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 음주율이 상승하는 경향이 뚜렷하였다. 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 음주율이 높게 나타났고 시도 간 음주율이 유의한 차이를 보였다. 17개 시도 중 현재 음주율이 가장 높은 지역은 강원(19.8%), 가장 낮은 지역은 세종(13.1%)으로 나타났다.

(2) 구매시도자의 주류 구매 용이성

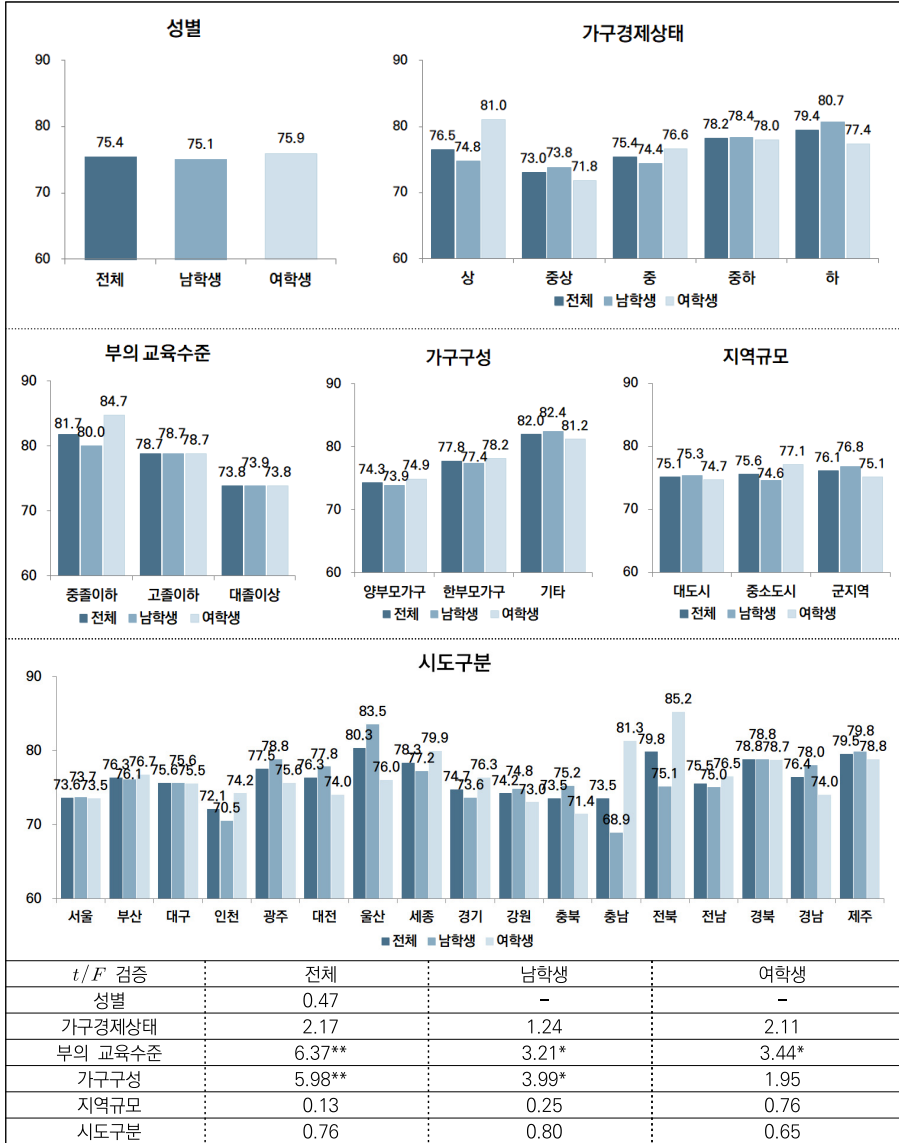
최근 30일 동안 주류 구매를 시도한 학생 청소년 중 노력(많이 노력, 조금만 노력, 노력 없이도 쉽게)하면 살 수 있었다고 응답한 청소년은 전체 평균 75.4%, 남학생 75.1%, 여학생 75.9%로 전반적으로 높은 수치를 보였다. 앞서 서술한 담배 구매와 마찬가지로 주류도 청소년들의 구매가 원칙적으로 금지되어 있는 만큼 구매를 시도했을 때 살 수 있었다는 사실은 이에 대한 대책 마련이 필요함을 시사한다. 현재 음주율과 마찬가지로 가구경제상태가 '상'인 집단에서 주류 구매 용이성이 다소 높고 '중상'인 집단에서 낮아졌다 빈곤한 환경에 있을수록 주류 구매 용이성이 다시 높아지는 J형의 형태를 보였으나 통계적으로 유의한 경향은 아니었다. 아버지의 교육수준이 낮을수록 주류 구매 용이성 높은 것으로 나타났으며 가구구성별로는 전체 및 남학생 집단에서 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 높은 경향이 두드러졌다. 지역규모에 따른 주류 구매 용이성 차이는 거의 없었고, 시도 간 주류 구매 용이성 차이도 유의하지 않았다.



* 주: 1) *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-14 현재 음주율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III -15 구매 시도자의 주류 구매 용이성(2018년)

5) 성

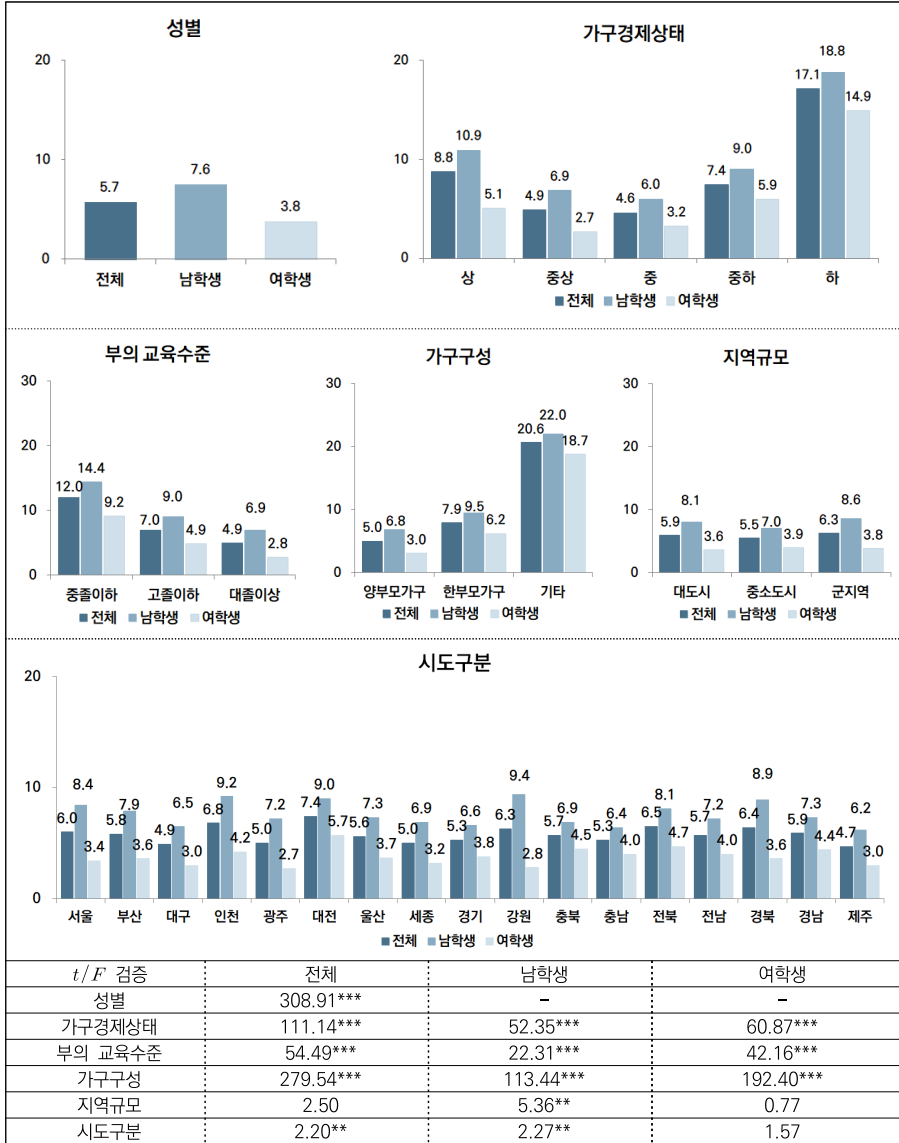
(1) 성관계 경험률

평생 동안 성관계 경험이 있는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 5.7%, 남학생 7.6%, 여학생 3.8%로, 남학생의 경험률이 여학생의 2배에 달했다. 가구경제상태 별로는 '상'인 집단에서 성관계 경험률이 높고 '중'인 집단까지 낮아졌다 빈곤해질 수록 경험률이 다시 높아지는 J형의 경향성을 보였다. 또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 경험률이 높게 나타났으며 양부모 가구에 비해 한부모 가구 및 기타 가구의 경험률이 높았으며 기타 가구와 양부모 가구 간 성관계 경험률 차이는 15.6%p에 달했다. 지역규모에 따른 경험률 차이는 남학생 집단에서, 시도 간 경험률 차이는 전체 및 남학생 집단에서 유의하였고, 17개 시도 중 전체 청소년의 성관계 경험률이 가장 높은 지역은 대전(7.4%), 가장 낮은 지역은 제주(4.7%)로 나타났다.

6) 안전

(1) 앞좌석 안전벨트 미착용률

승용차나 택시 앞좌석 탑승 경험자 중 안전벨트를 가끔 매거나 전혀 매지 않는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 16.8%, 남학생 16.4%, 여학생 17.3%로 나타났다. 또한 가구경제상태가 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록 앞좌석 안전벨트 미착용률이 높았으며 두 사회경제적 위치에 따른 미착용률 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 기타 가구 및 한부모 가구 청소년의 미착용률이 높았고, 양부모 가구 청소년의 미착용률은 상대적으로 낮았다. 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 앞좌석 안전벨트 미착용률이 높게 나타났고 시도 간 미착용률 차이가 유의하였다. 17개 시도 중 앞좌석 안전벨트 미착용률이 가장 높은 지역은 제주(30.4%), 가장 낮은 지역은 대구(12.7%)로 나타났다.



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

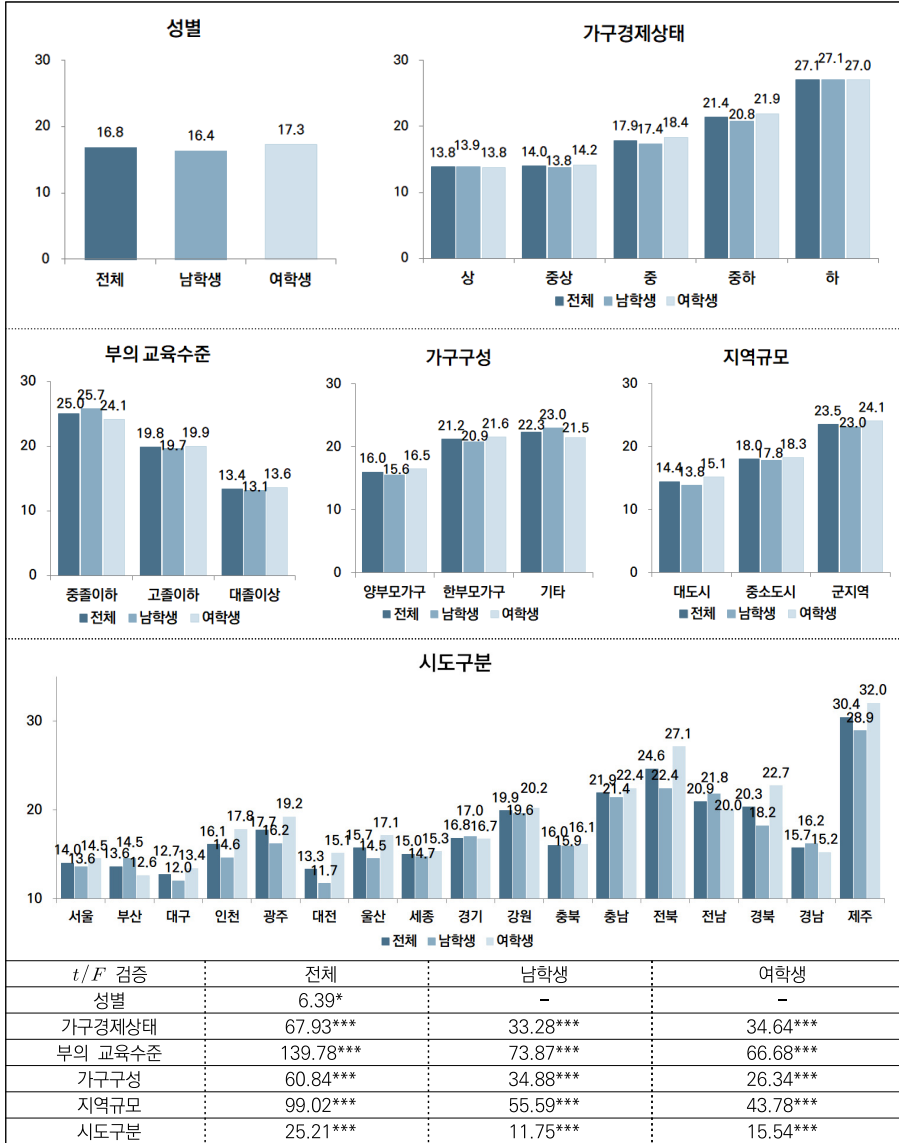
그림 III-16 성관계 경험률(2018년)

(2) 뒷좌석 안전벨트 미착용률

승용차나 택시 뒷좌석 탑승 경험자 중 안전벨트를 가끔 매거나 전혀 매지 않는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 63.8%, 남학생 62.1%, 여학생 65.8%로, 남녀 청소년 모두 높은 수치를 나타냈다. 특히 여학생의 경우는 앞서 살펴 본 앞좌석 안전벨트 미착용률에서와 마찬가지로 남학생에 비해 그 비율이 높았다. 또한 가구 경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록 뒷좌석 안전벨트 미착용률이 높았으며 두 사회경제적 위치에 따른 미착용률 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 양부모 가구에 비해 한부모 가구 및 기타 가구 학생 청소년의 미착용률이 높았다. 지역규모에 따른 뒷좌석 안전벨트 미착용률 차이는 거의 없었으나 시도 간 미착용률 차이는 유의하였다. 17개 시도 중 뒷좌석 안전벨트 미착용률이 가장 높은 지역은 제주(79.7%), 가장 낮은 지역은 세종(58.7%)으로 나타났다.

(3) 자전거 헬멧 미착용률

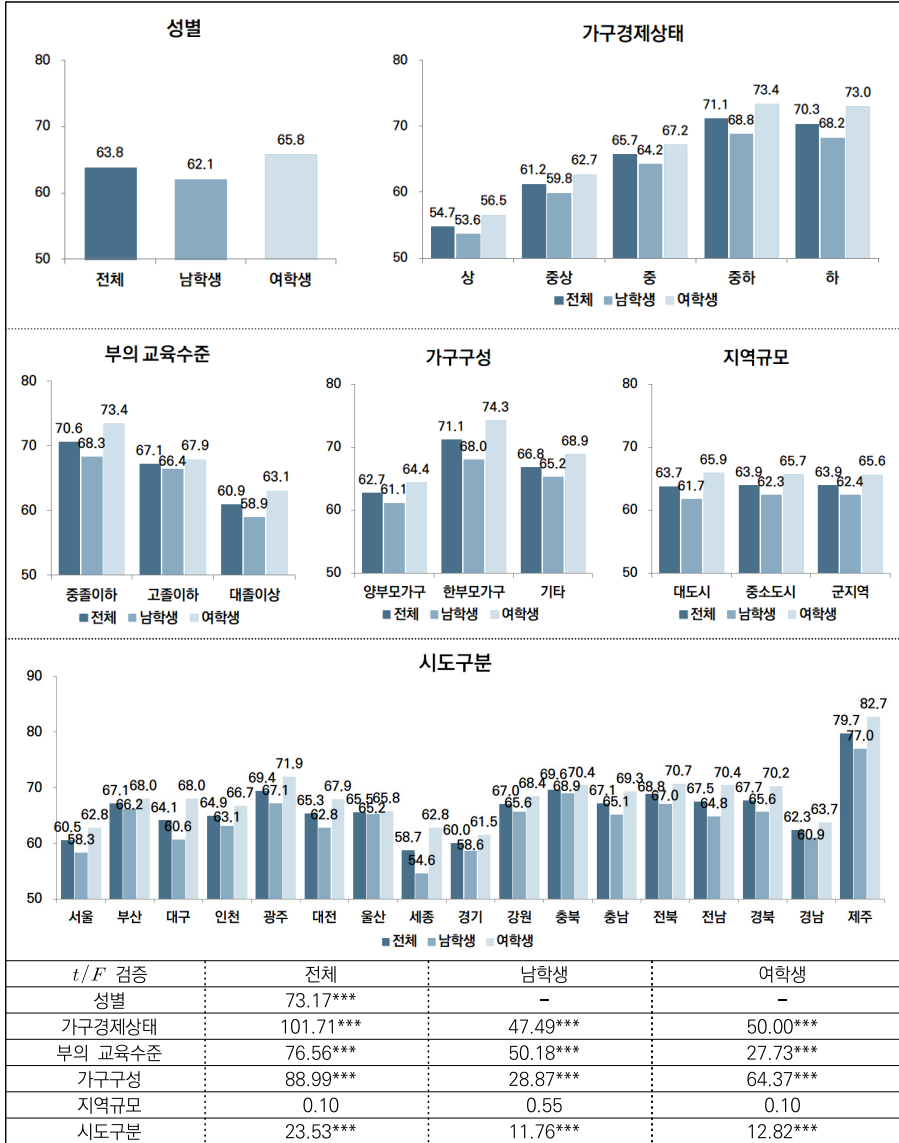
최근 12개월 동안 자전거를 탈 때 헬멧을 가끔 착용하거나 전혀 착용하지 않은 학생 청소년의 비율은 전체 평균 81.5%, 남학생 80.1%, 여학생 84.6%로 전반적으로 높은 수치를 보였다. 이러한 성별의 차이는 앞서 자동차 탑승 시 안전벨트 미착용률에서 보인 경향과 일치한다. 가구경제상태가 하인 집단을 제외하면 경제적으로 빈곤할수록 미착용률이 높았고 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 헬멧 미착용률은 가장 낮았다. 가구구성별로는 양부모에 비해 한부모 가구 학생 청소년의 미착용률이 높았다. 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 자전거 헬멧 미착용률이 높게 나타났고 시도 간 미착용률 차이도 통계적으로 유의하였다. 17개 시도 중 자전거 헬멧 미착용률이 가장 높은 지역은 전북(88.7%), 가장 낮은 지역은 부산(77.0%)으로 나타났다. 자전거 사고 시 머리 부상이 가장 많다는 조사결과(경향신문, 2017.5.21)를 상기해 본다면 헬멧 착용은 반드시 필요할 것으로 보인다.



* 주: 1) * α .05, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

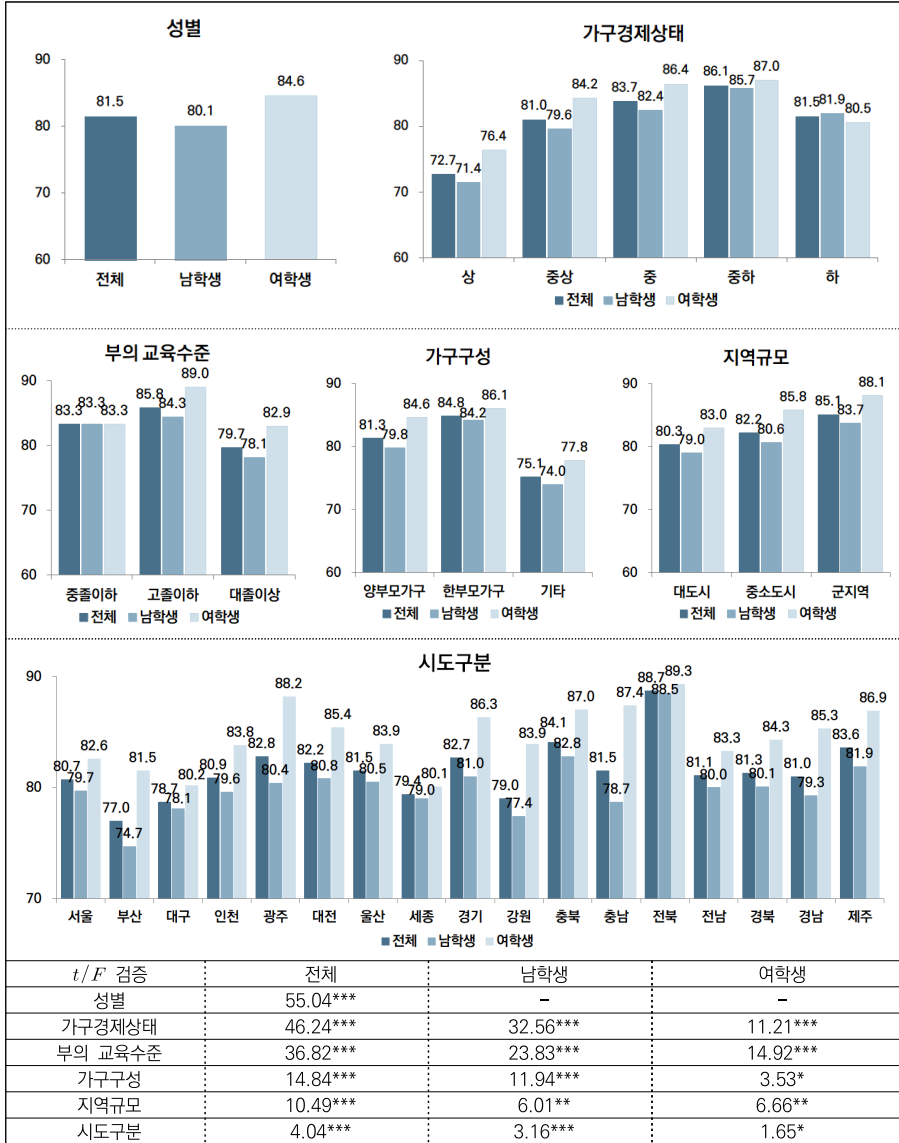
그림 III-17 앞좌석 안전벨트 미착용률(2018년)



* 주: 1) *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III -18 뒷좌석 안전벨트 미착용률(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-19 자전거 헬멧 미착용률(2018년)

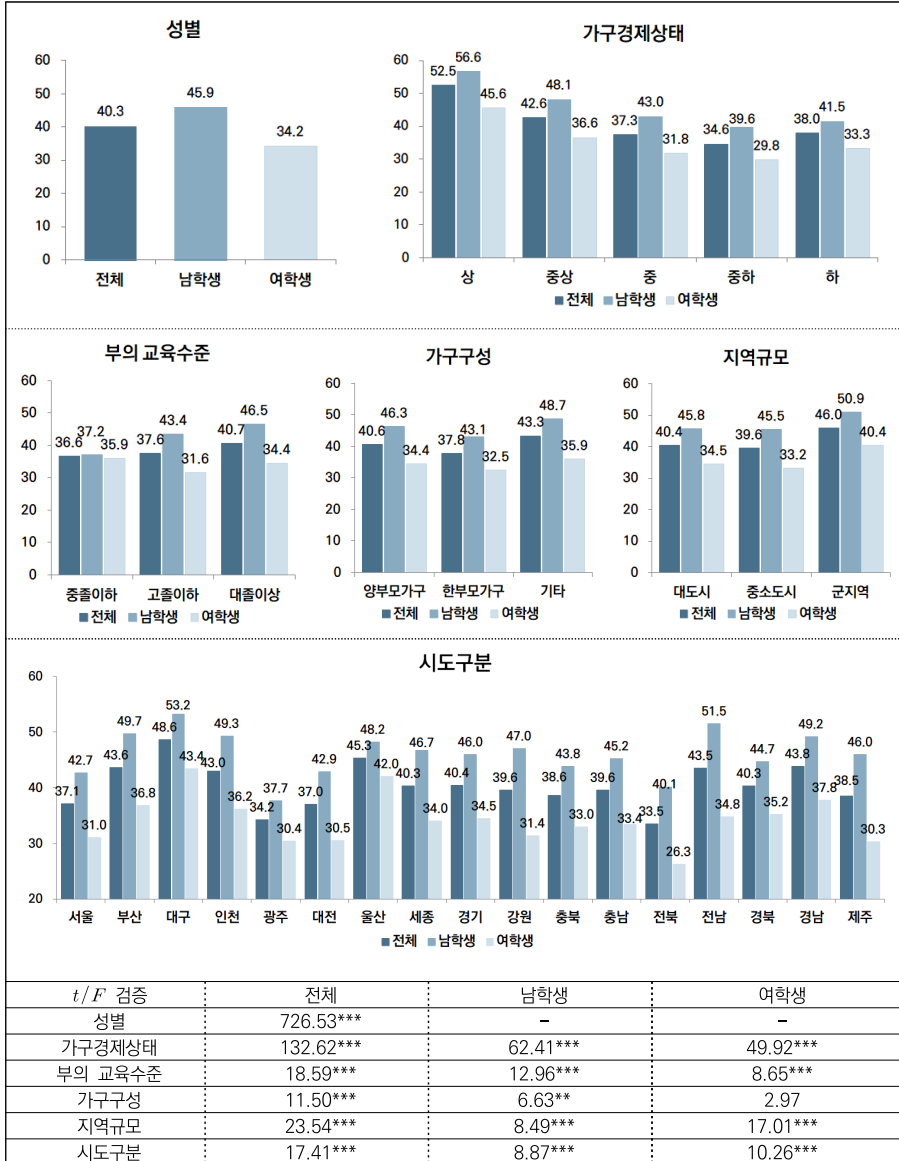
7) 개인위생

(1) 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율

최근 7일 동안 학교에서 식사하기 전 비누를 이용해 손씻기를 항상 또는 대부분 실천한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 40.3%, 남학생 45.9%, 여학생 34.2%로 여학생에 비해 남학생의 실천율이 11.7%p 더 높은 것으로 나타났다. 가구경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 경제적으로 부유할수록, 그리고 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 손씻기 실천율이 높았다. 가구구성별로는 기타 가구, 양부모 가구, 한부모 가구 학생 청소년 순으로 손씻기 실천율이 높았으나, 여학생은 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 지역규모별로는 군지역의 손씻기 실천율이 높게 나타났고, 대도시와 중소도시는 유사한 실천율을 보였다. 17개 시도 중 손씻기 실천율이 가장 높은 지역은 대구(48.6%), 가장 낮은 지역은 전북(33.5%)으로 나타났다. 학교에서 식사 전 손씻기 비율은 뒤에 서술되어 있는 가정에서 식사 전 손씻기 비율과 비교해 볼 때 훨씬 낮은 수치이다. 이는 학교에서 식사 전에 손 씻는 것이 가정에서만 용이하지 않기 때문일 수 있어 식사 전 손 씻을 수 있는 시간을 제공하고 위생교육을 실시하는 등의 제도적 보완이 필요할 것으로 보인다. 또한, 급식실에 들어가기 전 손을 씻을 수 있는 수도시설을 마련하거나 적어도 손소독제를 비치해 놓는 방안 등도 고려해 볼 필요가 있다.

(2) 집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율

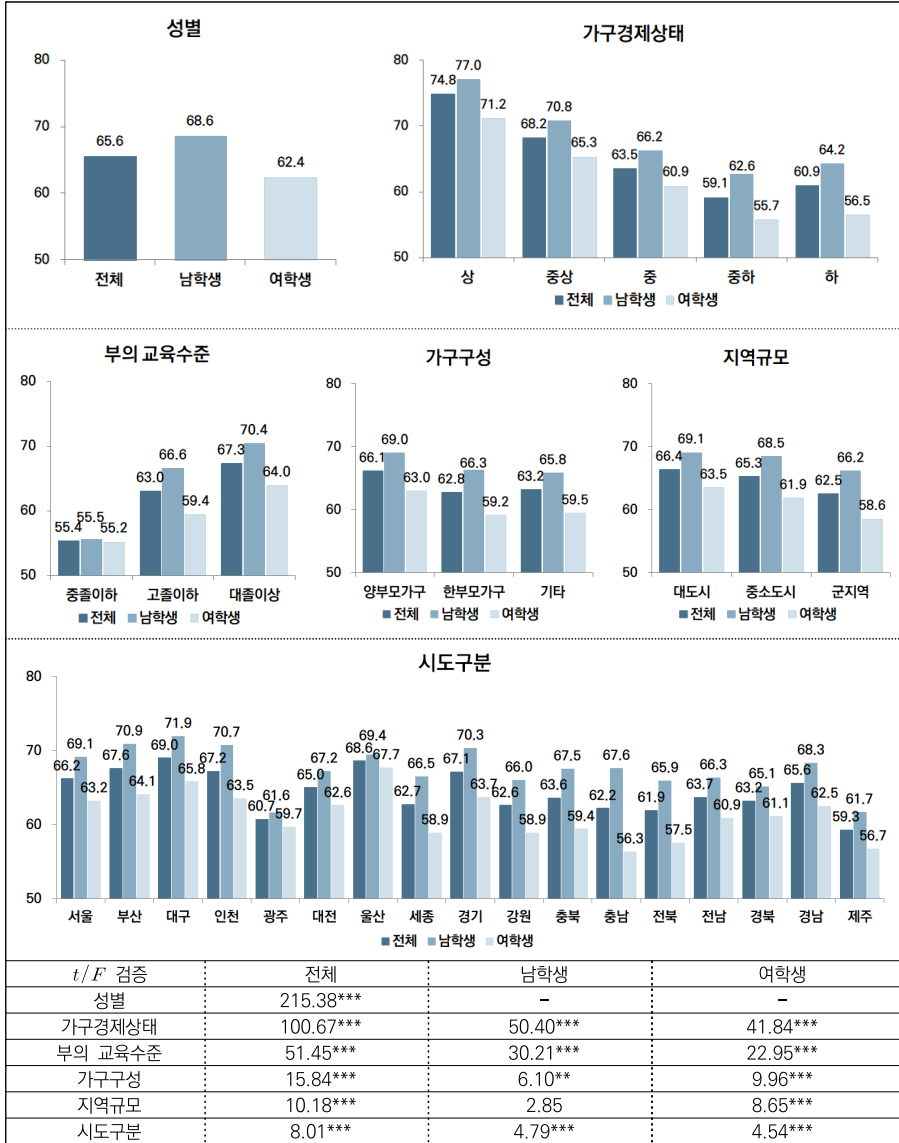
최근 7일 동안 집에서 식사하기 전 비누를 이용해 손씻기를 항상 또는 대부분 실천한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 65.6%, 남학생 68.6%, 여학생 62.4%로 남녀 청소년 모두 학교에서 손 씻는 비율에 비해 상대적으로 높은 수치를 보였다. 가구경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 경제적으로 부유할수록, 아버지의 교육수준이 높을수록 손씻기 실천율이 높아지는 경향을 보였다. 가구구성별로는



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 Ⅲ-20 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율(2018년)



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-21 집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율(2018년)

한부모 및 기타 가구에 비해 양부모 가구 학생 청소년의 실천율이 높았다. 지역규모별로는 대도시, 중소도시, 군지역 순으로 손씻기 실천율이 높게 나타났고 17개 시도 중 손씻기 실천율이 가장 높은 지역은 대구(69.0%), 가장 낮은 지역은 제주(59.3%)로 나타났다.

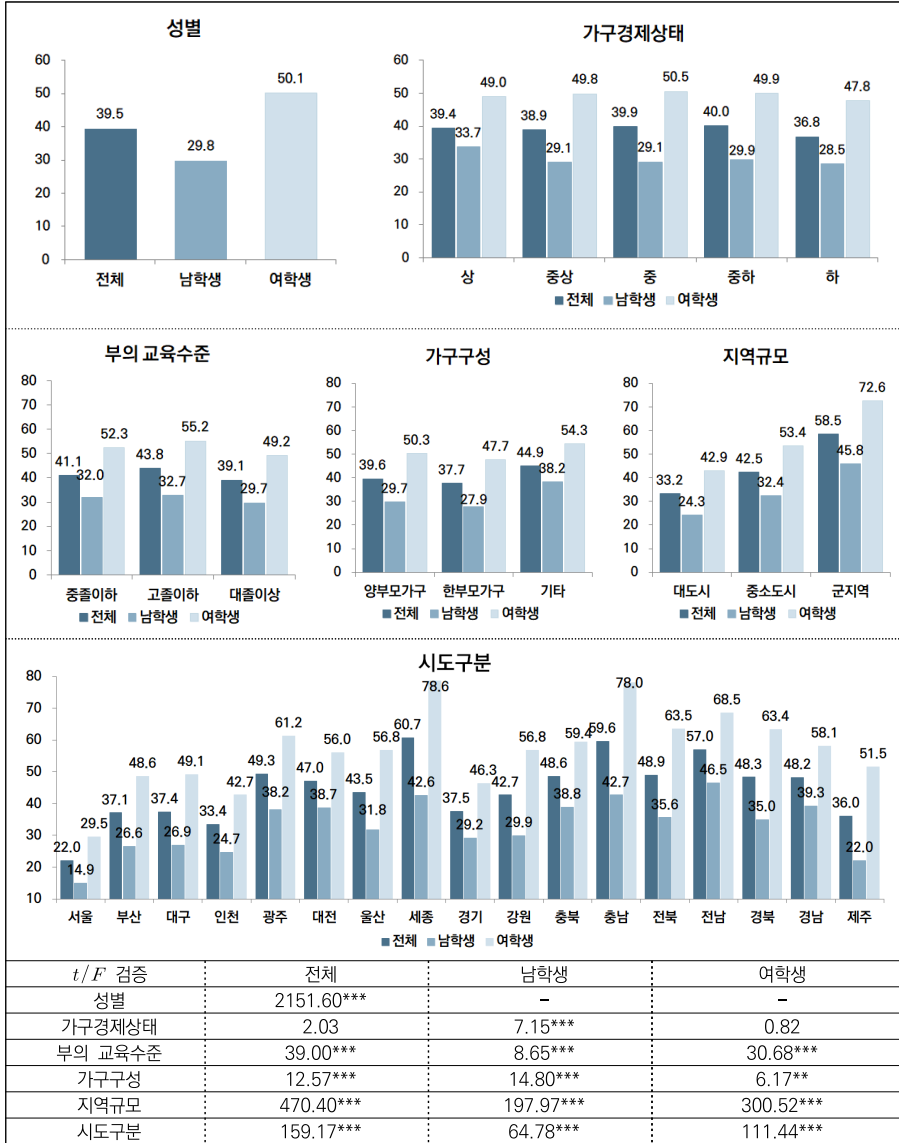
8) 구강건강

(1) 학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율

최근 7일 동안 학교에서 점심식사 후 칫솔질을 항상 또는 대부분 한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 39.5%, 남학생 29.8%, 여학생 50.1%로, 남학생에 비해 여학생의 실천율이 20.3%p 더 높은 것으로 나타났다. 전체 및 여학생은 가구경제상태에 따른 경향이 두드러지지 않았으나 남학생은 가구경제상태에 따른 실천율 차이가 있었고, 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 칫솔질 실천율은 가장 낮은 경향을 보였다. 가구구성별로는 양부모 가구 및 한부모 가구에 비해 기타 가구 학생 청소년의 실천율이 더 높았다. 지역규모별로는 군지역, 중소도시, 대도시 순으로 칫솔질 실천율이 높았으며 시도 간 실천율 차이 역시 통계적으로 유의하였다. 17개 시도 중 실천율이 가장 높은 지역은 세종(60.7%), 가장 낮은 지역은 서울(22.0%)로 나타났다. 학교에서 점심식사 후 칫솔질 비율이 낮은 것은 학교에서 식사 전에 손 씻기 비율이 낮은 것과 같이 환경 상 양치질이 용이하지 않기 때문일 수 있다. 따라서 식사 후 칫솔질 등 위생활동을 자연스럽게 할 수 있도록 환경을 마련해 줄 필요가 있다.

(2) 연간 치아 통증 경험률

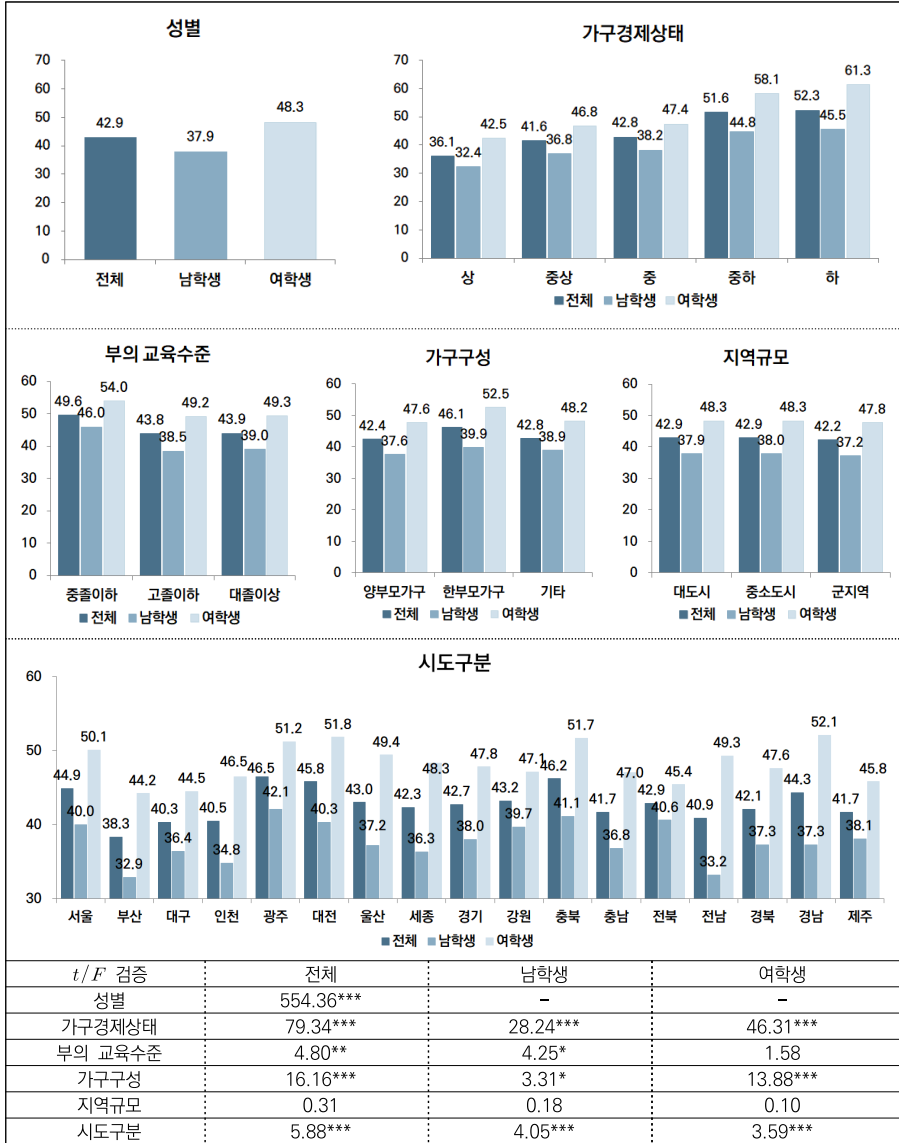
최근 12개월 동안 치아 통증 증상(차갑거나 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픈 증상)을 한 가지 이상 경험한 적이 있는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 42.9%, 남학생 37.9%, 여학생 48.3%로, 남학생에 비해 여학생



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-22 학교에서 점심식사 후 찹쌀질 실천율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III -23 연간 치아 통증 경험률(2018년)

의 교내 점심식사 후 칫솔질 실천율이 높음에도 불구하고 연간 치아 통증 경험률이 10.4%p 더 높은 것으로 나타났다. 가구경제상태가 빈곤할수록 치아 통증 경험률이 높았으며 이는 경사면의 형태를 띠었다. 또한 전체 및 남학생의 경우 아버지의 교육수준에 따른 통증 경험률 차이가 통계적으로 유의하였다. 가구구성별로는 한부모 가구 청소년의 통증 경험률이 가장 높았고, 기타 가구와 양부모 가구 청소년 간 차이는 크지 않았다. 지역규모에 따른 통증 경험률에는 큰 차이가 없었으나 시도 간 경험률 차이는 통계적으로 유의하였다.

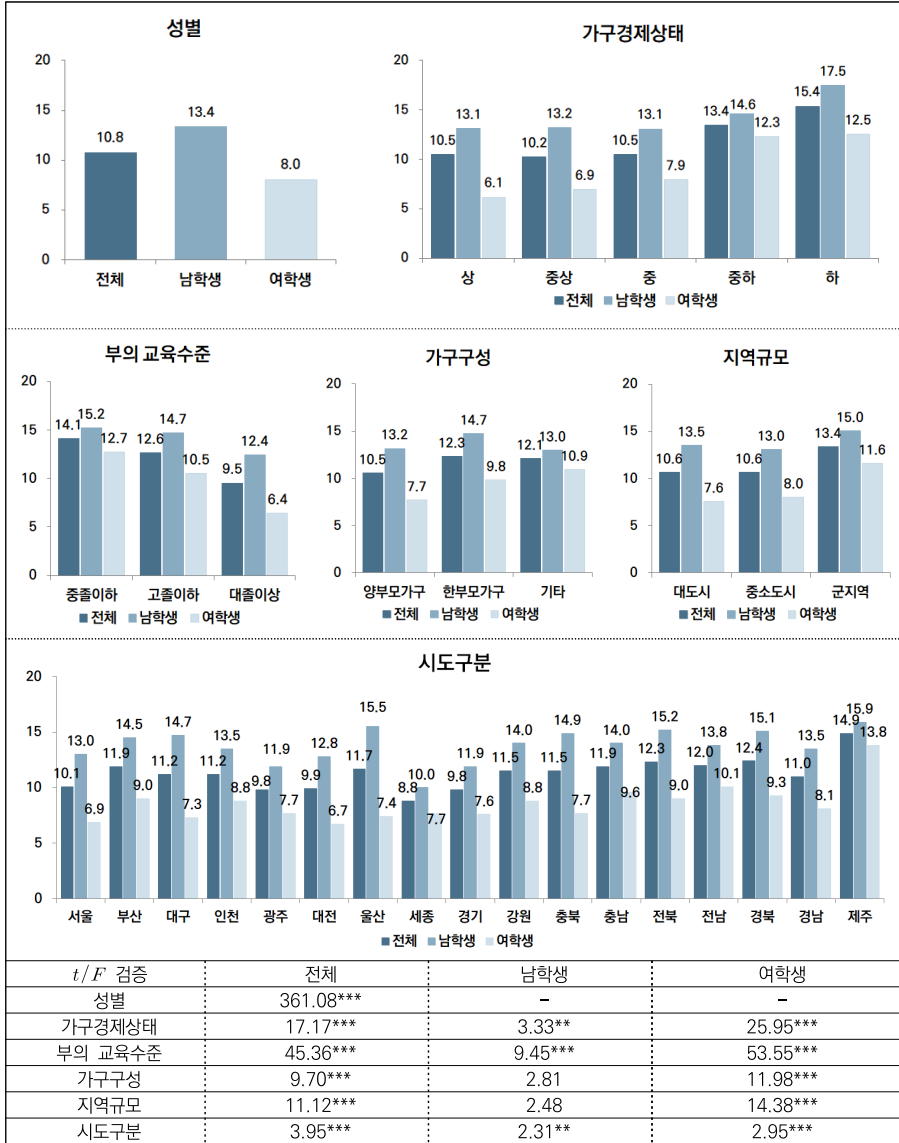
9) 비만 및 신체이미지

(1) 비만을

체질량지수가 95백분위수 이상(2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준)인 학생 청소년의 비율은 전체 평균 10.8%, 남학생 13.4%, 여학생 8.0%로, 여학생에 비해 남학생의 비만율이 5.4%p 더 높았다. 또한 가구경제상태가 '중하', '하'인 집단에서 비만율이 두드러졌으며 아버지의 교육수준이 낮을수록 비만율이 높았다. 가구구성별로는 전체 및 여학생의 경우 한부모 가구와 기타 가구의 비만율이 유사하게 높고 양부모 가구의 비만율이 낮았다. 남학생은 한부모 가구의 비만율이 높고 양부모 및 기타 가구 비만율은 유사하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 지역규모별로는 군지역의 비만율이 대도시 및 중소도시에 비해 높았으나 남학생 집단에서는 통계적으로 유의하지 않았고, 시도 간 비만율 차이는 모든 집단에서 통계적으로 유의하였다. 17개 시도 중 비만율이 가장 높은 지역은 제주(14.9%), 가장 낮은 지역은 세종(8.8%)으로 나타났다.

(2) 신체이미지 왜곡인지율

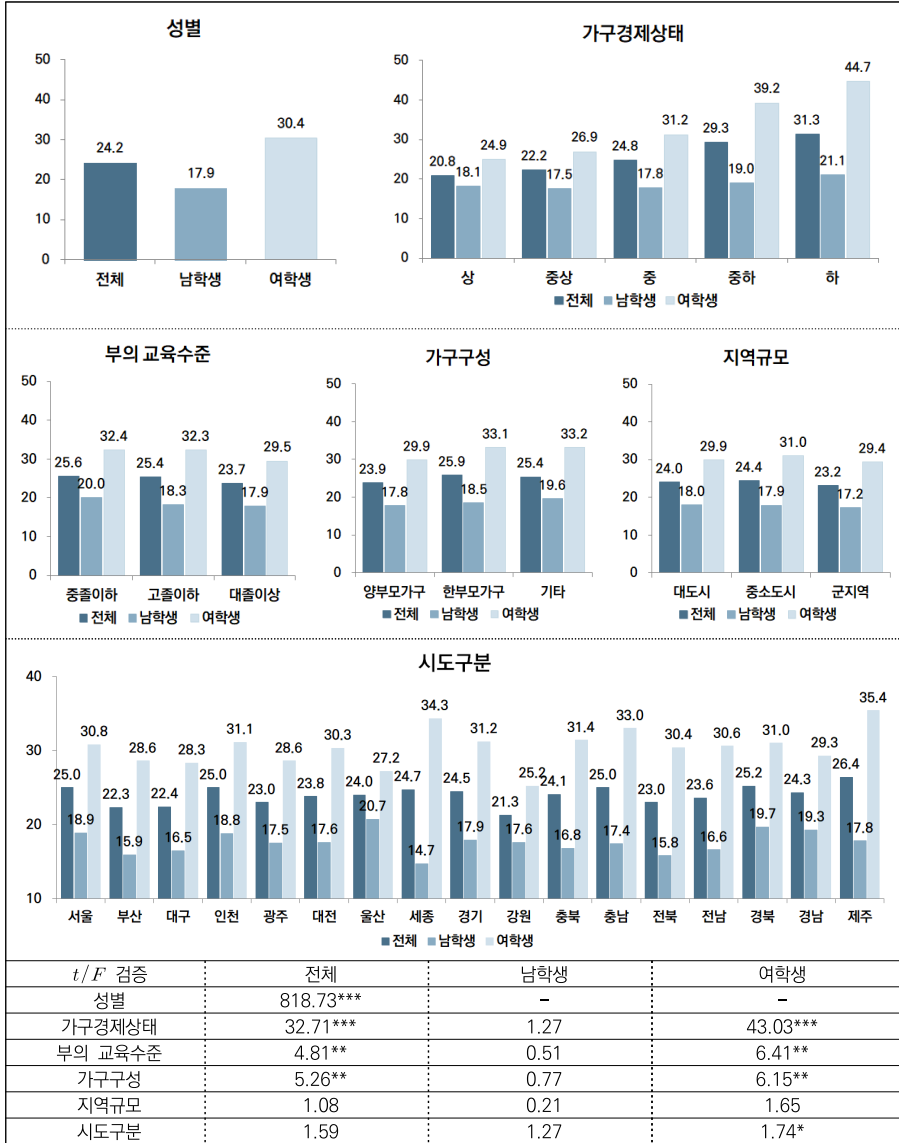
체질량지수가 85백분위 수 미만인 학생 청소년 중 자신의 체형을 살이 찌는 편이



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 Ⅲ-24 비만율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-25 신체이미지 왜곡 인지율(2018년)

라고 인지하는 청소년의 비율은 전체 평균 24.2%, 남학생 17.9%, 여학생 30.4%로, 남학생에 비해 여학생의 왜곡인지율이 12.5%p 더 높았다. 앞에서 서술한 실제 비만율에서는 남학생의 비율이 더 높았던 것과 비교해 볼 때 여학생은 자신의 신체에 대해 상대적으로 더 민감한 태도를 보임을 알 수 있다. 이는 여성에게 더욱 날씬한 몸을 강조하는 전반적인 사회분위기에 기인한 것으로 판단된다. 또한 가구경제상태가 빈곤할수록 여학생의 왜곡인지율은 높았으나 남학생의 경우는 상대적으로 큰 차이가 없었다. 여학생은 아버지 교육수준이 대졸 이상인 경우가 고졸 이하인 경우에 비해 왜곡 인지율이 낮았으나 남학생의 경우는 아버지 교육수준에 따른 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 가구구성별로는 양부모 가구에 비해 한부모 가구 및 기타 가구 학생 청소년의 신체이미지 왜곡인지율이 더 높았다. 시도별로는 전체 및 남학생에서 유의하지 않았고, 지역규모별로는 모두 유의하지 않았다.

10) 정신건강

(1) 스트레스 인지율

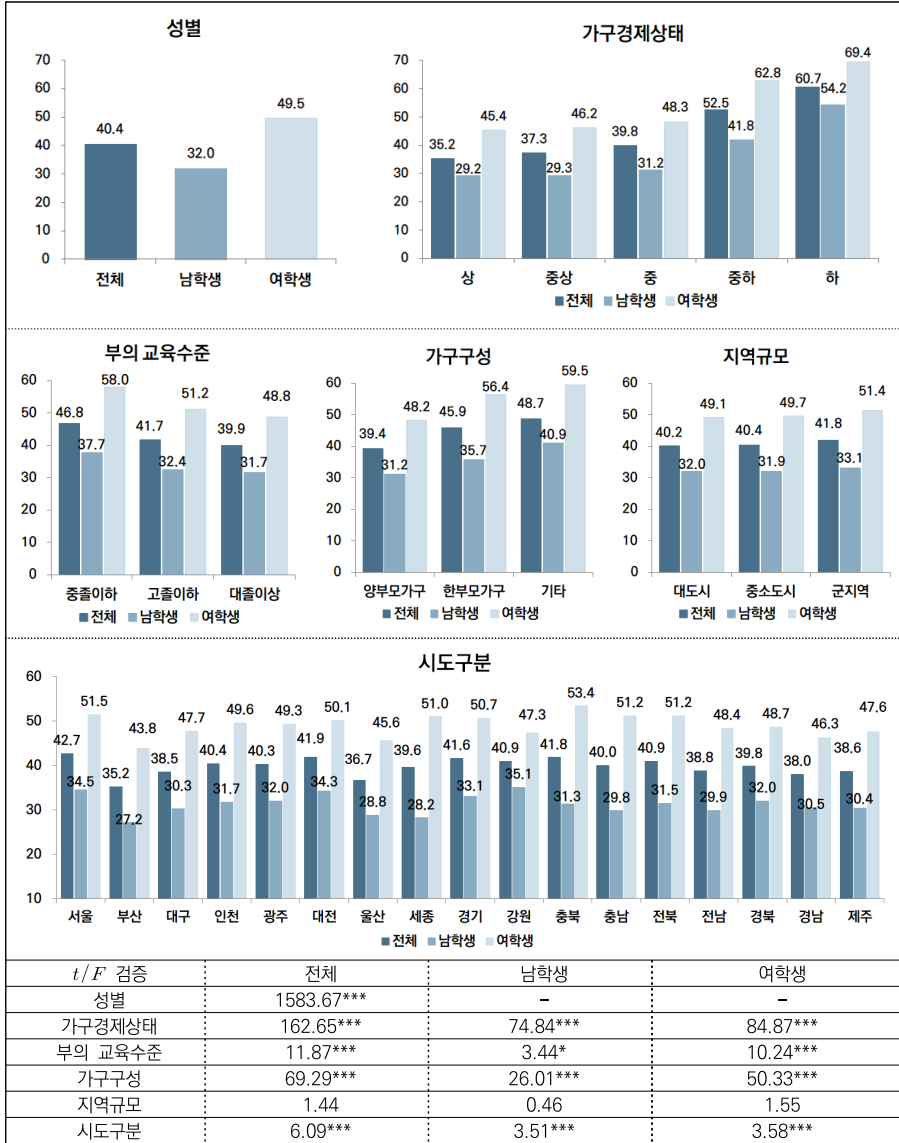
평상시 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 40.4%, 남학생 32.0%, 여학생 49.5%로, 남학생에 비해 여학생의 스트레스 인지율이 17.5%p 더 높았다. 또한 가구경제상태가 ‘중하’ 및 ‘하’인 집단에서 매우 높게 나타났고, 아버지의 교육수준이 낮을수록 스트레스 인지율이 높았으며 두 사회경제적 위치에 따른 인지율 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 스트레스 인지율이 높게 나타났다. 지역규모에 따른 인지율에는 큰 차이가 없었으나 시도 간 인지율 차이는 통계적으로 유의했으며, 17개 시도 중 인지율이 가장 높은 지역은 서울(42.7%), 가장 낮은 지역은 부산(35.2%)으로 나타났다.

(2) 우울감 경험률

최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 27.1%, 남학생 21.1%, 여학생 33.6%로, 스트레스 인지율과 마찬가지로 남학생에 비해 여학생의 우울감 경험률이 더 높게 나타났다. 또한 가구경제상태가 ‘중하’ 및 ‘하’일 때 우울감 경험률이 유의하게 높았으며, 여학생의 경우 아버지의 교육수준이 낮을수록 우울감 경험률이 높은 경향을 보였다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 우울감 경험률이 높았다. 지역규모에 따른 우울감 경험률은 집단 간 차이가 거의 없었으나 시도 간 차이는 유의했다. 17개 시도 중 우울감 경험률이 가장 높은 지역은 서울(29.6%), 가장 낮은 지역은 대구(23.1%)로 나타났다. 서울은 앞서 스트레스 인지율도 높게 나타나 학생들의 정신건강에 더 많은 주의를 기울일 필요가 있음을 시사한다.

(3) 자살 시도율

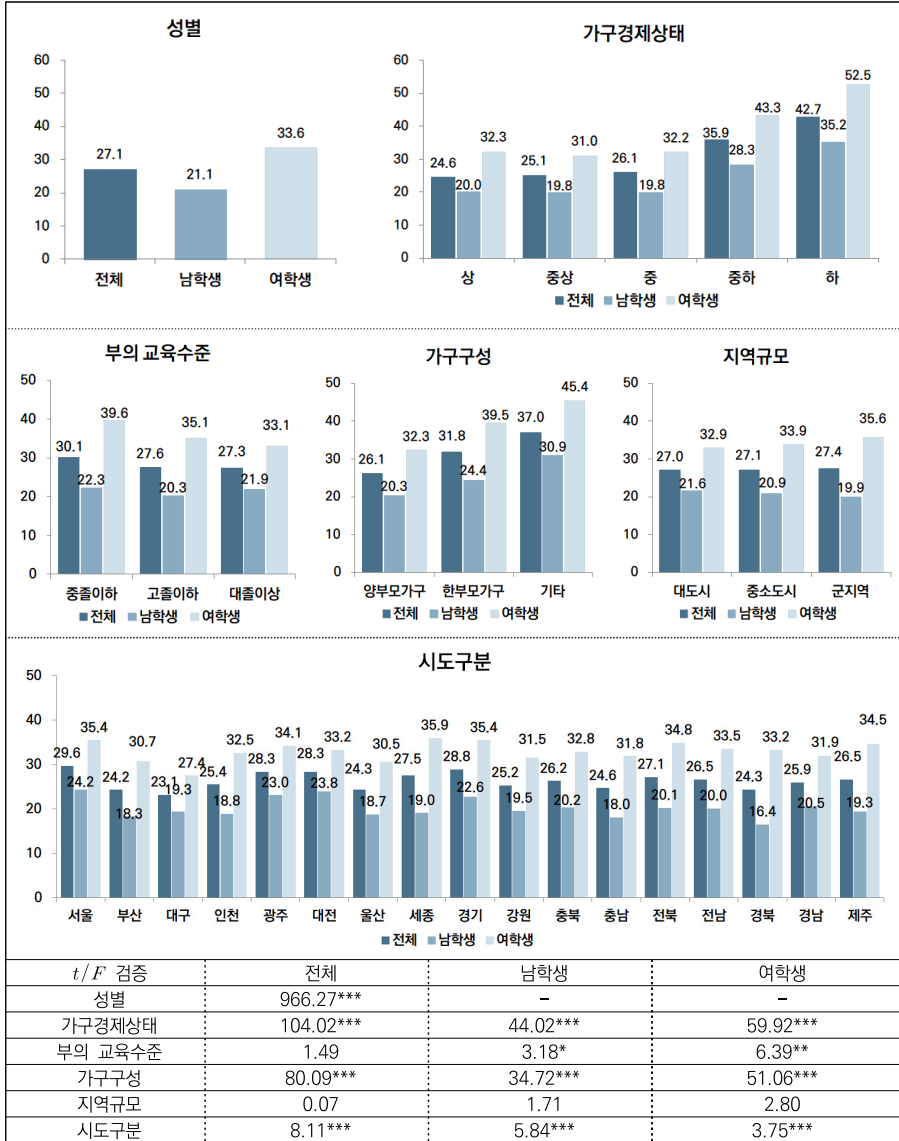
최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 3.1%, 남학생 2.2%, 여학생 4.1%로, 남학생에 비해 여학생의 자살 시도율이 다소 높았다. 이는 앞서 스트레스 인지율, 우울감 경험률에서 나온 결과와도 일맥상통한다. 가구경제상태별로는 ‘상’인 집단에서 자살 시도율이 다소 높고 ‘중상’인 집단에서 낮아졌다 빈곤해질수록 시도율이 다시 높아지는 J형의 경향성을 보였다. 특히 ‘하’인 집단의 자살 시도율은 9.7%로 중하 집단보다 4.6%p나 높았다. 또한 아버지의 교육수준이 중졸 이하인 청소년의 자살 시도율이 가장 높게 나타났다. 가구구성별로는 기타 가구, 한부모 가구, 양부모 가구 순으로 자살 시도율이 높았으며 기타 가구와 양부모 가구의 학생 청소년 간 자살 시도율 차이는 7.7%p에 달했다. 지역규모에 따른 시도율에는 큰 차이가 없었으나 시도 간 차이는 여학생 집단을 제외하고 남학생 집단과 전체 집단에서 통계적으로 유의하였다.



* 주: 1) * α .05, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

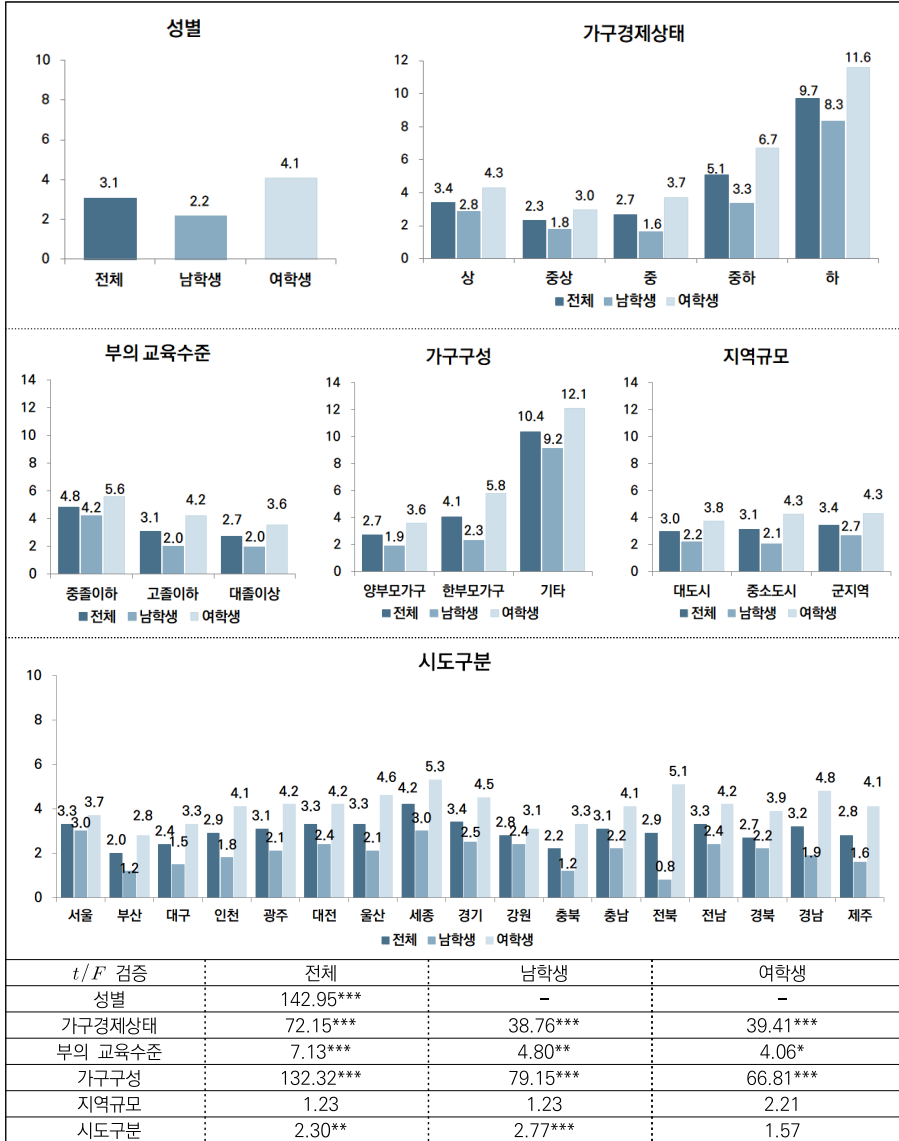
그림 III-26 스트레스 인지율(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

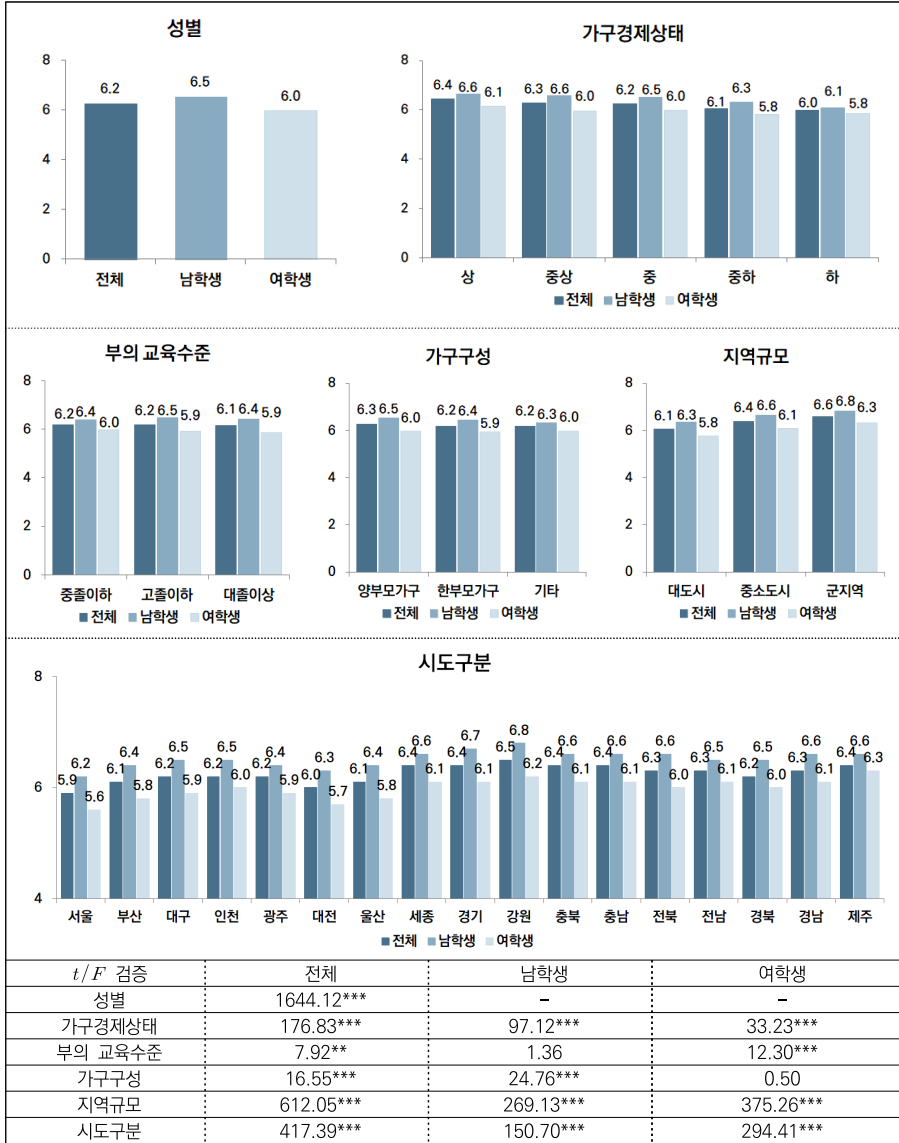
그림 III-27 우울감 경험률(2018년)



* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III-28 자살 시도율(2018년)



* 주: 1) * $\rho < .05$, *** $\rho < .001$

2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 Ⅲ-29 주중 평균 수면시간(2018년)

(4) 주중 평균 수면시간

학생 청소년의 지난주 주중 수면시간은 전체 평균 6.2시간, 남학생 6.5시간, 여학생 6.0시간으로 여학생에 비해 남학생의 수면 시간이 0.5시간 더 길었다. 가구경제상태가 '상'인 집단의 평균 수면시간이 가장 길었고, '중상' 및 '중'인 집단이 중간, '중하' 및 '하'인 집단의 평균 수면 시간이 가장 짧았으며, 아버지의 교육수준이 가장 높은 학생 청소년이 다른 청소년에 비해 평균 수면시간이 짧았으나 다른 집단과의 차이는 약 6분 정도로 크지 않았다. 특히 남학생의 경우는 이러한 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 가구구성별로는 양부모 가구에 비해 한부모 가구 학생 청소년의 평균 수면시간이 짧은 것으로 나타났다. 지역규모별로는 대도시, 중소도시, 군지역 순으로 평균 수면시간이 짧았고, 17개 시도 중 평균 수면시간이 가장 긴 지역은 강원(6.5시간), 가장 짧은 지역은 서울(5.9시간)로 나타났다.

11) 의료이용

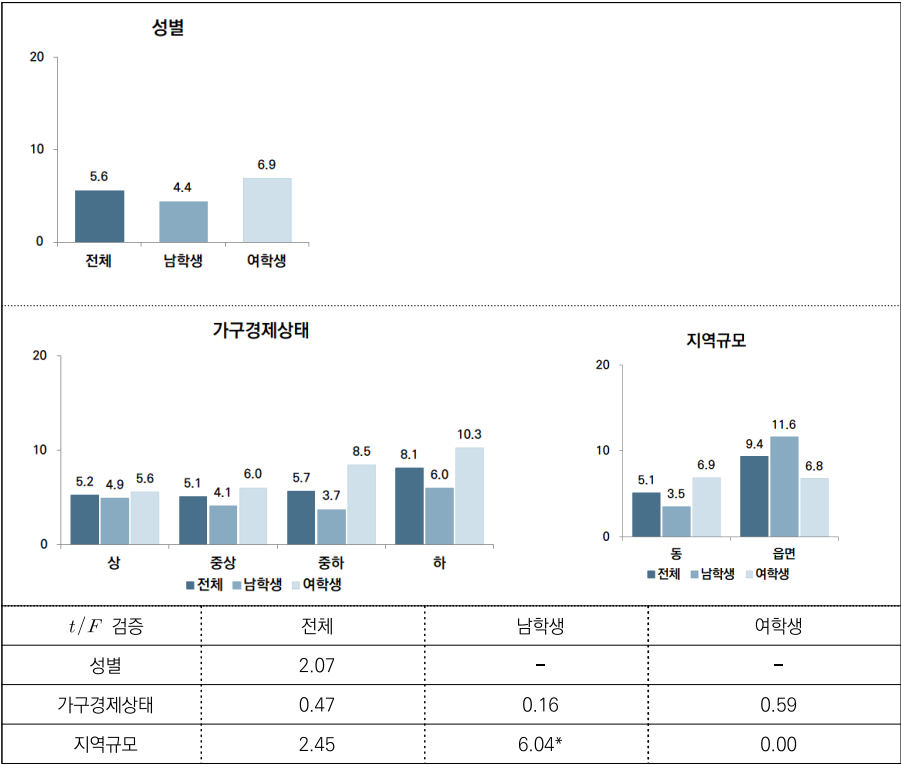
(1) 연간 미충족 의료율(병의원)

최근 12개월 동안 병의원 진료가 필요하였으나 받지 못한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 5.6%, 남학생 4.4%, 여학생 6.9%로 나타났다. 가구경제상태에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 한편 지역규모별 차이에서는 남학생집단에서만 통계적으로 유의한 차이를 보여 남자 청소년은 읍면지역에 거주하는 경우 동지역 거주 청소년보다 미충족 의료율이 두드러지게 높았다.

(2) 연간 미충족 의료율(치과)

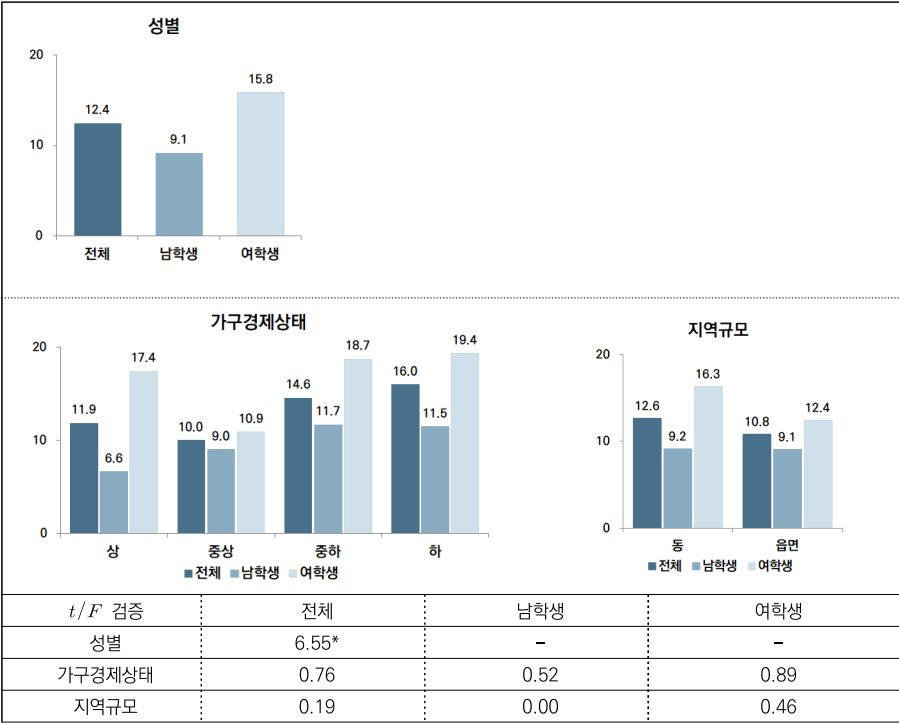
최근 12개월 동안 치과 진료가 필요하였으나 받지 못한 학생 청소년의 비율은 전체 평균 12.4%, 남학생 9.1%, 여학생 15.8%로, 남학생에 비해 여학생의 미충족

의료율이 6.7%p 더 높았다. 이는 앞서 서술한 일반 병의원에서의 미충족 의료율에 성별 차이가 없었던 것과는 다른 결과이다. 한편 가구경제상태나 지역규모에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 미충족 의료율(병의원, 치과)의 경우, 청소년의 경우에는 의료 필요에 대한 판단이 성인에 비해 덜 성숙되어 있을 가능성이 있으므로, 이 결과의 해석에 있어 주의하여야 할 것으로 필요가 있을 것으로 생각된다.



* 주: 1) * α .05
 2) 질병관리본부 제7기(2016~17년 통합) 국민건강영양조사 자료를 활용해 분석함.
 3) '시도구분'은 응답자수가 30명 미만(가중치 적용 전)인 지역이 있어 산출하지 않음.

그림 III-30 연간 미충족 의료율(병의원)(2016~2017년)



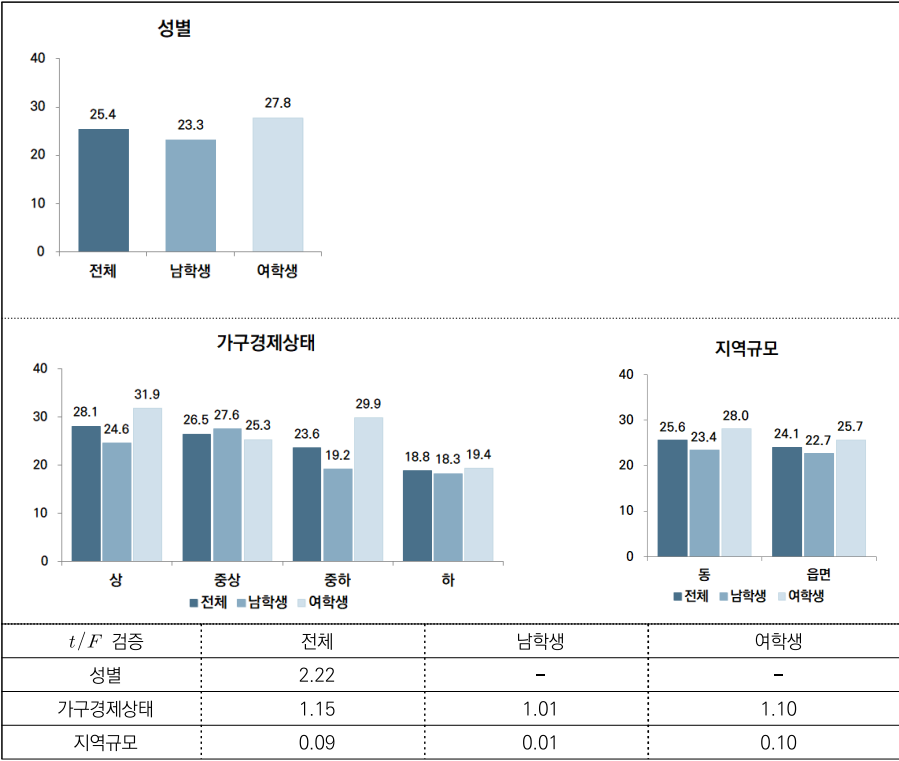
* 주: 1) $p < .05$
 2) 질병관리본부 제7기(2016~17년 통합) 국민건강영양조사 자료를 활용해 분석함.
 3) '시도구분'은 응답자수가 30명 미만(가중치 적용 전)인 지역이 있어 산출하지 않음.

그림 III-31 연간 미충족 의료율(치과)(2016~2017년)

(3) 인플루엔자 예방접종률

최근 12개월 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 학생 청소년의 비율은 전체 평균 25.4%, 남학생 23.3%, 여학생 27.8%로 나타났다. 한편 가구경제상태나 지역규모에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

인플루엔자 예방접종의 경우 만 18세 청소년까지는 우선접종 권장대상으로 지정되어 있고, 일부 지자체에서는 인플루엔자 예방접종을 위한 비용지원이 이루어지고 있어 가구 경제상태나 지역규모에 따른 접종률 격차가 크지 않은 것으로 생각된다.



* 주: 1) 질병관리본부 제7기(2016~17년 통합) 국민건강영양조사 자료를 활용해 분석함.
 2) '시도구분'은 응답자수가 30명 미만(가중치 적용 전)인 지역이 있어 산출하지 않음.

그림 Ⅲ-32 인플루엔자 예방접종률(2016~2017년)

12) 건강결과

(1) 주관적 건강 인지율

본인이 매우 건강하거나 건강한 편이라고 생각하는 학생 청소년의 비율은 전체 평균 71.6%, 남학생 76.6%, 여학생 66.2%로, 여학생에 비해 남학생이 본인의 건강을 더 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다. 가구경제상태가 부유할수록, 아버지의 교육수준이 높을수록 주관적 건강 인지율이 높았으며 사회경제적 위치

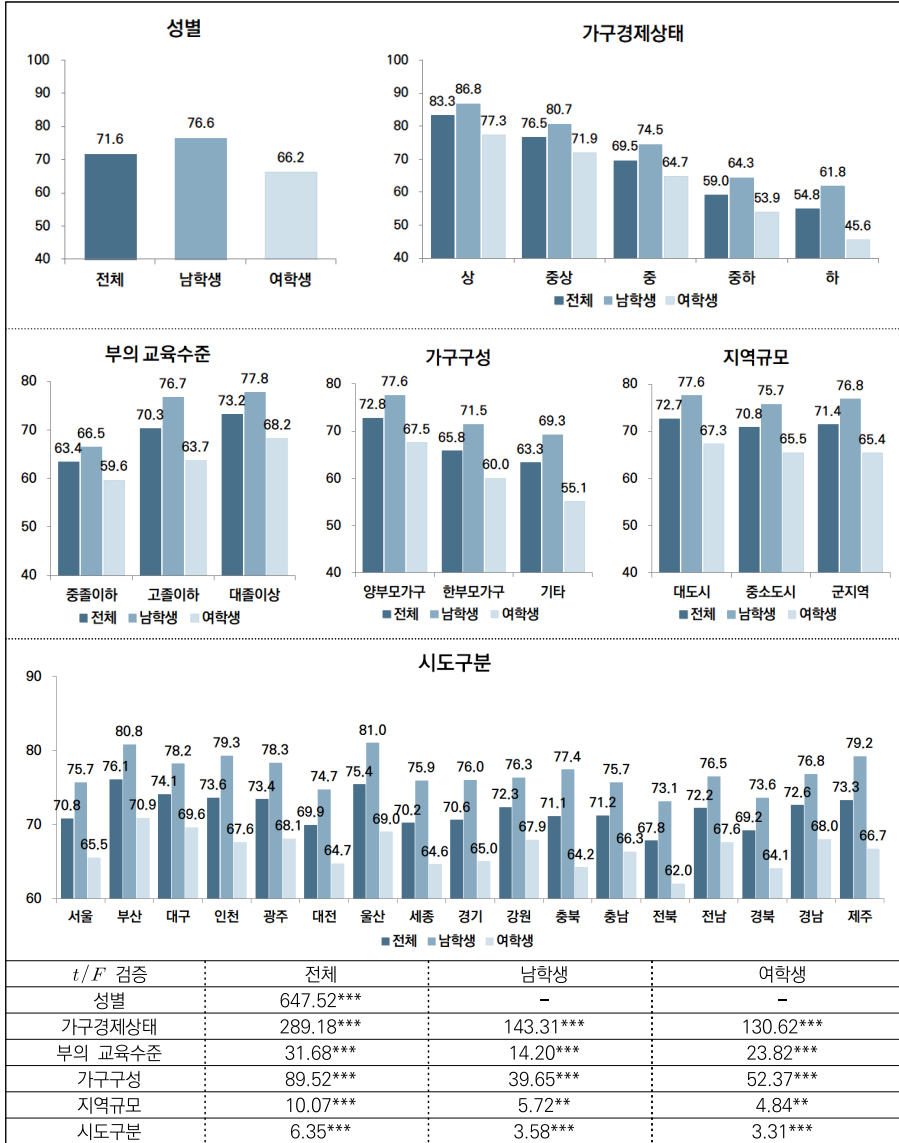
에 따른 인지율 추이는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로는 양부모 가구, 한부모 가구, 기타 가구 순으로 건강하다고 생각하는 비율이 높았고 양부모 가구와 기타 가구 학생 청소년의 주관적 건강 인지율 차이는 9.5%p에 달했다. 지역규모별로는 대도시, 군지역, 중소도시 순으로 인지율이 높았고, 17개 시도 중 주관적 건강 인지율이 가장 높은 지역은 부산(76.1%), 가장 낮은 지역은 전북(67.8%)으로 확인되었다.

(2) 자살 사망률

사망원인이 고의적 자해(한국표준질병·사인 분류체계 분류번호 중 X60-X84에 해당)인 것으로 확인된 14~19세 학생 청소년의 자살 사망률은 전체 인구 10만명 당 6.58명, 남학생 8.10명, 여학생 4.92명으로, 여학생에 비해 남학생의 자살 사망률이 인구 10만명 당 3.18명 더 높았다. 16개 시도(세종 제외) 중에서는 대구, 전남, 충북 순으로 자살 사망률이 높았고, 인천, 강원, 제주 순으로 사망률이 낮았다.

(3) 운수사고 사망률

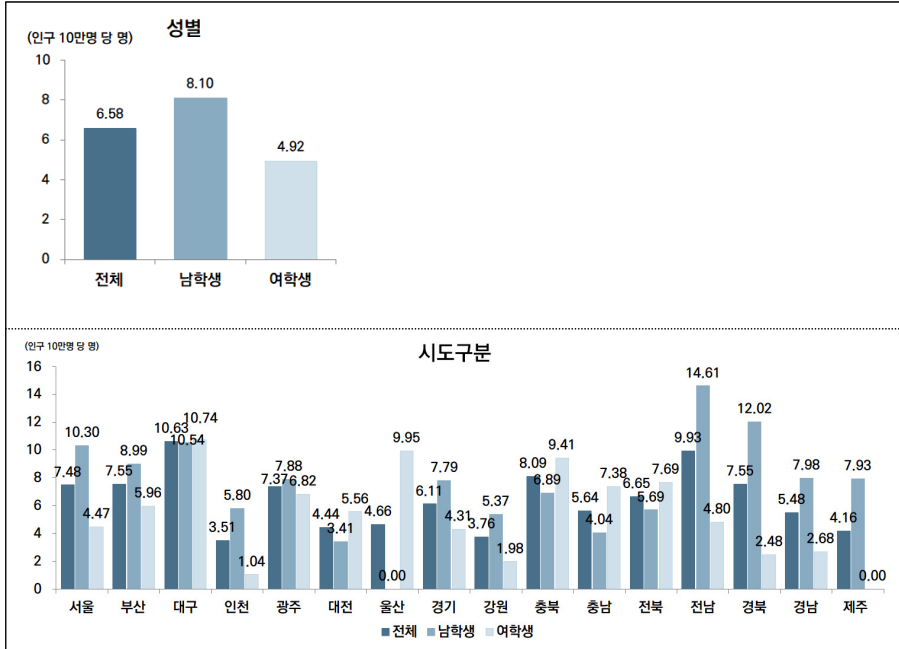
사망원인이 운수사고(한국표준질병·사인 분류체계 분류번호 중 V01-V99에 해당)인 것으로 확인된 14~19세 학생 청소년의 운수사고 사망률은 전체 인구 10만명 당 3.74명, 남학생 6.03명, 여학생 1.24명으로, 여학생에 비해 남학생의 운수사고 사망률이 인구 10만명 당 4.79명 더 높았다. 17개 시도 중에서는 충북, 제주, 경남 순으로 운수사고 사망률이 높았고, 인천, 대전, 부산 순으로 사망률이 낮았다.



* 주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

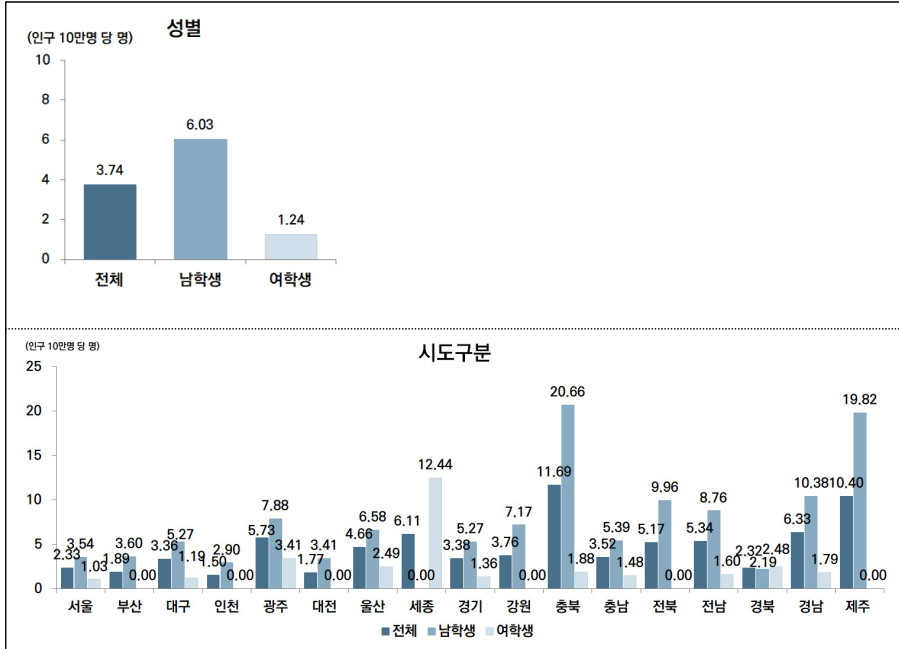
2) 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용해 분석함.

그림 III -33 주관적 건강 인지율(2018년)



* 주: 1) 통계청(2017). 2017년 사망원인통계 자료와 통계청(2017). 2017년 주민등록연앙인구 자료를 활용해 분석함.
 2) 사망원인이 고의적 자해(한국표준질병·사인 분류체계 분류번호 중 X60~X84에 해당)인 경우 자살자로 정의함. 자살자 정보는 통계청 원격접근서비스에서 집단 수준의 정보(전체, 성별, 지역별)만이 활용 가능해 자살 사망률의 집단 간 유의성 검증은 실시하지 않음.

그림 Ⅲ-34 자살 사망률(2017년)



* 주: 1) 통계청(2017). 2017년 사망원인통계 자료와 통계청(2017). 2017년 주민등록연앙인구 자료를 활용해 분석함.
 2) 사망원인이 운수사고(한국표준질병·사인 분류체계 분류번호 중 V01-V99에 해당)인 경우 운수사고 사망자로 정의함. 운수사고 사망자 정보는 통계청 원격접근서비스에서 집단 수준의 정보(전체, 성별, 지역별)만이 활용 가능해 운수사고 사망률의 집단 간 유의성 검증은 실시하지 않음.

그림 III-35 운수사고 사망률(2017년)

5. 요약 및 시사점

본 연구에서는 전체 생애주기 내에서도 중요성이 높고 성인기 건강 및 건강불평등에도 영향을 미칠 수 있다는 점에서 의미 있는 학생 청소년기의 건강불평등을 ‘건강행태’, ‘의료이용’, ‘건강결과’ 측면에서 모니터링하였다. 그 중 적절한 개입을 통해 건강증진을 가져올 수 있는 건강행태 현황을 중점적으로 살펴보았으며, 의료이용과 건강결과에 대해서는 주요 지표 중심으로 살펴보았다.

1) 건강행태

가구 소득수준, 아버지의 교육수준으로 대표되는 학생 청소년의 사회경제적 수준과 긍정적인 건강행태가 양의 상관성을 가질 것이라는 이해가 전통적이다. 하지만 일부 지표에서는 가장 부유한 집단에서 오히려 부정적인 건강행태를 보이기도 하였는데 이는 모든 영역에 대해 소득수준에 따른 차별적인 접근을 펼치기 보다는 전체 청소년의 건강행태를 긍정적으로 개선하기 위한 보편적인 접근도 필요할 수 있음을 시사한다. 물론 대부분의 영역에서 사회경제적으로 취약한 위치에 있을수록 불건강한 행태를 보였으므로 불평등의 개선 측면에서는 빈곤할수록 그에 비례적인 지원이 이뤄져야 할 것이다.

지표별로 구체적으로 살펴보면 신체활동에서는 격렬한 신체활동 실천율과 걷기 실천율이 상이한 경향을 보였다. 격렬한 신체활동 실천율의 경우 가구경제상태가 ‘하’인 집단을 제외하면 빈곤할수록 실천율이 낮아지는 경향을 보인 반면 걷기 실천율은 가장 부유한 집단과 가장 빈곤한 집단의 실천율이 낮고 중간 집단의 실천율은 높은 포물선의 경향을 보였다. 한편 걷기는 특별한 비용이나 수단을 들이지 않고 할 수 있는 신체활동으로서 장점이 높는데 대도시, 중소도시, 군지역 순으로 걷기 실천율이 높게 나타난 것이 지역규모별 보행 환경 조성 수준에 기인한 것이 아닌지 파악할 필요가 있다.

식생활의 경우 탄산음료와 패스트푸드 섭취, 아침식사 결식과 같은 부정적인 식생활은 경제적으로 빈곤하거나 한부모 및 기타 가구 등 가구구성이 불안정한 경우 높게 나타나는 경향이 두드러졌다. 반대로 긍정적인 식생활인 과일 섭취율은 경제적으로 부유하거나 아버지의 교육수준이 높을수록 증가하는 경향을 보였고 양부모 가구의 과일 섭취율이 다른 가구에 비해 높았다.

또한 흡연과 음주 등 부정적인 건강행태에서 가구경제상태가 가장 부유한 집단과 가장 빈곤한 집단에서 높은 경험률을 나타내는 J형의 경향을 공통적으로 보였다. 담배와 주류의 구매용이성 측면에서도 가구경제상태에 따른 차이가 통계적으로 유의하지는 않았으나 각각 부유한 집단과 빈곤한 집단의 용이성이 높은 수준을 보였고, 지역규모에 관계없이 약 70% 수준을 상회해 청소년 전반에 걸쳐 불건전한 수단에 노출되어 있음을 알 수 있었다. 담배나 주류는 청소년 유해물질로 규정되어 청소년의 구매가 원칙적으로 금지되어 있는 만큼 높은 구매 성공률에 대한 대책 마련이 필요하다. 예를 들어 청소년 유해물질 구입 시 신분증 제시보다는 지문인식기(싸이패스) 도입 확대 등(김지연, 백혜정, 2018)을 통해 제도적 장치를 마련하는 것이 필요하다. 반면 타인에 의한 피해 경험인 간접흡연 노출률은 가정, 학교, 공공장소에 걸쳐 경제적으로 빈곤할수록, 아버지의 교육수준이 낮을수록, 가구구성이 불안정할수록 높은 것으로 나타나 사회경제적으로 취약한 학생 청소년일수록 간접흡연의 위험에도 많이 노출되는 것으로 나타났다. 또한 성별의 차이를 보면 여학생은 남학생에 비해 직접 흡연율은 낮은 반면 간접 흡연율은 높게 나타났다. 간접흡연은 직접흡연만큼이나 개인 건강에 치명적일 수 있으므로 이에 대한 대책 마련이 필요하다.

안전과 개인위생 측면에서도 경제적으로 빈곤하거나 아버지의 교육수준이 낮을수록 안전행동을 실천하거나 개인위생을 위해 노력하는 비율이 낮은 경향을 보였다. 한편 동일한 성격의 지표 안에서도 세부 유형에 따라 실천율에 차이가 있었는데, 앞좌석 안전벨트 미착용률은 전체 평균 16.8%였던 반면 뒷좌석 안전

벨트 미착용률은 63.8%로 높게 나타났다. 또한 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율은 전체 평균 40.3%였는데 비해 집에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율은 65.6%를 차지하였다. 앞좌석과 뒷좌석 간 안전벨트 착용률 차이와 관련해서는 자동차 뒷좌석에 비해 앞좌석에 대한 사고 위험의식이 높고, 모든 도로에서 전 좌석 안전벨트 착용 의무화가 시행(2018년 9월)된 지 불과 1년에밖에 되지 않은 데에서 영향을 받았을 수 있으나 이를 확인하기 위해서는 추가적인 조사가 필요하다. 학교와 집에서의 손씻기 실천율 차이에 대해서도 비누를 이용한 손씻기에 영향을 미칠만한 환경적 차이(비누 비치율, 손씻기 교육 등)가 있었는지를 확인해볼 필요가 있다. 성관계 경험의 경우, 가장 부유한 집단과 가장 빈곤한 집단에서 높은 경험률을 나타내는 J형의 경향성을 보인 반면 양부모 가구에 비해 한부모 및 기타 가구 등 가구형태가 불안정한 학생 청소년의 성관계 경험률이 높게 나타났다.

비만의 경우 전체 집단에서, 신체이미지 왜곡인지율은 남학생을 제외하고 가구소득수준이 낮거나 아버지의 교육수준이 낮은 경우, 가구구성이 불안정한 학생 청소년의 결과가 부정적인 경향을 보였다. 특히 여자 청소년의 비만율은 8.0%로 낮은 수준인데 반해 신체이미지 왜곡인지율은 30.4%로 높게 나타나 최근 여자 청소년 사이에서 마른 체형에 대한 왜곡된 선망이 응답에 반영된 것으로 해석되었다.

정신건강의 경우 스트레스 인지율, 우울감 경험률 모두 가구경제수준이 낮고 아버지의 교육수준이 낮을수록, 양부모 가구에 비해 한부모 및 기타 가구에서 부정적인 결과를 나타냈다. 반면 자살 시도율에서는 가구경제상태가 '상'인 집단에서 시도율이 다소 높았다가 감소 후 다시 증가하는 J형의 경향성을 보였다. 그러나 양부모 가구에 비해 한부모 가구, 기타 가구의 자살 시도율이 높게 나타난 것은 여타 정신건강 지표와 동일하게 나타났다.

2) 의료이용

병의원 진료에 대한 연간 미충족 의료율, 치과 진료에 대한 연간 미충족 의료율 모두 성별, 가구경제상태, 지역규모에 따른 미충족 의료율 차이에 통계적 유의성은 없었다. 예방적 의료이용 측면에서 살펴본 인플루엔자 예방접종을 또한 성별, 가구경제상태, 지역규모에 따른 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다.

3) 건강결과

주관적 건강 인지율은 여학생보다는 남학생에게서 긍정적으로 평가한 경우가 많았으며 가구경제상태 및 아버지의 교육수준이 높을수록 주관적 건강 인지율도 긍정적으로 나타나는 경사면의 형태를 띠었다. 가구구성별로도 상대적으로 안정적 인 양부모 가구와 한부모 및 기타 가구 간 인지율 차이가 뚜렷하였다.

자살 사망률과 운수사고 사망률은 학생 청소년의 심리사회적·환경적 안전망 측면에서 중요도가 높은 지표이나 자료원의 한계로 다양한 사회경제적 수준에 따른 차이를 비교할 수 없었다. 자살 사망률과 운수사고 사망률 모두 여학생보다는 남학생에게서 매우 높게 나타났다. 17개 시도 중 자살 사망률이 높은 지역은 대구, 전남, 충북이었고, 운수사고 사망률이 높은 지역은 충북, 제주, 경남 순으로 확인되었다. 앞서 밝혔듯 사망 자료원의 한계로 여타 사회경제적 수준과 사망률 간 관련성을 파악하는 데 어려움이 있으나 스트레스 인지율, 우울감 등 정신건강 지표가 자살사망에 미치는 영향을 고려했을 때(강상경, 2010: 85; 유용식, 2014: 195) 정신건강 지표들에서 유의하게 나타난 가구경제상태의 영향력이 자살 사망에서도 나타날 수 있다.

○———— IV. 정책 제언

———— 1. 주요 연구 결과

———— 2. 정책제언

1. 주요 연구 결과

청소년기는 아동에서 성인으로 넘어가는 과도기적인 시기로서 신체적, 정신적, 사회적으로 다양한 변화를 겪게 되며(nuffieldtrust & ayph, 2019: 10), 특히 건강에 대한 개념, 태도, 가치관이 형성되는 시기이다. 이 때 습득된 건강행태는 이후 성인기로 이어지게 되므로 청소년기는 매우 중요한 시기이다(WHO EURO, 2016: 2). 아울러 건강측면에서 청소년의 특수성인 발달취약성(developmental vulnerability), 의존성(dependency), 차별적 이환(differential morbidity), 인구학적 차이(difference in demographics)는 이들로 하여금 외부환경과 사회경제적 불평등에 더욱 취약하도록 만든다는 점에서 청소년의 건강불평등 문제는 더욱 중요하며 사회의 책임도 더 크다고 할 수 있다(Halfon, Larsno & Russ, 2010: 12; 김명희, 전경자, 서상희, 2011: 33에서 재인용).

본 연구는 2차 자료를 분석하여 우리나라 학생 청소년의 건강불평등 실태를 파악하는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 이를 위해 학생 청소년의 건강불평등 현황을 잘 나타낼 수 있도록 12개 영역에서 34개 지표를 선정하고 학생 청소년 건강불평등 수준을 하부 인구집단별로 층화하여 학생 청소년 건강격차를 비교하였다. 그 결과 대부분의 건강지표에서 사회경제적 수준별로 건강격차를 보였다. 다수의 건강지표들에서 사회경제적 수준이 높은 집단에서 보다 건강한 생활습관을 실천하고 있었고 신체적, 정신적 건강수준은 높았다.

분석대상 지표 중 가구경제상태별로는 학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율과 담배 구매 용이성과 같이 극히 일부 항목을 제외한 모든 지표에서 불평등이 나타났다. 다만 특이한 점은 가구경제상태를 상, 중상, 중, 중하, 하의 5분위로 분류하여 분석한 결과 일부 지표에서는 중상이나 중의 집단에 비해 상의 집단에서 불건강행위 실천율은 높은 결과를 보여 'J'형태의 불평등이 나타나는 결과를 보였다. 대표적으로 탄산음료 섭취율, 패스트푸드 섭취율, 현재흡연율, 현재음주율, 성관계 경험률, 자살시도율 등에서 그와 같은 현상이 나타났다.

흡연, 음주, 성경험 등 청소년의 불건강행태와 관련하여 가구경제상태가 양호한 학생 청소년들의 불건강행태 비율이 높아 'J'형태가 나타난 것은 담배나 주류 등에 대한 구매력이 상대적으로 높았기 때문이라는 해석이 가능하다. 이러한 결과는 성인의 건강불평등 연구에서 주로 나타나는 경제적 풍요도와 건강행태 사이의 직선적인 관련성과는 차별된 결과이며, 청소년들이 속한 사회적 집단의 규범과 경제적 접근성 차이가 동시에 작동하는 결과라는 측면에서 향후 불평등 완화 정책을 마련하는데 중요한 단서를 줄 수 있을 것으로 생각된다. 이와 같은 'J'형태의 불평등이 나타날 경우 통상적인 최저-최고 지위 집단의 짝비교(pair-wise comparison)만으로는 불평등의 크기를 실제보다 적은 것으로 위장(camouflage)시킬 우려가 있으며 문제적 현황을 정확히 나타낼 수 없기 때문에 주의 깊게 살펴 볼 필요가 있다.

아버지의 교육수준과 관련해서는 대부분의 지표에서 아버지의 교육수준이 높아 질수록 청소년의 건강행동 실천율도 높아졌다. 단 패스트푸드 섭취율, 여학생의 격렬한 신체활동 및 걷기 실천율, 남학생의 담배구매 용이성 정도, 남학생의 주중 평균 수면 시간에서는 그러한 차이가 나타나지 않았다.

지역별 건강행동은 지표별로 혼재되어 결과가 나타났다. 예를 들어 격렬한 신체 활동 실천율은 군지역이 높았으나 걷기 실천율은 도시지역에서 높았다. 현재 흡연율이나 가정 내·학교 실내 간접흡연 노출률은 모두 군지역에서 높았으나 공공장소 실내 간접흡연 노출률은 도시지역에서 높았다. 현재음주율 또한 군지역에서 높았

고, 안전과 관련된 건강행태 실천율은 도시지역에서 높았다. 지역규모에 따른 병의원 및 치과 미충족 의료율에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 건강행동과 지역과의 상관관계는 거주지역의 사회경제적 환경 등과 관련된 맥락적 해석이 뒷받침되었을 때 비로소 정책적으로 의미 있는 해석이 가능할 것으로 생각된다.

가구구성은 양부모, 한부모, 기타로 구분하였는데 가구구성에 따른 차이는 전반적인 돌봄의 수준을 의미하는 것과 동시에 대체적으로 군지역에 조손가정이 많을 것으로 예상되어 지역의 특성 또한 반영한 결과가 나타난 것으로 생각된다. 예를 들어 탄산음료 섭취율과 패스트푸드 섭취율, 아침식사 결식률은 기타가구에서 높았던 반면 과일섭취율은 낮았다. 그리고 흡연이나 음주와 관련된 지표들 모두 기타가구에서 좋지 않은 결과가 나타났다. 무엇보다 성관계 경험률과 정신건강 중 우울감 경험률과 자살시도율이 다른 가구형태에 비해 두드러지게 높게 나타나 이들에게 신체적 건강뿐 아니라 정신적 건강을 증진시키기 위한 지속적인 중재 개입이 필요함을 보여주었다.

성별에 따른 차이를 보면 남학생은 여학생에 비해 신체활동은 많으나 불건강한 식생활 습관을 하는 경우가 많았고 음주율과 흡연율, 학교 내 간접흡연, 성관계 경험률도 상대적으로 높았다. 이에 비해 여학생은 안전과 관련하여 안전벨트 및 헬멧 미착용률이 높았고 정신건강 측면에서 더 취약하였다. 한편 위생에 있어서 식사 전 손 씻기는 남학생이, 점심식사 후 이 닦기는 여학생의 비율이 더 높았는데 치아 통증 경험률은 남학생보다 여학생이 더 높았다.

비만 및 신체 이미지와 관련해서 실제 비만율은 남학생에게서, 신체이미지 왜곡 인지율은 여학생에게 더 높았다. 이는 여학생들이 비만 및 신체 이미지에 더 민감함을 시사한다. 마지막으로 자살 및 운수사고 사망률은 남학생에게서 그 비율이 더 높았는데 남학생들의 안전 관련 행태 비율이 더 높고 자살 시도는 더 낮은 결과와는 상충되는 결과이다. 또한 건강 인지율은 남학생에게서 더 높게 나타나 자신의 건강에 대해 여학생들보다 더 긍정적인 경향을 보여주었다.

2. 정책제언

WHO의 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health)(2008)에서는 건강불평등을 해소하기 위하여 ① 일상적인 삶의 조건 개선, ② 권력, 돈, 자원의 불공평한 분배 개선, ③ 건강불평등 문제 측정·이해 및 중재의 영향 평가 등을 권고한 바 있다. 또한 일상조건의 개선과 관련된 실천사항으로 출발부터 공정하기, 건강한 공간, 차별 없는 고용과 양질의 일자리, 생애주기에 걸친 사회적 보호, 그리고 보편적 보건의료를 제시하였다. 이와 같이 WHO의 건강의 사회적 결정요인 위원회에서 강조한 내용은 청소년의 경우에도 동일하게 적용될 수 있다. 이에 청소년의 일상과 관련된 가족, 학교, 지역사회 등 포함하여 청소년의 건강 및 건강불평등을 발생시키는 건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)에 대한 관리와 모니터링이 필요하다.

본 연구에서도 가구경제상태, 부의 교육수준, 지역규모 등과 같은 사회경제적 위치(socioeconomic position) 지표를 건강불평등의 구분자로 활용하여 통계를 제시하였다. 이는 건강불평등 해소를 위해서는 건강수준 그 자체뿐만 아니라 소득수준이나 교육수준과 같은 사회경제적 요인들의 불평등 또한 정책의 대상이 되어야 함을 의미하며 나아가서 건강의 사회적 결정요인에 대해서도 적절한 대응이 필요함을 의미한다.

건강불평등에 관한 한 가장 적극적인 정책을 수립, 시행하고 있는 영국에서는 청소년 건강불평등에 대응하기 위해 보다 포괄적이고 다층적인 정책을 실시하고 있다. 영국 왕립소아청소년의학회(Royal College of Paediatrics and Child Health, RCPCH)에서는 잉글랜드, 아일랜드, 스코틀랜드, 웨일즈 4개 국가의

표 IV-1 영국 RCPCH에서 제시한 청소년 건강증진 정책 방향

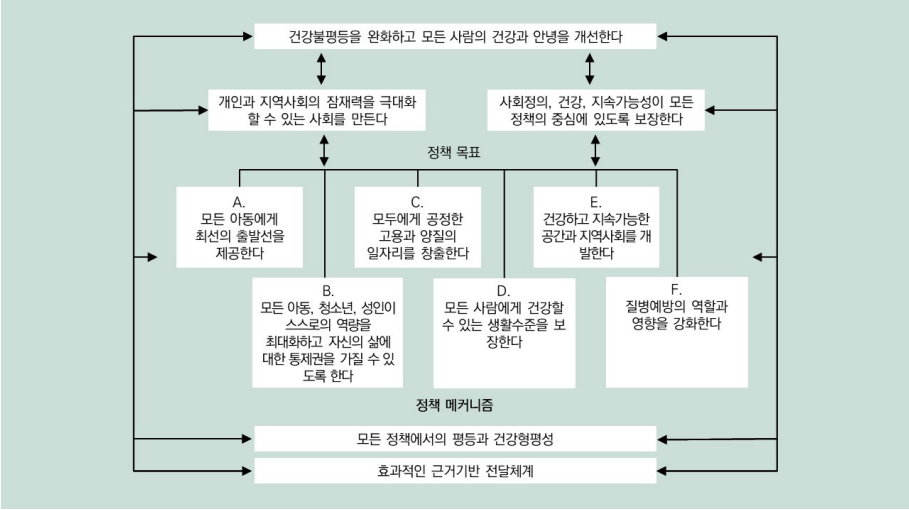
정책방향	정책내용
① 아동·청소년 건강을 증진시키기 위해 전략적인 협업체계가 마련된 액션플랜을 수행하라	- 영국 정부는 전문가, 공공 및 민간이 포함된 체계를 구성하여 명확한 책무성을 갖고 근거에 기반한 아동 청소년 건강 및 웰빙 전략을 개발하여야 한다.
② 아동·청소년 건강 및 보호에 관한 통합적인 통계를 개발하라	- 영국 정부는 모든 연령의 아동 청소년을 대상으로 건강, 사회적 보호(social care), 청소년 정의(youth justice), 교육이 연계된 통합적인 통계시스템을 마련하여야 한다.
③ 아동·청소년 건강을 개선하기 위한 연구 능력을 개발하라	- 제약, 의학, 사회과학, 청소년 정의 및 교육 분야에 대한 임상·비임상 연구를 지원하고 개발하여야 한다.
④ 아동·청소년 빈곤과 불평등을 감소시켜라	- 아동 청소년 빈곤과 불평등 감소를 위한 예산 내역을 공개하여야 한다. - 빈곤 가구 아동 청소년과 가족을 대상으로 한 보건의료서비스가 우선적으로 제공되도록 지원하여야 한다. - 빈곤이 건강에 미치는 악영향을 제거하기 위해 양질의 보건 및 의료서비스가 제공되어야 한다.
⑤ 산전, 산후에 걸쳐 양질의 모성 건강서비스를 제공하라	- UNICEF에서 인정한 아기 친화적 출산 환경을 유지하여야 한다. - 2015년에 폐지된 영유아 수유 조사를 다시 시작하여야 한다. - 임신 전후 시기의 영양과 운동을 강조하는 캠페인을 적극적으로 실시하여야 한다.
⑥ 모든 학교에서 포괄적인 보건교육을 실시하라	- 모든 초, 중등학교에서 성교육을 포함한 포괄적인 보건교육을 실시하여야 한다. - 모든 학교에서 실시하는 보건교육에 대한 관리가 이루어져야 한다.
⑦ 담배에 대한 통제를 강화하라	- 간접흡연에 대한 캠페인과 함께 공공장소에서의 학교, 운동장, 병원 등을 금연구역에 포함시켜야 한다. - 아동 청소년을 대상으로 한 전자담배의 마케팅을 엄격하게 규제하여야 한다. - 임신부들의 금연을 지원하고 취약집단에 대한 금연사업의 접근성을 제고시켜야 한다.
⑧ 아동·청소년기 비만을 예방하라	- 설탕세 도입에 대한 공정한 평가가 이루어져야 한다. - 설탕 사용량 감축을 위한 규제 프레임워크가 마련되어야 한다. - 밤 9시 이후 포화지방, 설탕, 소금 함량이 높은 음식에 대한

정책방향	정책내용
	광고가 규제되어야 한다. - 아동 청소년의 발달 측정 사업이 강화되어야 한다. - 비만 아동 청소년에 대한 건강증진 사업이 강화되어야 한다. - 보건의료인을 통한 상담이 강화되어야 한다.
⑨ 아동·청소년의 정신건강을 증진시켜라	- GP(General Practice: 일반진료의사)들에 대해 아동 건강과 관련된 교육기회를 더 많이 부여되어야 한다. - 보건 의료전문가들에 대한 교육 강화를 통해 정신건강 문제를 호소하는 아동 청소년에 대한 서비스의 질을 제고시켜야 한다. - 아동 청소년의 정신건강 실태에 대한 조사를 실시하여야 한다.
⑩ 아동·청소년과 그 부모의 요구에 부합하는 보건의료시스템을 구축하라	- 아동 청소년 대상 서비스 개발단계에서 아동 청소년의 의견을 청취하여야 한다. - 환자조사에서 아동 청소년의 참여 범위를 확장시켜야 한다. - 아동 청소년 대상 서비스에서 성인 대상 서비스로 이어지는 연계를 강화하여야 한다. - 만성질환을 가진 아동 청소년에 대해 유명 보건의료인과의 상담을 제공하여야 한다.
⑪ 아동·청소년의 건강과 관련된 각종 가이드라인을 마련하라	- 가이드라인 마련 및 사업 표준화 시 예상되는 장벽을 파악하여 이를 극복하기 위한 실행계획을 수립하여야 한다.

* 출처: Royal College of Pediatrics and Child Health(2017). State of Child Health Report 2017. p.11-14를 정리함.

아동·청소년 건강과 관련된 통계를 수집하여 발표하고 있는데 여기에서는 아동·청소년 건강증진을 위해 표 IV-1과 같은 정책 제언을 제시한 바 있다(RCPCH, 2017: 11).

나아가서 영국 건강불평등 정책의 근간이 된 마못 리뷰(Marmot review) (Marmot, 2010)에서는 영국의 건강불평등 해소를 위해 6가지 주요 정책목표를 다음과 같이 제시하고 있다. 1) 모든 아동에게 최선의 출발선을 제공한다. 2) 모든 아동, 청소년, 성인이 스스로의 역량을 최대화하고 자신의 삶에 대한 통제권을 가질 수 있도록 한다. 3) 모두에게 공정한 고용과 양질의 일자리를 창출한다. 4)

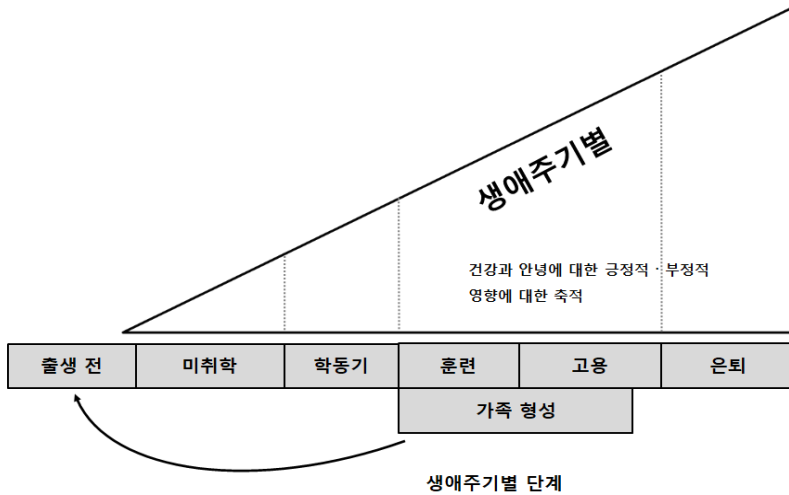


* 출처: Marmot, M.(2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p. 19.

그림 IV-1 영국의 건강불평등 정책 개념 틀

모든 사람에게 건강할 수 있는 생활수준을 보장한다. 5) 건강하고 지속가능한 공간과 지역사회를 개발한다. 6) 사회정의, 건강, 지속가능성이 모든 정책의 중심에 있도록 보장한다(Marmot, 2010: 19).

이와 같은 영국의 건강불평등 정책목표는 생애주기별 접근방식으로 검토될 필요가 있다. 정최경희 등(2018)은 개인의 발달은 출생부터 사망까지 이루어지는데 발달에 대한 사회·생물학적 영향은 유전적 측면에서 출생 이전의 단계에서부터 시작되며 출생 이후 개인이 경험하는 사회, 경제적, 심리적 및 환경적인 요인에 노출되면서 본격화된다고 설명하고 있다. 즉 개인의 경험은 생애주기별로 여러 단계를 거치면서 각종 영향과 상호작용이 축적되며 개인의 안녕, 건강, 행태 및 사회적 발달에 큰 영향을 미친다는 것을 강조하고 있다(정최경희 외, 2018: 38).



* 출처: Marmot, M.(2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p. 42; 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란(2018). 생애주기별 건강격차 해소를 위한 서울시 정책 및 사업 분석 연구. 서울시 공공보건의료재단, 이화여자대학교 산학협력단. p. 38 재인용.

그림 IV-2 효과의 축적과 생애주기별 단계

그림 IV-1에서 제시된 정책들은 이와 같이 생애주기의 각 단계에 걸쳐 실시된다. 특히, 기술발달, 고용 및 일자리, 질병예방 등에 영향을 미치는 정책들이 생애주기별로 적절하게 실시되었을 때 사회적 결정요인이 개인에게 미치는 부정적 효과는 최소화하고 긍정적인 효과를 극대화시킬 수 있다. 또한 각 생애주기의 이전 단계에서 축적된 부정적인 영향으로 건강이 악화되거나 건강불평등이 발생할 위험을 막아준다(정최경희 외, 2018: 39). 이와 같은 생애주기의 관점에서 Marmot(2010)은 건강불평등 감소를 위한 생애주기별 핵심정책을 제안하였는데 학생 청소년에 대한 내용은 표 IV-2와 같다.

영국과 우리나라는 사회 문화적인 맥락이 서로 다르므로 모든 내용을 직접적으로 받아들이기는 어려우나 몇 가지 측면에서는 우리나라에 벤치마킹하여 적용할 필요가 있는 내용이 있다. 특히 청소년의 건강을 증진시키기 위해서는 보건의료

분야에 국한된 노력이 아니라 사회 전 부문에서 통합적인 노력을 필요성과 다양한 부처의 연계와 협력을 강조하고 있는 점은 눈여겨 볼만 하다. 특히 영국에서는 청소년의 건강증진을 위한 사업으로 보건의료, 의료서비스에 국한되지 않고 빈곤과 불평등에 대한 대응, 관련 통계와 연구사업의 강화를 강조하며 청소년기의 전후시기를 사업 대상으로 포함하여 생애 관점에서 청소년의 건강증진사업을 강조하는 점에 주목해야 한다.

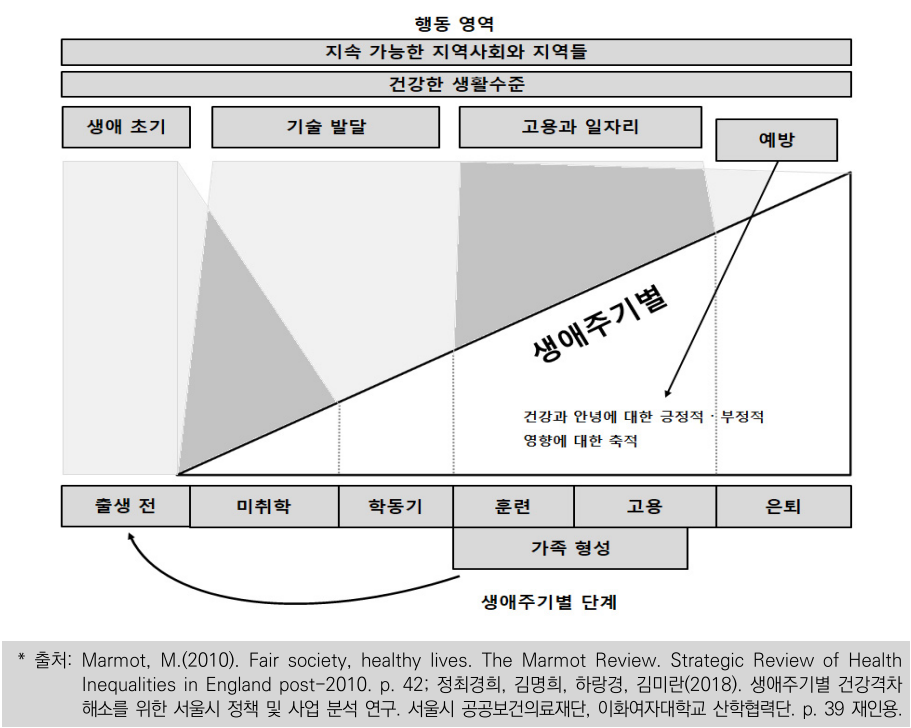


그림 IV-3 생애주기별 전반에 걸친 조치들

표 IV-2 영국 학생 청소년의 건강불평등 완화를 위한 핵심 정책

정책 목표	핵심 정책
모든 아동에게 최선의 출발선을 제공한다	- 출생 전 단계부터 가족에 대한 전체적 지원 - 근거 기반 육아지원 프로그램, 상담 및 지원 - 학교 진학 지원
모든 아동, 청소년, 성인이 스스로의 역량을 최대화하고 자신의 삶에 대한 통제권을 가질 수 있도록 한다	- 교육결과의 불평등 완화 - 학교에서 제공하는 서비스의 확장과 함께 '전인아동(whole child)' 접근 방식을 개발 - 학교와 가정의 연계하는 업무를 담당하는 학교 기반 인력 양성 - 산업현장 기반 학습이나 현장실습을 포함하여 평생학습에 대한 접근성 강화
모두에게 공정한 고용과 양질의 일자리를 창출한다	- 한부모, 돌봄제공자, 정신적 신체적 장애가 있는 사람들에게 적합한 일자리 제공
모든 사람에게 건강할 수 있는 생활수준을 보장한다	- 건강한 삶이 가능한 최저 소득 보장 - 노동시장 진입 후에도 이전에 제공되던 복지서비스를 계속 제공
건강하고 지속가능한 공간과 지역사회를 개발한다	- 기후변화의 영향 저감 - 걷기, 자전거 타기 등 활동적 이동 향상 - 녹지공간의 접근성과 질을 개선 - 식품 환경 개선 - 에너지 빈곤 감소 - 지역에서 통합적 정책 시스템을 통해 건강의 사회적 결정요인에 대응 - 사회적 고립 감소와 지역사회 사회자본 개선
질병예방의 역할과 영향을 강화한다	- 질병예방에 대한 투자 강화 - 약물 치료 프로그램의 접근성과 질 향상 - 비만, 흡연, 음주에 대한 사회경제적 수준별 격차의 경사면 제거 - 사회경제적 수준에 따라 나타나는 경사면 제거를 위해 공중보건학적 노력에 집중

* 출처: Marmot, M.(2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p. 173.

학생 청소년의 건강보호를 위한 통합적 접근의 중요성은 WHO(2007)에서 제시한 TEAM-ECD 모델(그림 II-9 참조)에도 잘 나타나 있다(Irwin et al., 2007). TEAM-ECD은 아동의 환경을 성장에 따른 시간적 공간과 아동이 생활하는 물리적 공간으로 구분하고 이와 관련된 요소들이 개별적 혹은 상호작용을 통해 아동의 건강에 영향을 미친다는 점을 강조하고 있다. 이 모델은 개념상 출생 전 발달에서만 8세까지를 포함한 아동 초기에만 적용 가능하다는 한계가 있지만 아동 건강에 대한 문제의 인식과 해결을 위해 통합적 접근을 강조하고 있어 학생 청소년기의 건강결정요인을 이해하는 데에도 중요한 시사점을 제공하고 있다.

우리나라의 학생 건강관련 부처별 종합대책은 복지부, 교육부, 여가부, 환경부 등을 중심으로 총 22개의 종합대책이 마련되어 있었다. 영역별로는 종합계획 2개, 신체건강 관련 계획 10개, 정신건강 관련 계획 5개, 환경 관련 계획 5개 등이다. 이처럼 다양한 영역에서 많은 계획들이 추진되어 왔으나 대다수의 계획들이 각 부처별로 수립, 추진되어 왔을 뿐 부처 간 연계나 협력이 이루어지는 경우는 드물었다.

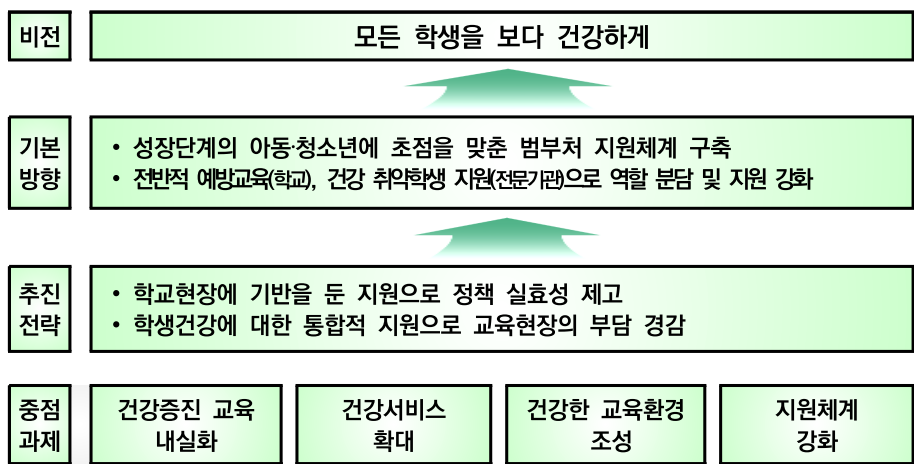
표 IV-3 학생 건강관련 부처별 종합대책 현황

영역	종합대책	주관부처	관련법령
종합 (2)	국민건강증진종합계획 (제4차, 2016-2020)	복지부	국민건강증진법
	아동정책기본계획 (제1차, 2015-2019)	복지부	아동복지법
신체 건강 (10)	국가비만관리종합대책(2018)	복지부	국민영양관리법
	소아당뇨 어린이 보호대책	국조실	-
	학생감염병예방 종합대책(2016)	교육부	학교보건법
	국민생활체육진흥 종합계획	문체부	국민체육진흥법
	학교체육 활성화 추진 기본계획	교육부	학교체육진흥법

영역	종합대책	주관부처	관련법령
	국민영양관리기본계획	복지부	국민영양관리법
	어린이 식생활 안전관리 종합계획	식약처	어린이식생활안전 관리특별법
	식생활교육기본계획(2015-2019)	농식품부	식생활교육지원법
	식품안전관리기본계획 (제3차, 2015-2017)	식약처(국조실, 교육부, 법무부, 농식품부, 복지부, 환경부 등)	식품안전기본법
	식품등의기준및규격관리기본계획 (2015-2019) 당류/나트륨저감화종합계획 (2016-2020)	식약처	식품위생법
정신 (5)	정신건강종합대책	복지부 (법제처, 교육부, 고용부, 여가부 등)	정신건강증진및정 신질환자복지서비 스지원법
	자살예방 국가 행동계획	복지부(고용부, 교육부, 여가부, 행안부, 과기부, 통계청 등)	자살예방 및 생명존중문화 조성에 관한 법률
	2018년 학생자살예방대책 시행계획	교육부	자살예방 및 생명존중 문화 조성에 관한 법률
	제4차 스마트폰, 인터넷 과의존 예방 및 해소 종합계획(2019-2021)	과기부(교육부, 법무부, 국방부, 문체부, 여가부, 방통위) 등 10개 부처	국가정보화기본법
	인터넷중독 예방 및 해소 종합계획	여가부	청소년보호법
환경 (5)	교육환경보호 기본계획(2018-2022)	교육부	교육환경보호에관 한법률
	실내공기질 관리 기본계획(2015-2019)	환경부(부처합동)	학교보건법
	범정부미세먼지관리종합대책(2017.9)	환경부(국무조정실, 기재부, 교육부, 환경부, 산자부 등)	-
	석면관리기본계획(2019-2023)	환경부(교육부, 고용부, 식약처 등)	석면안전관리법
	학교내유해물질관리종합대책(2015)	교육부	-

* 출처: 관계부처합동(2019). 제1차 학생건강증진 기본계획(2019-2023). p. 33.

최근의 사회변화, 새로운 건강위험요인 발견 등 정책 여건변화에 대한 대응을 위해 범부처 학생건강증진을 위한 중장기 전략 마련의 필요성에 따라 지난 2018년 사회관계장관회의의 의결에 따라 ‘제1차 학생건강증진 기본계획(2019~2023)’이 수립되었다. 특히 이 계획이 지금까지의 학생 건강증진 정책과 다른 점은 정부 부처 간, 중앙 정부와 지자체 간 유기적 역할 분담 및 포괄적 협력체계 강화를 강조하고 있다는 점이다. 그러나 계획에서 제시한 비전 및 중점과제 내용을 보면 여전히 교육 중심, 의료서비스 중심의 과제들이 배치되어 있고 학생 청소년을 둘러싼 사회경제적 환경, 물리적 환경의 불평등을 감소시킬 수 있는 근본적인 대책은 포함되어 있지 않고 있어 이에 대한 보완책 마련이 요구된다.



* 출처: 관계부처합동(2019). 제1차 학생건강증진 기본계획(2019~2023). p. 7

그림 IV-4 학생건강증진 기본계획 비전 및 중점과제

영국 왕립청소년의학회에서 제시한 청소년 건강증진 정책방향(표 IV-1)은 청소년 출생 이전인 산전 모성건강서비스 제공에서부터 출발하여 술이나 담배 등 청소년이 접할 수 있는 유해 물질의 관리는 물론 질병예방과 의료서비스제공에 이르기까지 청소년의 건강을 보호하고 증진하기 위한 종합적인 정책을 제안하고 있다. 특히 청소년 건강 개선을 위해서는 빈곤과 같은 사회구조적 요인에 대한 접근이 동반되어야 함을 강조하고 있는데 이러한 점은 우리나라의 학생건강증진계획 수립 시에도 반드시 검토되어야 할 점이라고 생각된다.

본 연구결과에서도 나타났듯이 현재 흡연율, 과일 섭취율, 안전벨트 미착용률, 성관계 경험률 등의 건강행태에서 가구경제상태가 '상' 혹은 '중상'인 집단에 비해 '하'인 인구집단에서는 2~3배에 이르는 격차를 보여주고 있다. 사회경제적 인구 집단별로 나타나는 이러한 격차는 이들 문제의 근본적 원인에 다가가기 위해서는 사회구조적인 접근이 필요하다는 점을 강하게 시사한다. 만약 사회구조적인 문제에 대한 근원적인 인식과 접근 없다면 학생 청소년 건강문제나 건강불평등에 대한 접근이 '올바르지 않은 건강행태'에 대한 교육, 이를테면 성교육, 금연교육 등의 중재에만 머무르게 될 것이다. 흡연율이나 성 경험률 등의 인구집단별 격차를 줄이기 위해서는 건강에 대한 지식의 부족과 행태를 교정하기 위한 보건교육의 관점에 머물기보다는 한 단계 더 나아가 사회경제적 관점이 동반된 사회구조적 접근이 수반되어야 할 것이다.

이러한 측면에서 학교와 지역사회는 사회구조적 관점을 반영한 개입의 장이 될 수 있으며 개인과 가족의 취약성을 보완해주는 역할을 보다 적극적으로 수행할 필요가 있다. 예를 들어 학교에서는 급식과 운동 시간을 통해 과일 섭취율, 격렬한 신체활동 실천율 제고를 위한 즉각적인 중재가 이루어 질 수 있고, 지역사회에서는 사회경제적으로 취약한 학생 및 가정의 결핍을 보완해 줄 수 있도록 보호와 지지체계가 마련될 필요가 있다.

한편 본 연구결과에서 나타난 학생 청소년의 높은 스트레스 수준, 우울감, 자살

시도 경험률 등은 현재의 상황의 심각성뿐 아니라 우리사회의 미래를 위해서도 대비가 필요하다는 것을 웅변하고 있다. 연구 결과에 의하면 40%의 학생이 높은 스트레스를 호소하고 27%의 학생이 우울감을 경험하며 3%의 학생이 자살을 시도한 바 있다. 청소년들이 우리 사회의 미래라는 측면에서 이들의 몸과 마음이 아프다는 사실은 결코 간과할 수 없는 문제이다. 이 문제의 해결을 위해서는 심리상담의 확대와 사회경제적 접근이 매우 필요함을 보여주고 있다. 정신건강의 문제에 대한 접근으로 사회경제적으로 취약한 청소년들을 대상으로 가족과 학교의 지지를 강화하기 위한 여러 가지 활동들이 동반되어야 하며 일반 학생들을 대상으로 보편적인 서비스를 제공하되 특히 사회경제적으로 열악한 계층의 청소년에게 집중하는 비례주의적 접근이 필요하다.

본 연구에서는 학생 청소년 건강불평등 실태를 파악하기 위해 주요 지표를 중심으로 인구집단 간 건강격차 분석함으로써 우리나라 학생 청소년의 건강불평등 현황을 드러내고자 하였다. 그러나 다음과 같은 몇 가지 측면에서 한계를 노출하고 있다. 우선 본 연구에서 다루는 분석 대상 인구집단에 대한 보다 엄밀한 구분이 미흡하다는 지적이 가능하다. 예를 들어 청소년건강행태조사를 이용한 지표들은 대부분 중학교 1학년부터 고등학교 3학년까지의 평균값을 제시하였다. 하지만 흡연율, 음주율 등은 중학교 1학년에서부터 고등학교 3학년까지를 모두 합한 지표 값보다는 최소한 중학교와 고등학교 수준이라도 분리한 지표를 제시하는 것이 더 적절할 수 있으며 향후에는 학생 청소년의 연령을 고려하거나 교급을 분리한 분석이 필요하다.

둘째, 학생 청소년 건강불평등 실태 분석을 위한 중요 구분자로서 성별을 선택하였음에도 불구하고 성별 통계로서 지표의 차별화나 해석상의 차별화를 적극적으로 시도하지는 못하였다. 예를 들어 본 연구에서 간접흡연 경험률이 남학생보다 여학생에서 훨씬 높게 나타나는 현상은 인식의 차이 때문으로 보이지만 가정과 학교가 아닌 공공장소 노출 환경에 실제로도 젠더 차이가 있는지는 지속적인 모니

터링과 실측 조사 등이 수반되어야 할 것이다. 그 외에 성별에 따른 가족 환경 등에서 자원의 배분 차이, 감수성의 차이, 고유한 필요 차이 등이 있을 수 있고 건강행태와 건강결과에서 성별 상호작용이 있을 수 있다. 본 연구의 내용에서 건강의 사회적 결정요인으로서 젠더를 언급하고 있긴 하지만 한창 성장하고 있는 청소년기에서 젠더 문제는 더욱 중요하게 다루어 질 필요가 있다고 생각된다.

본 연구에서 건강불평등 분석을 위한 또 다른 구분자로서 지역을 제시하였고 지역의 규모나 행정지역으로 구분하였다. 그러나 한편으로는 개인의 건강에 영향을 미치는 공간으로서 지역의 맥락을 보다 잘 표현하기 위해서는 박탈지수의 분위에 따른 지역 구분이 보다 많은 함의를 제공해줄 수도 있을 것이다. 향후에는 건강불평등에 영향을 미치는 지역의 맥락을 보다 잘 설명해줄 수 있는 지역지표의 다양한 활용이 필요하다.

본 연구에서 구성한 학생 청소년의 건강불평등 지표는 건강행태, 의료이용, 건강결과 중심이지만 건강수준을 결정하고 건강불평등의 원인이 되기도 하는 건강의 사회적 결정요인(social determinants of health)들을 건강불평등 지표에 반영할 필요가 있다. 특히 청소년의 건강권과 인권이라는 측면에서 직접적인 건강결정요인들을 보다 적극적으로 드러낼 필요가 있다. 예를 들어 차별과 배제, 학교 폭력, 청소년노동, 장애·이주·빈곤 등의 사회구조적 요인, 과다한 학습, 학교의 물리적 환경 등의 보다 직접적 위협 요인 등을 고려해야 한다. 이러한 사회적 건강결정요인들에 대한 모니터링이 이루어질 때 통상적인 건강행태 개선을 넘어서 학생 청소년을 둘러싼 환경과 구조에 대한 중재를 논할 수 있고 보다 적극적인 건강불평등 감소 전략을 논의할 수 있을 것이다.

그 외에도 학생 청소년의 건강과 관련한 최근의 이슈와 동향을 반영할 필요가 있다. 예를 들어 청소년의 성과 젠더를 고려한 지표, 학교 폭력, 탈학교 청소년, 이주경험(다문화) 청소년, 장애 청소년 등에 대한 고민도 필요하다. 또한 게임이나 인터넷 중독, 폭력 경험에 대한 지표 추가를 고려해 볼 수 있겠고 흡연에서는

전자담배 사용 등에 대한 모니터링도 검토할 만하다. 아울러 전반적인 건강수준을 나타내는 지표로 본 연구에서 제시한 주관적 건강 인지율 외에 행복지표 등도 고려해볼 필요가 있다.

끝으로 학생 청소년 건강불평등 현황을 모니터링하기 위한 자료원의 다양성이 확보될 필요가 있다. 특히 학생 청소년의 중요한 건강지표 중의 하나인 성장 발달 지표, 그 중에서도 특히 신체발달 지표와 인지발달지표 중 교육성취도 등은 극히 제한적으로 활용 가능한 실정이며 그 마저도 학생 청소년의 사회경제적 위치 변수를 포함하지 않는 경우가 많아 적절한 모니터링이 어렵다. 학생 청소년의 건강권 보장이라는 대의 하에 학생 청소년 건강 및 건강불평등을 측정 할 수 있는 핵심 지표에 대해서는 자료의 내용과 접근성 측면에서 재검토되어야 한다.

학생 청소년의 건강불평등을 다룬 본 연구는 국내 청소년에서 생애 단계에서의 공정한 출발과 건강의 성취를 위한 모니터링이 희소한 상황에서 중요하게 다루어질 수 있을 것으로 기대한다. 그리고 건강불평등 해소 정책의 첫 단계로 문제적 현황에 대한 모니터링은 그 핵심이 될 수 있으며 향후에도 지속적으로 수행되어야 할 것이다.



참고문헌

참고문헌

- 강상경 (2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별·연령 차이. *사회복지연구*, 41(2), 67-99.
- 강현아 (2010). 빈곤이 위험한 지역사회 환경을 통해 청소년의 우울 및 불안에 미치는 영향. *사회복지연구*, 41(3), 327-348.
- 경향신문 (2017.5.21). 자전거 사고로 가장 많이 다치는 부위는 ‘머리’...그러나 헬멧 착용은 14%만. http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201705211412001#csidxb226810876133b2ae617e24b098a4f0에서 2019년 9월 6일 인출.
- 관계부처합동 (2018). 제6차 청소년기본계획(2018~2022).
- 관계부처합동 (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획(2019~2023).
- 교육부 보도자료 (2019.3.26). 2018년도 학생 건강검사 표본통계 발표. 세종: 교육부.
- 교육부, 농림축산식품부, 보건복지부, 환경부, 여성가족부, 과학기술정보통신부, 질병관리본부, 식품의약품관리처 보도자료 (2019.3.15). 학생건강 증진을 위해 12개 부처 손잡고 대책마련.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2017). 제13차(2017년) 청소년건강행태조사. 세종: 보건복지부.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2018). 제14차(2018년) 청소년건강행태조사. 세종: 보건복지부.

- 권혜영, 정현진, 이애경, 김정희 (2014). 서울시 아동·청소년의 관외 의료이용에 관한 연구. *서울도시연구*, 15(2), 61-77.
- 김동진, 기명, 김명희, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 강아람, 채희란, 최지희 (2014). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제-한국의 건강불평등 보고서: 통계 집 I (연구보고 2014-03). 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 이소영, 기명, 김승섭, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 채희란, 이정아 (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제(연구보고 2013-10). 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, 손수인, 김새롬, 박여리 (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발(연구보고 2016-29). 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 최지희, 이정아, 배정은, 김창엽, 박유경, 정여진, 최영은, 김명희, 민동후 (2018). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발(연구보고 2018-35). 세종: 한국보건사회연구원.
- 김명희, 전경자, 서상희 (2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. *보건복지포럼*, 2011(6), 32-44.
- 김세원, 김선숙 (2012). 지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향. *한국아동복지학*, 39, 127-150.
- 김지연, 백혜정 (2018). 제3차 청소년보호종합대책(2019~2021) 수립을 위한 기초연구. 여성가족부, 한국청소년정책연구원.
- 김진석 (2012). 청소년 신체활동과 지역사회요인의 관계. *한국아동복지학*, 37, 165-185.
- 김혜련 (2012). 취약계층 빈곤 아동의 비만·저체중 양상과 아동기 건강형평성 제고를 위한 정책과제. *보건복지포럼* 2012(6), 55-66.
- 박다혜, 장숙량 (2013). 부모의 사회 경제적 지위가 청소년의 스트레스, 우울, 자살생각에 미치는 영향. *한국산학기술학회 논문지*, 14(6), 2667-2676.

- 박은옥 (2010). 지역별 청소년 건강위험행위 비교. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(1), 14-23.
- 배상수 (2006). 형평성: 건강형평성 향상을 위한 건강증진사업. *한국보건교육·건강증진학회 학술대회 발표논문집*, 183-221.
- 보건복지부, 질병관리본부 (2018). 제7기 국민건강영양조사(청소년). 세종: 보건복지부.
- 손현주, 박상훈, 강영호, 윤경은, 조홍준 (2012). 사회경제적 지위에 따른 청소년의 건강관련 행태의 차이: 제3차(2007) 청소년건강생태 온라인 조사 결과. *한국가정의학회지*, 2, 36-50.
- 신인순 (2011). 빈곤아동 과제중의 위험요인과 보호요인. *청소년문화포럼*, 27, 62-92.
- 안은숙, 한지형 (2015). 우리나라 청소년의 미충족 치과의료 수준 측정. *치위생과 학회지*, 15(2), 91-97.
- 안진상, 김희정 (2013). 아동·청소년의 건강불평등 결정요인 분석. *한국청소년연구*, 24(2), 205-231.
- 유용식 (2014). 우울 및 스트레스, 사회적 지지가 청소년 자살생각에 영향을 미치는 요인. *한국콘텐츠학회논문지*, 14(10), 189-197.
- 이용우 (2014). 가구소득과 아동기의 건강 불평등. *보건사회연구*, 34(3), 7-32.
- 이자형 (2015). 아동청소년의 건강불평등과 교육적 과제. *부산교육 이슈페이퍼 제2호*. 부산광역시 교육연구정보원 교육정책연구소.
- 이자형, 이기혜 (2015). 청소년의 건강불평등 영향요인 분석: 주관적 건강상태와 비만여부를 중심으로. *한국교육학연구*, 21(2), 217-243.
- 전가을, 전인수 (2017). 학령후기 아동의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. *Child Health Nurs Res*. 23(3), 319-328.
- 정진주, 김동식, 김명희, 김승섭, 김창오, 김태연, 서남규, 송인한, 유승현, 윤태호, 이연경, 이주현, 장숙량, 정혜주, 허현희, 황종남, 이자경 (2016). *국민건강증진*

- 종합계획 건강형평성 대표지표 개발 및 건강격차 해소 전략연구. 한국건강형평성학회, 보건복지부.
- 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란 (2018). 생애주기별 건강격차 해소를 위한 서울시 정책 및 사업 분석 연구. 서울: 서울시 공공보건의료재단, 이화여자대학교 산학협력단.
- 조선희, 엄애용, 전경숙 (2012). 청소년의 흡연 및 음주 행태와 사회경제적 수준과의 관계. *보건의료산업학회지*, 6(4), 12.
- 질병관리본부 (2018). 2018년 국민건강영양조사 및 청소년건강행태조사 결과발표회 자료집. 세종: 보건복지부.
- 질병관리본부, 보건복지부, 교육부 (2018). 제14차(2018년) 청소년건강행태조사 통계집. 세종: 보건복지부.
- 통계청, 여성가족부 (2018). 2018 청소년 통계.
- 통계청 (2017). 2017년 사망원인통계(마이크로데이터).
- 통계청 (2017). 2017년 주민등록연앙인구.

Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism*, 41(suppl_1), i26-i36.

Droomers, M., Schrijvers, C. T., Stronks, K., van de Mheen, D., & Mackenbach, J. P. (1999). Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Preventive medicine*, 29(1), 1-10.

Dupere, V., Leventhal, T., & Lacourse, E. (2009). Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological*

- medicine*, 39(8), 1295-1306.
- Elgar, F. J., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the health behavior in school-aged children study. *The Lancet*, 385, 2088-2095.
- Gnavi, R., Spagnoli, T. D., Galotto, C., Pugliese, E., Carta, A., & Cesari, L. (2000). Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: A study in an area of Northern Italy. *European Journal of Epidemiology*, 16(9), 797-803.
- Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social science & medicine*, 36(6), 715-724.
- Halfon, N., Larson, K. & Russ, S. (2010). Why social determinants? *Healthcare Quarterly*, 14(Special Issue). 8-20.
- Hammarstrom, A. & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(8), 624-630.
- Irwin I. G., Siddiqi A. & Hertzman C. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*. WHO.
- Jackson, M. I. (2015). Cumulative inequality in child health and academic achievement. *Journal of health and social behavior*, 56(2), 262-280.

- Lai, B., Milano, M., Roberts, M. W., & Hooper, S. R. (2012). Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(7), 1294-1303.
- Lillard, D. R., Burkhauser, R. V., Hahn, M. H. & Wilkins, R. (2015). Does early-life income inequally predict self-reported health in later life? Evidence from United States. *Soc Sci Med* 128, 347-355.
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. *Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. 19.
- Nelson, L. P., Getzin, A., Graham, D., Zhou, J., Wagle, E. M., McQuiston, J., McLaughlin, S., Govind, A., Sadof, M., & Huntington, N. L. (2011). Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatric dentistry*, 33(1), 29-36.
- Nuffield Trust(nuffieldtrust) & The Association for Young People's Health(ayph) (2019). *International comparisons of health and wellbeing in adolescence and early adulthood*. London.
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2015). The ethical and policy implications of research on income inequality and child well-being. *Pediatrics* 135(2), s39-s47.
- Royal College of Pediatrics and Child Health (2017). *State of Child Health Report 2017*.
- Sawyer, S. M., McNeil, R., McCarthy, M., Orme, L., Thompson, K., Drew, S., & Dunt, D. (2017). Unmet need for healthcare services in adolescents and young adults with cancer and their parent carers. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2229-2239.
- Schultz, S. T., Shenkin, J. D., & Horowitz, A. M. (2001). Parental

- perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatric dentistry*, 23(4), 321-325.
- Sellstrom, E., & Bremberg, S. (2006). The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scandinavian journal of public health*, 34(5), 544-554.
- 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.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *The Milbank Quarterly*, 76(3), 469-492.
- WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (2016). *Growing up un equal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Health Behavior in School-aged Children(HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey.
- Wilkinson, R. (2018). *Inequality, Health and Social Problems*. Reshaping the Future: how to tackle inequality Seoul.
- World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2017). *National health inequality monitoring: a step by step manual*.

ABSTRACT

A Study on the Socioeconomic Inequalities in Adolescents Health in Korea

It is important to measure health inequalities in adolescents in that the results may contribute to the prediction of inequalities in adult health. The aim of this study was to examine socioeconomic health inequalities using Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey, the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, and cause-of-death statistics.

This study assessed 34 health-related indicators—including physical activity, eating behavior, tobacco use, alcohol use, sexual behavior, oral health, obesity, mental health, and self rated health—under three domains (health behavior, medical utilization, and health outcome). Socioeconomic inequalities in health in adolescents are measured by indicators such as gender, household income, education status of his/her father, place of residence, and family composition.

Most indicators showed that the higher the economic conditions of households and their fathers' education levels, the higher the proportion of adolescents who practice healthy behavior. In particular, health inequalities took the form of gradients across all socioeconomic groups, irrespective of household income level or the father's education level.

Based on the above findings, it was suggested that continuous monitoring of the social determinants of health, as well as health behaviors and health outcomes, is necessary to address the health inequalities in adolescents. This study contributes to understanding the status of health and health inequalities among adolescents.

2019년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관 고유과제

- 19-R01 청소년 '일 경험' 제도 운영 실태 및 정책방안 연구Ⅱ : 대학교 실습학기제를 중심으로 / 김승경·최정원·강정환
- 19-R02 청년 사회·경제 실태 및 정책방안 연구Ⅳ / 김형주·연보라·유설희
- 19-R02-1 청년 사회·경제 실태 및 정책방안 연구Ⅳ - 전년도 공개데이터 심층분석보고서 / 김형주·연보라·유설희
- 19-R02-2 청년 사회·경제 실태 및 정책방안 연구Ⅳ - 기초분석보고서 / 김형주·연보라·유설희
- 19-R03 국가 미래인적자원으로서 재외동포청소년 성장과 지원방안 연구Ⅱ / 김경준·김정숙
- 19-R04 청소년기관의 진로체험 지원체계 구축 방안 연구 / 강경균·성윤숙·김승보·장현진
- 19-R05 청소년 체험활동 활성화를 위한 기업사회공헌 사업과의 협업 추진 방안 연구 / 임지연·황세영·김도영
- 19-R06 포용국가 실현을 위한 청년정책 개선 방안 / 김지경·변금선·전국청년정책네트워크
- 19-R07 정보기술을 활용한 위기청소년 사회서비스 확충 방안 / 김지연·이경상·노법래
- 19-R08 남북한 청소년 교류협력을 위한 중장기 전략연구 / 배상률·이정민
- 19-R09 미래지향적 청소년관련 법 정비 방안 / 김영한·서정아·권일남
- 19-R10 청소년지도자 양성시스템 재구축 방안Ⅰ : 청소년 활동분야 중심으로 / 최창욱·좌동훈·남화성·박정배
- 19-R11 청소년이 행복한 지역사회 지표조사 및 조성사업 연구Ⅶ / 오해섭·문호영·염유식
- 19-R12 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 : 한국아동·청소년 인권실태 2019 - 총괄보고서 / 김영자·김희진·이민하·김진호
- 19-R12-1 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 : 한국아동·청소년 인권실태 2019 - 심화분석보고서 / 강지영
- 19-R12-2 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 : 한국아동·청소년 인권실태 2019 - 기초분석보고서 / 김영자·김희진
- 19-R13 지역사회 네트워크를 활용한 청소년 성장지원정책 추진체계 구축방안 연구Ⅰ / 최인재·이윤주·송민경·조윤정

- 19-R14 한국 아동·청소년패널조사X - 사업보고서 / 하형석·김성은·이용해
- 19-R14-1 한국 아동·청소년패널조사X - 데이터분석보고서 / 김성은·김준엽
- 19-R15 다문화청소년 종단연구 2019 - 총괄보고서 / 양계민·장윤선·정윤미
- 19-R15-1 다문화청소년 종단연구 2019 - 기초분석보고서 / 양계민·장윤선·정윤미

협동연구과제

- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-59-01 학교 밖 청소년 지역사회 지원모델 개발연구Ⅱ : 질적 패널조사를 중심으로 / 장근영·윤철경·서고운·이동훈 (자체번호 19-R16)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-59-02 학교 밖 청소년 지역사회 지원모델 개발연구Ⅱ : 지역사회 지원 모델 개발을 위한 중소도시 지역 질적 연구 / 조아미·임정아·김남은 (자체번호 19-R16-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-60-01 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구 Ⅱ : 학교 졸업예정자 / 김기현·유민상·김창환·정자운 (자체번호 19-R17)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-60-02 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구 Ⅱ : 학교 졸업예정자·해외사태조사 / 김기현·유민상(자체번호 19-R17-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-61-01 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅰ / 임희진·백해정·김동식 (자체번호 19-R18)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-61-02 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅰ - 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석 / 김동진·정연·채수미 (자체번호 19-R18-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 19-61-03 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅰ - 기초분석보고서 / 임희진·백해정 (자체번호 19-R18-2)

연구개발적립금

- 19-R52 청소년정책 재구조화 방안연구 / 김기현·최정원·변금선·이종원·이민정·정지희
- 19-R21 청소년 참여 연구사업 운영을 통한 청소년활동 활성화 및 역량 증진방안 연구 / 모상현
- 19-R21-1 청소년 참여 연구사업 운영을 통한 청소년활동 활성화 및 역량 증진방안 연구 : 10대연구소 연구사업 운영보고 / 모상현·함세정

수 시 과 제

- 19-R53 아동청소년 성보호를 위한 연령조정 방안연구 / 이정민
- 19-R54 청소년 근로환경 개선을 위한 지원방안 연구 / 김형주·이종원

- 19-R55 학교 밖 청소년 추정치 추계방안 연구 / 하형석·이종원·이정민
- 19-R56 2030 혁신리더 양성개발 및 평가 / 최정원·김현철·문호영·이윤주·박지숙·정은진
- 19-R57 이주배경 아동·청소년 지역기관 연계 종합지원모델 개발 / 연보라·이윤주·김현철

수탁과제

- 19-R19 포용사회 구현을 위한 이주배경아동·청소년 성장기회격차 해소방안연구 : 통계구축방안을 중심으로 / 양계민·김지연·장윤선
- 19-R20 한국 아동·청소년 삶의 질 지표 구축 방안 연구 :한국 아동·청소년의 삶의 질 지표 DB 구축 및 보고서 작성 / 유민상·이용해
- 19-R22 청소년 비즈쿨 지원사업 교육운영모형 개발 및 활성화 방안 연구 / 강경균
- 19-R23 학교폭력 예방 또래활동 프로그램(초등학교) / 성윤숙·이혜정
- 19-R24 학교폭력 예방 또래활동 프로그램(중학교) / 성윤숙·이혜정
- 19-R25 학교폭력 예방 또래활동 프로그램(고등학교) / 성윤숙·이혜정
- 19-R26 2018 학교폭력 예방 어울림 프로그램 적용효과 분석 / 성윤숙·김현수
- 19-R27 2019년 학교폭력 예방교육 컨설팅 매뉴얼 / 성윤숙·장안서
- 19-R28 학교폭력 예방 어울림 심층 프로그램 / 성윤숙·서정아·문호영·장안서
- 19-R29 2018 개정 학부모 어울림 프로그램 : 초등학교 저학년, 초등학교 고학년, 중학교, 고등학교 (24종) / 성윤숙·김현수
- 19-R30 2015 개정교육과정을 반영한 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램 : 중학교 국어·도덕·사회 및 고등학교 국어·통합사회(5종) / 성윤숙·황세영·김성은·김현수
- 19-R31 학업중단예방 및 대안교실 프로그램 모듈 개발(중등용) 및 프로그램(5종) / 황세영·한지형
- 19-R32 청소년 특별지원 사업 활성화 방안 연구 / 김지연·서고운·김태완
- 19-R33 2019 청소년수련시설 종합평가 / 김경준·김영지·임지연
- 19-R34 서울시 학교 밖 청소년 실태조사 / 윤철경·최인재·김승경·김성은
- 19-R35 고양시 청소년재단 중장기 발전 계획 수립 연구 / 김영한
- 19-R36 유엔아동권리협약 이행 분석 연구 - 아동권리협약 이행 제56차 심의자료 및 권고사항(국문) / 김영지·이윤주·유설희
- 19-R36-1 유엔아동권리협약 이행 분석 연구 - 아동권리협약 이행 제56차 심의자료 및 권고사항(영문) / 김영지·이윤주·유설희
- 19-R37 다문화가족 방문교육서비스 개선방안연구 / 양계민·장윤선

- 19-R38 세종특별자치시 청소년정책 중장기발전 계획수립 연구용역 / 최창욱·좌동훈·문호영·남화성
- 19-R38-1 세종특별자치시 청소년정책 중장기발전 계획 / 최창욱·좌동훈·문호영·남화성
- 19-R39 소년 범죄피해자 인권보호 실태분석 및 제고방안 / 김지연·정소연·김혁·이경상
- 19-R40 2020년 청소년종합실태조사 사전 연구 / 김지경·김균희
- 19-R41 청소년 보호법 체계 개선 방안 연구 / 김지경·장근영·고은아
- 19-R42 2019년 학교 시민교육 정책 네트워크 운영 / 배상률·장근영·이정민
- 19-R43 천안시 청소년재단 설립 타당성 연구 / 최창욱·좌동훈·문호영·남화성·노자은
- 19-R43-1 천안시 청소년재단 설립 타당성 연구 요약보고서 - 천안시 청소년재단 기본구상 및 중장기 계획 - / 최창욱·좌동훈·문호영·남화성·노자은
- 19-R44 중국 청소년의 한류 인식 및 수용 실태 연구 / 배상률·문수정·장수
- 19-R45 지역아동센터 아동패널조사 2019 / 김희진·임희진·하형석·정윤미
- 19-R46 보호종료아동 주거지원 통합서비스 사업 평가지표 개발 연구 / 김지연·백해정·류정희·이상정
- 19-R47 발명교육 활성화를 위한 지역사회 연계 방안 연구 / 강경균
- 19-R48 2019 청소년방과후아카데미 효과만족도 연구 / 서정아·조아미
- 19-R49 지역사회 기반 직업계고 운영 활성화 방안 / 강경균
- 19-R50 고등교육 고비용부담 및 양극화 현상 진단과 대안 / 김기현·김형주
- 19-R51 청년정책 체계성 강화 연구 / 변금선·김기현·하형석·이용해
- 19-R58 학업중단예방 및 대안교실 프로그램 모듈 개발(초등용) 및 프로그램(2종) / 황세영·김성은·김현수
- 19-R59 미인가 대안교육시설 실태조사 연구 / 오해섭·박지영·이지혜·임하린
- 19-R60 홈스쿨링 도입 방안 연구 / 이종태·하태욱·차상진

세미나 및 워크숍 자료집

- 19-S01 학업중단예방 및 대안교실 프로그램 모듈 시범적용 결과 발표회 및 활용방안 워크숍(1.11)
- 19-S02 2019 학교폭력예방교육 운영학교 담당자 워크숍(1.24)
- 19-S03 학교폭력예방교육 운영학교 우수사례집 -어울림 프로그램 운영(1.31)
- 19-S04 2019 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(1차-초등학교)(2.12~13)
- 19-S05 2019 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(1차-중학교)(2.14~15)
- 19-S06 2019 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(1차-고등학교)(2.19~20)

19-S07	2019 학업중단예방 및 대안교실(꿈지락) 프로그램 워크숍 자료집(4.15~16)
19-S08	2019년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 워크숍(2.22)
19-S09	제13회 청소년정책포럼(3.6)
19-S10	2019년 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(2차) 초등학교(3.27~4.10)
19-S11	2019년 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(2차) 중학교(3.29~4.17)
19-S12	2019년 학교폭력 예방교육 운영학교 담당자 연수(2차) 고등학교(3.29~4.17)
19-S13	제14회 청소년정책포럼(4.29)
19-S14	제15회 대한민국 청소년박람회 토크콘서트 자료집(5.24)
19-S15	2019년 대안학교(각종학교 및 특성화 중·고교) 관리자 협의회(6.4)
19-S16	2019년 대안학교(각종학교 및 특성화 중·고교) 담당자 연수(6.5)
19-S17	제20차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움(6.10)
19-S18	제15회 청소년정책포럼(6.14)
19-S19	한국청소년정책연구원 개원 30주년 기념 국제 컨퍼런스(6.18)
19-S20	제16회 청소년정책포럼(7.26)
19-S21	제17회 청소년정책포럼(8.28)
19-S22	제21차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움(8.14)
19-S23	2019년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 워크숍(8.13~14)
19-S24	2019년 미인가 대안교육시설 관리자 연수(8.22)
19-S25	2019년 미인가 대안교육시설 담당자 연수(8.23)
19-S26	2019년 학교폭력 예방교육 시도교육청 협의체 워크숍(8.26)
19-S27	제18회 청소년정책포럼:청소년지도사 양성체계 및 처우개선 방안 제1차 재구조화 포럼(9.19)
19-S28	제22회 청소년정책포럼: 2019 학업중단예방 및 대안교육 포럼(10.25)
19-S29	제19회 청소년정책포럼: 미래지향적 청소년관련 법 정비 방안(9.26)
19-S30	제20회 청소년정책포럼(9.27)
19-S31	2019년 학교폭력 예방교육 발전방안 포럼(9.26)
19-S32	제22차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움(잠재프로파일 분석의 이론과 실제)(9.27)
19-S33	제23회 청소년정책포럼:이주배경 아동·청소년의 성장지원 체계 강화를 위한 지역자원 연계 방안(11.7)
19-S34	제24회 청소년정책포럼:청소년 주도적 참여기반 확대 및 활성화 방안(11.19)
19-S35	제23차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 :학교 밖 청소년을 위한 정책 협력 추진 방안(11.12)

- 19-S36 제8회 한국아동·청소년패널 학술대회(11.15)
- 19-S37 제21회 청소년정책포럼: 2019 전국청소년 지표조사 결과 발표 및 청소년활동 활성화 방안(10.1)
- 19-S38 제25회 청소년정책포럼: 청소년을 위한 NPO-기업 사회공헌사업의 협업추진 방안(12.6)
- 19-S39 제24차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움: 정책평가를 위한 이중차분법의 활용: 이중차분법의 이해와 한국아동청소년패널 데이터 이용 사례(12.2)
- 19-S40 제26회 청소년정책포럼: 한국 아동청소년의 삶의 질 현황 및 전망(12.12)
- 19-S41 제27회 청소년정책포럼: 2019년 학교폭력 예방교육 발전방안 포럼- 해외사례를 통한 국내 학교폭력 예방교육 활성화 방안 모색(12.12)
- 19-S42 고교학점제와 지역사회 청소년 체험활동 자원의 연계방안 모색을 위한 포럼(12.16)
- 19-S43 서울특별시-서울특별시교육청 공동 세미나: 서울 학교 밖 청소년 실태와 정책 진단, 그리고 미래(10.8)

학 술 지

- 「한국청소년연구」 제30권 제1호(통권 제92호)
- 「한국청소년연구」 제30권 제2호(통권 제93호)
- 「한국청소년연구」 제30권 제3호(통권 제94호)
- 「한국청소년연구」 제30권 제4호(통권 제95호)

기 타 발 간 물

- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 113호 : 가정 밖 청소년의 실태와 자립지원 방안 연구
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 114호 : 제4차 산업혁명시대 대비 청소년활동정책 전략 연구
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 115호 : 학교 밖 청소년 지역사회 지원모델 개발연구 I
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 116호 : 위기청소년 교육적 선도제도 실효성 제고방안
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 117호 : 청소년을 위한 NPO-기업 사회공헌사업(CSR) 간 협업추진을 위한 '협업지침'과 '중추지원조직 기능·추진사항' 개발
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 118호 : 미래지향적 「청소년복지 지원법」 정비 방안
- NYPI Bluenote 통계 46호 : 청소년활동 참여 실태조사 연구Ⅴ
- NYPI Bluenote 통계 47호 : 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구 I : 청년 니트(NEET)
- NYPI Bluenote 통계 48호 : 부모 특성과 아동·청소년 발달의 관계

연구보고 19-R18-1

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I - 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석

인 쇄 2019년 12월

발 행 2019년 12월

발행처 한국청소년정책연구원
세종특별자치시 시청대로 370

발행인 송 병 국

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 (주)아르빛 전화 044)863-0933 대표 유채란

사전 승인없이 보고서 내용의 무단 전재·복제를 금함.

구독문의 : (044) 415-2125(학술정보관)

ISBN 979-11-5654-257-5 94330

979-11-5654-255-1 (세트)



연구보고 19-R18-1

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I

- 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석

 **한국청소년정책연구원**
National Youth Policy Institute

30147 세종특별자치시 시청대로370 세종국책연구단지
사회정책동(D동) 한국청소년정책연구원 6/7층
Social Policy Building, Sejong National Research Complex,
370, Sicheong-daero, Sejong-si, 30147, Korea
Tel. 82-44-415-2114 Fax. 82-44-415-2369 www.nypi.re.kr



9 791156 542575
ISBN 979-11-5654-257-5 94330
ISBN 979-11-5654-255-1 (세트)