

학령기 아동 건강에 대한 사회적 결정요인의 상호작용 효과

김미영 · 박미석
숙명여자대학교 가족자원경영학과

Interaction Effects of Social Determinants Affecting School-Aged Children's Health

Mi Young Kim · Mee Sok Park
Department of Family & Resource Management, Sookmyung Women's University, Seoul, Korea

Abstract

This study investigated social determinants and their interaction effects on the health of school-aged children in diverse environmental factors pertaining to the individual, family, and peers from an ecological systematic perspective. Data were drawn from the first wave of the Korean Children and Youth Panel Survey (KCYPS) developed by the National Youth Policy Institute and conducted in 2010. Data were analyzed by descriptive statistics, Cronbach α , correlation, and hierarchical regression analysis using SPSS ver. 18. The results from this study showed that sex and age were related to the health of school-aged children, as social determinants. Self-rated levels of the health of boys and younger children were more positive than girls and older children; in addition, levels of self-resilience, satisfaction of peer relation, and parenting rearing attitude were found to have a positive impact on self-rated levels of the health of school-aged children as protective factors. Especially, according to the result of interaction analysis between factors, self-resilience, and parenting rearing attitude were moderators of the effects on between sex and household income and self-rated level of the health of school-aged children respectively. The findings from this study suggested the need to expand the social intervention range to improve school-aged children's health.

Keywords

school-aged children's health, social determinants, protective factors, moderating effect

서론

학령기는 아동의 활동 영역이 가정 외부로 확장되고 사회문화적 영향을 보다 많이 받게 되는 시기로, 인간 발달에 있어 중요한 시기이며 그 시기의 경험은 전 생애에 걸쳐 인간의 건강과 삶의 질에 큰 영향을 미친다[52]. 일반적으로 인간의 발달은 유전적 요인과 사회환경적 요인의 상호작용으로 이루어진다고 보는데 최근에는 사회환경적 요인에 따른 건강 결과에 대한 논의가 보다 확대되고 있다. 즉, 건강을 이해하기 위한 관점이 개인적 차원의 위험 및 보호 요인에서 사회적 유형이나 구조로 확장되었고 이는 사람들이 건강할 수 있는 기회를 만드는 요인으로 인식되고 있다[53]. 이러한 맥락에서 세계보건기구[54]는 건강에 대한 사회적 결정요인이라는 개념을 제시하였다. 사회적 결정요인은 사람의 출생, 성장, 생활, 일, 노화 등이 발생하는 환경 전반을 의미하고 이러한 환경은 자본, 권력, 자원 분배의 영향을 받으며 건강 불평등을 결정짓는 배경이 된다고 하였다.

학령기 아동의 건강 불평등은 다른 세대에 비해 양호한 건강 상태, 사회경제적 상황 측정 어려움 등의 이유로 아직까지 많이 다루어지지 않았지만 최근 보편적이고 기본적인 인권의 틀 안에서 그들의 건강에 대한 관심도 높아지고 있다[1, 22, 56]. 세계보건기구 유럽사무소[56]의 학령기 아동 건강행동 보고서에서는 아동 세대의 건강, 복지 및 발달에 대한 사회적 결정요인은 그들이 누릴 건강,

Received: July 1, 2016
Revised: July 27, 2016
Accepted: August 2, 2016

Corresponding Author:

Mee Sok Park
Department of Family & Resource
Management, Sookmyung Women's
University, 90 Cheongpa-ro 47-gil,
Yongsan-gu, Seoul 04310, Korea
Tel: +82-2-710-9456
Fax: +82-2-2077-7158
E-mail: msp@sm.ac.kr

교육, 직업, 사회참여 등의 다양한 기회뿐 아니라 그것의 반대 경우인 기회 박탈과도 관계를 가질 수 있고 또한 그 결과는 현재뿐 아니라 미래에도 영향을 미치기 때문에 중요하게 다루어져야 한다고 하였다. 특히 나이가 어릴수록 빈곤과 같은 환경에 더 취약하여 다양한 질병에 노출되거나 사망으로까지 이어질 수 있다. 또한 건강상 문제가 있는 아동들은 학교생활을 중도에 그만둘 수도 있고 성인기로까지 문제가 이어져 소득 수준에도 영향을 미칠 수 있기 때문에 아동기 건강 불평등의 근본 원인을 확인하는 것은 예방을 위한 정책적 차원에서도 중요하게 다루어질 필요가 있다 [12, 16, 50]. 이러한 맥락에서 Kim [20]은 빈곤 아동의 체중 상태를 통하여 영양 상태와 사회계층의 관계를 규명하였고 빈곤층 아동의 건강관리를 위한 정책적 고려의 필요성을 강조하였다. 그리고 아동의 체중뿐 아니라 기본적인 위생 및 식습관과 같은 건강 관리 행동도 가정의 취약한 경제상황의 영향을 받기 때문에 건강 관리에 미흡한 가정환경을 보완할 수 있는 프로그램 개발도 요구되었다[17].

이와 함께 세계보건기구 유럽사무소[56]는 아동들의 생활을 둘러싼 사회적 맥락은 건강 불평등의 구조적 결정요인을 상세히 짚 수 있는 보호요인으로도 작용할 수 있다고 하면서 가족, 친구 관계, 학교, 지역사회 등의 기능에 주목하기도 하였다. 아동·청소년기는 가족, 또래집단, 교육환경 및 건강 관련 행동에서 변화를 가능하게 하는 능력과 행동을 새롭게 구축하는 시기이기 때문에 이들의 건강은 다양한 환경체계의 영향을 받게 된다. 이에 아동·청소년기의 건강 결정요인이 생태학적 관점으로 설명되면서 그 관점에 따라 가족, 또래, 학교, 지역사회의 요인들이 건전한 성장과 발달을 위한 보호요인으로 제시되었고 특히 부모의 자녀건강에 대한 시간과 에너지의 집중도가 최고조인 아동·청소년기에 부모의 역할이 무엇보다 강조되기도 하였다[44, 53]. 또한 Emerson과 Brigham [9]은 발달 지연 아동의 취약한 건강에 대한 사회적 결정요인을 살펴보기 위하여 가정의 경제적 수준부터 가족구성, 부모의 특성, 가족의 사회적 자원까지 가정환경의 다양한 특성을 보호요인으로 설정하였고 아동의 건강 문제 예방을 위한 가정 중심의 초기 개입을 제안하였다.

따라서 본 연구는 건강에 대한 사회적 결정요인에 대한 논의가 국제적으로 확대되고 있는 현재, 우리나라 학령기 아동의 건강 상태에 대한 사회적 결정요인을 개인, 가정, 또래관계 등의 다양한 맥락에서 살펴보고자 하였다. 특히 본 연구에서는 학령기 아동의 건강을 아동 스스로 느끼는 신체적 건강상태에 대한 주관적 인식으로 접근하였고 건강에 대한 사회적 결정요인 중 일부는 보호요인으로 구분하여, 그 보호요인이 건강에 대한 다양한 사회적 결정

요인과 상호작용을 할 경우에 나타나는 조절효과를 알아보는 것을 목적으로 하였다. 본 연구를 통한 정보는 학령기 아동의 건강 불평등 상황을 개선할 수 있는 가정 및 지역사회 차원의 프로그램 개발과 확대를 위한 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

지금까지의 논의를 바탕으로 본 연구에서 설정한 연구문제는 다음과 같다.

- 연구문제 1. 학령기 아동의 건강 및 사회적 결정요인의 일반적 경향은 어떠한가?
 연구문제 2. 학령기 아동이 지각한 건강상태에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?
 연구문제 3. 학령기 아동의 건강에 대한 사회적 결정요인 중 보호요인은 조절효과를 갖는가?

선행연구 고찰

1. 사회적 결정요인 맥락에서의 학령기 아동 건강 특성

건강은 가정체계의 중요한 인적자원 중 하나로서 가정, 지역사회, 국가 등 다양한 환경체계와의 상호작용에 따라 그 결과가 달라질 수 있는 특성을 갖는다. 이러한 건강의 속성으로 인해 건강은 분절되고 독립적인 것이 아닌 통합된 연속체로 이해되기도 한다[16]. 특히 학령기 아동기는 발달 단계상 사망 혹은 질병 발생이 가장 적은 시기이지만 그 시기의 건강상태, 행동 혹은 적절한 개입은 일생동안 중요한 영향을 미칠 수 있다[22, 53]. Turney 등 [52]은 열악한 건강상황이나 만성적 질병을 경험한 아동들은 그렇지 않은 아동에 비해 성인이 되었을 때 건강 관련 문제를 경험할 가능성이 높아지고 아동기의 건강문제는 성인기의 학업성취 및 사회경제적 영역에도 영향을 미치기 때문에 아동기 건강 불평등은 오랫동안 지속되는 성질을 가지며 이에 대해 생애과정과 다층적인 영역의 상호작용 모두를 고려해야 한다고 하였다.

즉, 인간의 일생동안 나타날 수 있는 건강 결과는 인간의 생물학적, 행동 및 심리적 이슈들과 사회환경적 요인들의 복잡한 상호작용에 의한 것이며 인생의 각 단계는 다음 단계에 영향을 미치게 되는데, 이러한 특성은 건강을 이해하는 데 있어 생태체계적 관점을 적용할 수 있게 한다. 생태체계적 관점은 인간의 발달은 지속적 과정이라는 전제 하에 인간과 환경의 상호작용에 초점을 두고 인간을 둘러싼 환경을 보다 체계적으로 이해하는 이론이다. Viner 등[53]은 건강에 대한 결정요인을 파악하기 위하여 생태체계적 관점의 틀을 적용하면서 개인, 가정, 학교 및 또래, 지역사회 등 보다 체계적인 환경의 범주화를 시도하였고, 각 범주에 포함되는 다

양한 요인들과 청소년기 건강의 관계를 설명하였다. 다양한 요인과의 상호작용 결과로 나타나는 학령기 아동의 건강은 아동의 사회적 기능, 학업성취도, 삶의 질 등에 중요한 영향을 미치게 되고 특히 건강하지 않은 아동은 그렇지 않은 아동보다 낮은 자아존중감 및 효능감, 원만하지 않은 학교생활, 폭력, 또래관계에서의 배제, 취약한 가족관계 등을 경험할 가능성이 높다고 하였다[52]. 즉, 생태체계적 관점은 학령기 아동 건강의 사회적 결정요인을 다양한 측면에서 탐색할 수 있도록 보다 확장된 개념적 틀을 제공한다는 점에서 의의가 있다[46]. 건강에 대한 사회적 결정요인과 그것의 효과 이해는 생태체계적 관점의 핵심이며 특히 환경적 조건과 인간의 행동 및 복지 간의 상호관계를 고려한다는 점에서, 아동 건강과 관련된 다양한 현상의 이해뿐 아니라 정책적 근거 마련이라는 두 가지 측면에서의 기능을 생각해볼 수 있다[51].

그리고 많은 연구들은 아동기 건강을 산출의 개념으로 접근해왔지만 아동기의 건강을 측정할 수 있는 방법을 설정하는 것은 쉽지 않은 문제로, 이 부분에 대한 논의가 꾸준히 이루어졌다[34, 35]. Kim 등[22]은 건강의 사회적 결정요인과 관련하여 아동기 건강문제를 성장과 발달, 정신적, 사회적 건강, 건강 관련 행동, 질병 및 사망 등으로 폭넓게 접근할 필요가 있다고 강조하였다. 그리고 Viner 등[53] 역시 청소년기 건강의 사회적 결정요인의 영역을 다층화하면서 그것의 영향을 받는 건강의 개념에 흡연, 폭력 등과 같은 건강 관련 행동에서부터 전염병, 상해 등의 원인에 의한 사망까지를 포함시켰다.

그러나 National Research Council Committee on Evaluation of Children's Health [40]는 아동의 건강을 '아동이 그들의 잠재력을 이해하고 개발할 수 있고, 그들의 욕구에 만족하며 아동을 둘러싼 신체적, 사회적 환경과의 상호작용이 성공적으로 이루어질 수 있도록 그 능력을 개발할 수 있는 정도'라고 정의하면서, 객관적 산출뿐 아니라 주관적 산출까지 포함할 수 있는 근거를 제공하였다. 이러한 맥락에서 세계보건기구 유럽사무소[56]는 학령기 아동 건강의 사회적 결정요인과 관련하여 질병, 신체적인 상태뿐 아니라 건강에 대한 자기평가정도 및 삶의 만족도 등을 건강결과 영역에 포함시켰다. 또한 Hardie와 Landale [12]은 사회경제적 환경과 같은 복합적인 위험요인의 영향을 받는 결과로서의 아동 건강 영역을 천식, 비만과 같은 건강문제와 건강문제로 인한 일상생활의 영향 정도, 건강 서비스 활용 정도에서부터 건강에 대한 주관적 인식까지 포함하였다. An과 Kim [1]도 아동·청소년의 건강 불평등 결정요인을 확인하기 위하여 종속변인으로 아동 청소년들이 인식하는 주관적 건강상태를 선정하였고 개인요인, 사회환경요인, 신체적 조건 및 건강행태 요인, 사회심

리적 요인 등과의 관계를 통해 건강 불평등 결정요인을 파악하였다. Lee [34] 역시 성인기에 나타나는 건강에서의 소득 불평등 원인을 아동기의 건강상태로 보고 아동 건강과 가구소득의 관계를 분석하였으며 아동의 주관적 건강상태를 종속변수로 활용하였다. 건강을 주관적 인식으로 이해하는 방법에 대해 Kim [19]은 사망 및 질병, 건강수명 등을 예측할 수 있는 지표로서도 유용하지만 본인의 주관적 평가라는 측면도 포함하고 있기 때문에 최근 건강상태를 평가하는 가장 보편적인 척도로 활용되고 있다고 하였다. 이에 본 연구에서도 학령기 아동의 다양한 조건에 의해 영향을 받는 그들의 건강을 아동 스스로 느끼는 신체적 건강상태에 대한 주관적 인식으로 정의하고 측정하였다.

2. 학령기 아동 건강의 사회적 결정요인

세계보건기구와 건강에 대한 사회적 결정요인 위원회[55]는 건강에 대해 경제, 사회정책, 정치 등의 보다 거시적인 맥락의 힘으로 형성된다고 하였고 신체적 측면에서부터 심리·정서·사회적 측면을 포괄하는 건강을 이해하기 위해서는 단순히 결과에만 초점을 두기보다는 그 결과를 둘러싼 다양한 환경 요인, 즉 사회적 결정요인에 주목할 필요가 있다고 하였다.

사회적 결정요인의 원리를 설명하는 모형은 요인의 속성에 따라 근접(proximal)수준과 원위(distal)수준으로 구분되는데 근접수준 요인은 아동의 일상적인 생활과 직접적인 관계가 있는 가족, 또래, 지역사회 특성들을 포함하고, 원위수준 요인은 국가의 경제 및 정치 체제, 성역할 규범, 복지정책 등과 같은 보다 거시적인 측면을 의미한다[53]. 두 가지의 모형은 보다 세부적으로 개인요인, 가족요인, 지역사회 요인, 사회적 요인으로 구분되는데 대부분의 연구들은 개인, 가족, 지역사회 측면의 근접 수준 요인에 초점을 두고 있지만, 아동 건강 상황에 대한 국제비교연구들은 사회적 요인, 즉 원위수준의 요인까지 적용하여 아동 건강의 사회적 결정요인을 분석하기도 하였다[10, 53]. 무엇보다 개념적 틀을 통해 알 수 있는 사실은 사회적 결정요인에는 아동 건강에 영향을 미칠 수 있는 긍정적인 환경과 부정적인 환경 모두가 포함될 수 있다는 것으로 이에 대해 세계보건기구 유럽사무소[56]는 아동 건강에 대한 사회적 결정요인은 아동 세대의 기회와 배제 모두와 관계를 갖는다고 하였다. 사회적 결정요인의 개념적 포괄성으로 인해 Graham [11]은 정책현장에서는 사회적 결정요인의 개념이 보다 분명해질 필요가 있음을 강조하면서, 여전히 통합적으로 활용되고 있기는 하지만 건강의 사회적 결정요인과 건강 불평등의 사회적 결정요인으로 개념을 구분하기도 하였다.

본 연구에서는 아동기 건강을 결정짓는 다양한 환경요인을 사

회적 결정요인으로 통칭하고 앞에서 제시한 학령기 아동의 건강을 이해하는 데 유용한 틀인 생태체계적 관점을 적용하여 그 요인들을 개인, 가정, 또래, 지역사회 및 국가 등의 영역별로 범주화하였다. 개인적 요인부터 살펴보면 주관적 건강인지, 정신건강 및 신체적 질병 등의 다양한 건강 결과에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 연령, 성별, 교육 기회, 폭력에 대한 노출 정도, 성격, 스트레스, 우울, 학교성적만족도, 신체적 조건, 삶의 만족도 등이 제시되었다[1, 10]. 무엇보다 자아탄력성은 질병에 의한 생활양식 변화에 잘 적응할 수 있게 하는 요인으로서 아동·청소년의 건강 결과와 다양한 환경과의 상호작용 사이에서 매개효과를 갖는 보호요인으로 다루어지고 있다[30].

그리고 아동기 건강 결정요인으로서 가정체계 특성은 그 어떤 요인보다 강조되고 있는데 특히 가정체계는 건강 불평등 요인뿐만 아니라 보호요인을 다수 포함하고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 학령기 아동의 건강 결과에 영향을 미칠 수 있는 가정체계 요인은 가구소득, 부모의 고용상태 및 교육수준, 가구형태, 주거형태, 가정생활의 다양한 사건, 보호자 건강, 폭력 및 학대 등과 같은 외현적 요인에서부터 의사소통, 양육태도, 가족 응집성, 가족기능성, 사회적 지지 등과 같은 주관적·심리적 요인까지 다양하게 분포되어 있다[1, 10, 12, 52, 53, 56]. 그 중 건강 불평등 맥락에서 소득, 부모 교육수준과 같은 가구의 사회경제적 환경과 아동 건강과의 관계에 대한 연구가 많이 이루어졌는데, 구체적으로 가구의 소득수준과 부모의 사회경제적 특성이 자녀의 신장, 체중, 질병, 위생 및 식습관 등에 영향을 미칠 수 있다는 것이 실증적으로 규명되었다[17, 21, 23].

이러한 신체특성, 질병, 건강관리행동 등의 건강 산출 뿐 아니라 주관적 건강인식을 건강결과로 활용한 연구에서도 가구소득이나 부모의 교육수준과 같은 가구의 사회경제적 환경은 유의미한 요인으로 파악되고 있다[1, 34]. 이와 같이 사회경제적 환경은 학령기 아동의 건강을 위협하는 대표적인 결정요인이라고 할 수 있지만 동시에 가정체계는 다양한 보호요인을 가지고 있다. 예를 들어 적절한 감독과 일관성 있는 부모의 양육태도는 가정의 낮은 사회경제적 지위와 아동 건강 불평등의 정적인 영향관계를 상쇄하는 효과를 갖고 아동의 친사회적 행동이나 학업성취 등에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다[9, 29, 53]. 또한 부모와의 친밀하고 긍정적인 관계도 아동·청소년의 건강과 관련된 위험행동을 감소시키는 보호요인으로 많은 연구에서 제시하고 있다[2, 43].

아동·청소년의 건강에 영향을 미치는 또 다른 환경으로는 또래관계와 지역사회 요인이 있는데 또래와의 좋은 관계와 그들로부터의 정서적 지지는 건강 관련 위험행동으로부터 아동·청소년

을 보호하는 요인으로 작용하기도 하지만, 반대로 또래모방 성향 등으로 인하여 부정적인 영향을 미치기도 한다[15, 30, 53]. 지역 사회 측면에서도 사회로부터의 고립감은 건강에 부정적인 영향을 미치지만 사회적 지지와 통합 정도, 친밀감 등은 아동·청소년의 건강에 대한 중요한 보호요인으로 제시되고 있다[1, 10, 38]. 더 나아가 Kim 등[22]은 아동기 건강에 대한 원위수준의 결정요인으로서 국가의 빈곤, 노동시장, 국가복지 프로그램 등을 제시함으로써 아동 건강 불평등을 이해하는데 보다 포괄적인 접근의 필요성을 강조하기도 하였다.

학령기 아동 건강에 영향을 미칠 수 있는 사회적 결정요인을 검토한 결과 국내연구는 국외에 비해 아동기 건강 산출에 대한 보호요인 관련 연구가 부족한 상황이다. 아동기 건강 결정요인 이해 과정에서 다양한 환경체계간의 상호작용 효과 파악은 문제인식뿐 아니라 해결 방안 제시를 위해서도 유용하다는 관점이 확산되고 있는 국제적 흐름을 고려하여[22], 본 연구에서는 생태체계적 관점에 따라 사회적 결정요인을 범주별로 체계화하여 이해하고 요인 간의 상호작용을 분석하여 아동기 건강 불평등 해소를 위한 개입 방안의 근거를 확대하고자 하였다.

연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구를 위하여 한국청소년정책연구원의 한국아동·청소년 패널(Korean Children and Youth Panel Survey, KCYPS) 2010년도 1차 자료를 사용하였고, 9세에서 16세까지의 학령기 아동 3,525명을 선별하여 연구 대상으로 삼았다. 한국아동·청소년패널은 전국의 초등학교와 중학교를 표본으로 하며 그들의 성장 발달 측면뿐만 아니라 가정, 또래, 학교, 지역사회 등의 환경 전반을 이해할 수 있는 항목을 포함하고 있다는 점에서 본 연구에의 활용에 있어 유용성을 갖는다. 그리고 패널조사는 초등학교와 중학교 모두를 포함하고 있어 본 연구에서는 선행연구를 참고하여 두 대상을 포괄할 수 있는 학령기라는 용어로 연구 대상을 명명하였다[3, 42].

조사 대상 아동의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 본 연구의 조사대상자인 학령기 아동의 성별은 남학생이 약 51%, 여학생이 약 49%로 비슷한 분포를 보였고, 연령은 9세에서 12세까지가 약 51%, 13세에서 16세까지가 약 49%로 나타났으며 평균연령은 12세였다. 가족구성은 부모와 자녀로 구성된 가구의 비율이 약 97%로 월등히 높았고, 한부모, 조손, 다문화 등 구조상 주류로 인식

Table 1. Sample Characteristics (N=3,525)

Variable	n (%)
Sex of child	
Boy	1,793 (50.9)
Girl	1,732 (49.1)
Age of child (M=12, SD=1.50)	
9-12	1,799 (51.0)
13-16	1,726 (49.0)
Family composition	
Parent and children	3,404 (96.6)
Others (fragile)	121 (3.4)
No. of children in a family	
1	293 (8.3)
2-3	3,148 (89.3)
≥4	84 (2.4)
Housing	
Detached house	499 (14.2)
Apartment	2,338 (66.3)
Row or multiplex house and others	688 (19.5)
Residential area	
Others	2,601 (73.8)
Seoul metropolitan area	924 (26.2)
Household income (criteria: minimum cost of living)	
Low group	1,176 (33.4)
High group	2,349 (66.6)
Employment of parent	
Single income family	1,512 (42.9)
Double income family	2,013 (57.1)
Education	
Father	
Below high school-graduate	1,527 (43.4)
University (college)-graduate	1,753 (49.8)
Graduate school-graduate	2,39 (6.8)
Mother	
Below high school-graduate	1,966 (55.9)
University (college)-graduate	1,443 (41.1)
Graduate school-graduate	105 (3.0)
Occupation	
Father	
Wage earner	2,275 (66.4)
Employer with a worker	454 (13.2)
Self-employed	684 (20.0)
Unpaid family worker	14 (4)
Mother	
Wage earner	1,408 (69.7)
Employer with a worker	132 (6.5)
Self-employed	306 (15.2)
Unpaid family worker	173 (8.6)

되는 형태에 비해 취약성을 보유할 가능성이 있는 가구의 비율은 약 3%였다. 가구의 자녀수를 살펴보면 두 명에서 세 명을 둔 가구가 약 90%로 가장 높은 비율을 보였고 그 다음으로는 외동 아 이 가구 약 8%, 네 명 이상의 자녀를 둔 가구 약 2% 순으로 나타 났다. 거주하는 주택의 형태는 아파트 거주비율이 약 66%로 가 장 높았고 연립 및 다세대 주택이 약 20%, 단독주택이 약 14%였 고, 거주 지역은 서울 및 수도권이 약 26%, 지방이 약 74%였다. 가구의 소득은 2010년 최저생계비(4인 기준)의 200%를 기준으 로 하여 분포를 파악하였는데 최저생계비 200%보다 높은 가구가 약 66%, 낮은 가구가 약 34%로 최저생계비 200%보다 높은 소 득을 갖는 가구의 비율이 더 높았다. 부모의 맞벌이 여부를 파악 한 결과 맞벌이 가구 비율이 57%로 비맞벌이 가구 43%보다 높았 다. 부모의 교육수준을 살펴본 결과 아버지는 대학 졸업 비율이 약 50%로 가장 높았고 고등학교 졸업 이하가 약 43%, 대학원 졸 업 이상이 약 7%로 나타났고, 어머니는 고등학교 졸업 이하가 약 56%로 가장 높았고 대학교 졸업 비율이 41%, 대학원 졸업 이상 이 약 3%였다. 부모의 직업은 아버지의 경우 임금 근로자 비율이 66%로 가장 높았고 그 다음으로는 자영업자 약 20%, 고용주가 약 13%, 무급 가족종사자가 약 1%로 나타났고, 어머니 역시 임금 근로자 비율이 약 70%로 가장 높았고 자영업자 약 15%, 무급 가족종사자 약 9%, 고용주가 약 6%였다.

2. 연구도구

1) 학령기 아동 건강 변수

본 연구에서 학령기 아동의 건강상태를 파악하기 위하여 그들 의 신체적 건강을 이해할 수 있는 변인을 선정하였고 구체적으로 제시하면 학령기 아동들의 건강상태에 대한 본인의 평가이다. 건 강상태에 대한 평가는 한국아동·청소년패널 자료에 제시되어 있 는 또래 친구들과 비교할 때 자신의 신체적 건강상태가 어떠한지 를 묻는 단일척도(1-4점)를 사용하였고 점수가 높을수록 본인의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 것을 의미한다.

2) 학령기 아동 건강의 사회적 결정요인

본 연구에서는 학령기 아동의 건강 불평등에 영향을 미칠 수 있는 사회적 결정요인을 선행연구에서 제시한 변인을 참고하여 연구 대상자의 사회인구학적 특성 중 일부를 활용하였다. 구체적 으로 성별, 연령, 가족형태, 주택형태, 가구소득 등을 포함하였 다. 그리고 연속척도인 연령과 가구소득을 제외하고 성별은 남학 생 0, 여학생 1, 가족형태는 부모자녀로 구성된 가족을 0, 그 밖

의 형태를 1, 주택형태는 단독주택을 1, 그 밖의 형태를 0으로 재 코딩하였다.

그리고 사회적 결정요인 중 건강 불평등에 영향을 미치는 요인을 상세시킬 수 있는 요인을 보호요인으로 정의하였는데 개인, 또래, 가정을 대표하는 변인들로 자아 탄력성, 또래관계 만족도, 부모양육 태도 등을 선정하였다. 자아 탄력성은 스트레스와 변화의 상황에서 겪게 되는 어려움을 상대적으로 잘 극복하는 능력으로 [28, 49] 본 연구에서는 Block과 Kremen [5]이 개발한 자아 탄력성 척도를 Yoo 등[57]이 수정·보완한 문항을 활용하였다. 총 14 문항(1-4점)으로 이들의 내적일관성은 .844로 신뢰할만한 수준을 보였다. 또래관계만족도는 Min [36]이 제작한 학교생활 적응 척도 중 교우관계를 측정하는 다섯 문항(1-4점)만을 선별하여 사용하였고 이들의 내적 일관성은 .594였다. 부모의 양육태도는 감독, 애정, 비밀관성, 과잉기대 및 간섭, 합리적 설명 등의 내용을 포함하고 있는 Huh [13]의 부모양육태도 검사 문항을 활용하여 총 21문항(1-4점)으로 측정하였고 내적 일관성은 .843으로 신뢰할만하였다. 보호요인으로 선정된 자아 탄력성, 또래관계, 부모양육 태도 등의 세 가지 변인 모두는 점수가 높을수록 긍정적인 것을 의미한다.

3. 분석방법

본 연구에서는 SPSS ver. 18.0 통계 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여 다음과 같이 자료를 분석하였다. 조사 대상자의 일반적 특성을 살펴보기 위하여 빈도분석과 기술 통계분석을 사용하였고, 측정도구의 신뢰도를 측정하기 위하여 신뢰도 계수(Cronbach α)를 산출하였다. 또한 각각의 변수들에 대한 상관계수 및 분산 팽창지수(VIF) 등도 검토하였고, 다중공선성 문제를 해결하기 위하여 표준화 값을 사용하였다. 마지막으로

Table 2. Descriptive of Study Variables (N=3,525)

Variable	M	SD	Range
Health			
Perception of health condition	3.25	.61	1-4
Social determinant			
Sex (boy=0, girl=1)	.49	.50	0-1
Age	12.39	1.50	9-16
Housing (detached house=1)	.20	.40	0-1
Household income	.46	.27	.01-4
Family composition (fragile=1)	.03	.18	0-1
Protective factor			
Self-resilience	2.98	.47	1.14-4
Satisfaction of peer relationship	2.79	.40	1-4
Parent's rearing attitude	2.82	.44	1.10-4

학령기 아동 건강상태에 대한 영향요인 파악 및 사회적 결정요인의 상호작용을 통한 조절효과를 살펴보기 위해서 위계적 회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 학령기 아동 건강, 사회적 결정요인의 일반적 경향

본 연구에서 정한 문제를 분석하기 전에 주요 변인들의 평균과 표준편차를 통해 일반적 경향을 살펴본 결과는 Table 2와 같다.

본 연구의 종속변인인 학령기 아동들의 건강상태에 대한 인식은 평균 3.25점으로 나타나 높은 수준이었고 이는 아동 혹은 청소년의 건강 결과를 그들의 주관적 인식으로 접근한 An과 Kim [1], Lee 등[30], Lee [34]의 연구 결과와 유사한 결과였다.

Table 3. Correlation among Social Determinants, Protective Factors, and Health of School-Aged Children

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sex	1								
2. Age	.014	1							
3. Housing	.020	-.022	1						
4. Household income	.003	.025	-.130***	1					
5. Family composition	-.023	.015	.021	-.084***	1				
6. Self-resilience	.015	-.131***	-.005	.071***	-.036**	1			
7. Satisfaction of peer relationship	.032	.027	-.020	.076***	-.053***	.514***	1		
8. Parent's rearing attitude	.159***	-.153***	-.011	.059**	-.069***	.240***	.205***	1	
9. Perception of health condition	-.039**	-.110***	.005	.032	-.011	.291***	.227***	.169***	1

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

사회적 결정요인 변수들은 다중공선성 문제를 해결하고 연속 척도로 통일시키기 위하여 연령을 제외하고는 표준화 값을 산정하였으며, 성별, 연령, 거주형태, 가구소득, 가족구성 등의 구체적인 특성은 앞서 기술하였다. 그리고 보호요인으로 선정한 학령기 아동의 자아 탄력성은 2.98점, 또래관계는 2.79점, 부모의 양육태도는 2.82점으로 모두 3점 이하의 결과를 보여 아주 높은 수준은 아니었다.

다음으로 본 연구에서는 각 변인들 간의 관련성을 살펴보기 위하여 Pearson 단순상관분석을 실시하였고 변수 간 상관관계의 범위가 $r=.036-.291$ 로 .80 이상의 상관계수 절대값은 발견되지 않아 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인되었으며 그 결과는 Table 3과 같다.

상관관계 분석 결과, 사회적 결정요인 내 변인들 중 가구소득과 주거형태 및 가족구성의 부적 상관관계가 $p<.001$ 수준에서

유의미하게 나타났고 세 개의 보호요인은 모두 $p<.001$ 수준에서 정적인 상관관계를 보였다. 사회적 결정요인과 보호요인들 내 변인들에서도 주거형태를 제외하고 변인들 간 상관관계가 나타났으며 본 연구의 종속변인인 학령기 아동 건강은 성별, 연령과는 부적 상관관계를 보였고 세 개의 보호요인과는 $p<.001$ 수준에서 유의미한 상관관계를 가지고 있었다.

2. 학령기 아동 건강상태에 대한 사회적 결정요인의 조절효과

학령기 아동 건강과 사회적 결정요인의 조절효과를 파악하기 위하여 본 연구는 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 그 결과는 Table 4와 같다.

1단계에서는 학령기 아동 건강에 대한 사회적 결정요인을 투입하였는데 그 결과 학령기 아동 건강상태 평가에 성별, 연령, 소득 등이 영향을 미치는 변인으로 나타났다($F=10.368, p<.001$).

Table 4. Moderating Effect of the Protective Factors on School-Aged Children's Health ($N=3,525$)

Variable	I		II		III	
	B	β	B	β	B	β
Social determinant						
Sex	-.046	-.037*	-.073	-.060***	-.071	-.059***
Age	-.044	-.109***	-.028	-.069***	-.029	-.071***
Housing	.006	.009	.007	.011	.006	.010
Household income	.076	.034*	.015	.007	-.002	-.001
Family composition	-.005	-.008	.005	.008	.004	.006
Protective factor						
Self-resilience	-	-	.269	.206***	.188	.144***
Satisfaction of peer relationship	-	-	.159	.104***	.143	.093**
Parent's rearing attitude	-	-	.134	.097***	.162	.117**
Interaction factor						
Sex x self-resilience	-	-	-	-	-.016	-.026
Sex x satisfaction of peer relationship	-	-	-	-	.008	.014
Sex x parent's rearing attitude	-	-	-	-	-.028	-.045**
Age x self-resilience	-	-	-	-	-.001	-.001
Age x satisfaction of peer relationship	-	-	-	-	.014	.023
Age x parent's rearing attitude	-	-	-	-	.004	.007
Income x self-resilience	-	-	-	-	.086	.075*
Income x satisfaction of peer relationship	-	-	-	-	.018	.016
Income x parent's rearing attitude	-	-	-	-	-.019	-.016
Constant	3.786 (.000)		2.003 (.000)		2.229 (.000)	
F-value	10.368 (.000)		54.268 (.000)		26.812 (.000)	
R ²	.014		.110		.115	
R ² (Adjusted)	.013		.108		.111	

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

2단계에서는 선행연구 고찰에 따라 학령기 아동의 부정적인 건강 산출에 대해 조절효과를 가질 것으로 예측되는 보호요인을 추가 투입하였으며, 성별, 연령, 자아 탄력성, 또래관계 만족도, 부모양육 태도 등이 유의미한 변인으로 파악되었다($F=54.268, p < .001$).

최종 3단계에서는 보다 다양한 조절효과를 파악하고자 1단계에서 유의하게 파악된 성별, 연령, 가구소득을 모두 활용하여 보호요인과의 상호작용항을 구성한 후 투입하였고 분석 결과 최종 모형의 설명력은 약 12%로 유의하였으며($F=26.812, p < .001$), 건강상태 평가에 대한 유의미한 변인으로 성별, 연령, 자아탄력성, 또래관계 만족도, 부모양육태도, 성별과 부모양육태도의 상호작용변인, 소득과 자아탄력성의 상호작용변인 등이 나타났다. 즉, 남학생일수록($\beta = -.059, p < .001$), 연령이 어릴수록($\beta = -.071, p < .001$), 자아 탄력성이 높을수록($\beta = .144, p < .001$), 또래관계에 만족할수록($\beta = .093, p < .01$), 부모의 양육태도가 합리적일수록($\beta = .117, p < .01$) 학령기 아동들은 본인의 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다.

연령과 성별에 따른 주관적 건강인식 차이는 많은 연구에서 중요한 결과로 제시하고 있는데 연령이 증가할수록 본인의 건강상태를 부정적으로 인식하는 경향을 An과 Kim [1], Lee 등[30], Lee [34] 등의 연구에서도 찾아볼 수 있다. 성별에 따른 건강 인식 차이는 연구마다 상이한 결과 혹은 관계가 없음을 밝히고 있지만, Chung 등[8]은 남학생들은 여학생들보다 더 신체적으로 활동적이 되도록 격려를 받으며 건강증진 행위 점수도 더 높다고 하여 본 연구의 결과와 유사한 맥락을 보여주었다. 그리고 본 연구에서 규명된 자아 탄력성, 또래관계 만족도, 부모의 양육태도와 같은 보호요인들의 긍정적 효과는 기존 선행연구에서 제시한 변수들의 효과를 지지하는 것으로 볼 수 있다[9, 30, 43].

무엇보다 성별, 소득 등의 요인과 자아 탄력성 및 부모양육 태도와 같은 보호요인과의 상호작용 변인이 학령기 아동의 건강을 유의미하게 설명하는 것으로 파악되었는데, 즉 학령기 아동의 성별에 따른 건강 결과는 부모의 양육태도에 따라 다르고 소득에 따른 건강결과는 자아 탄력성에 따라 다름을 의미한다.

구체적으로 이들의 상호작용 관계를 살펴보기 위하여 자아 탄력성과 부모양육 태도 변인의 평균값과 표준편차를 토대로 집단을 구분하였다.

첫 번째로, 성별과 부모양육 태도의 상호작용을 살펴보기 위하여 부모양육 태도의 평균값과 표준편차를 활용하여 평균값에서 표준편차 이하의 집단을 낮은 집단, 평균값에서 표준편차 이상의 집단을 높은 집단으로 설정하고 분석한 결과는 Figure 1과 같다.

성별에 따른 건강상태 평가는 부모의 양육태도에 따라 다르게 나타났는데, 부모의 양육태도가 합리적인지의 여부가 여학생에 비해 남학생에게 건강상태를 평가하는데 보다 큰 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 본 결과는 생활스트레스에 있어 남학생들이 여학생들보다 부모의 양육태도에 더 많은 영향을 받는다고 한 Kim과 Lim [28]의 연구와 비교해서 이해할 수 있다. Lee와 Kang [31] 역시 우리나라 청소년들은 남학생이 여학생에 비해 부모의 양육태도를 권위적으로 느낀다고 하여 성별과 부모양육 태도 인식 차이의 관계를 지지하였다. Lee [32]는 보다 구체적으로 청소년의 문제행동 기질과 부모양육 태도의 관계를 살펴보기 위하여 성별에 따른 부모양육 태도가 갖는 조절효과를 파악하였는데, 문제행동에 대한 애정, 과잉간섭, 자율성 존중 등으로 표현되는 부모양육 태도의 효과가 남학생과 여학생에게 다르게 나타나 부모의 양육태도가 성별에 따라 다르게 작용할 수 있음을 지지하였다. 또한 Cabaj 등[6]도 아동기의 행동발달 및 정신건강에 대한 위험요인과 보호요인을 규명하면서 행동 및 정신건강 측면에서의

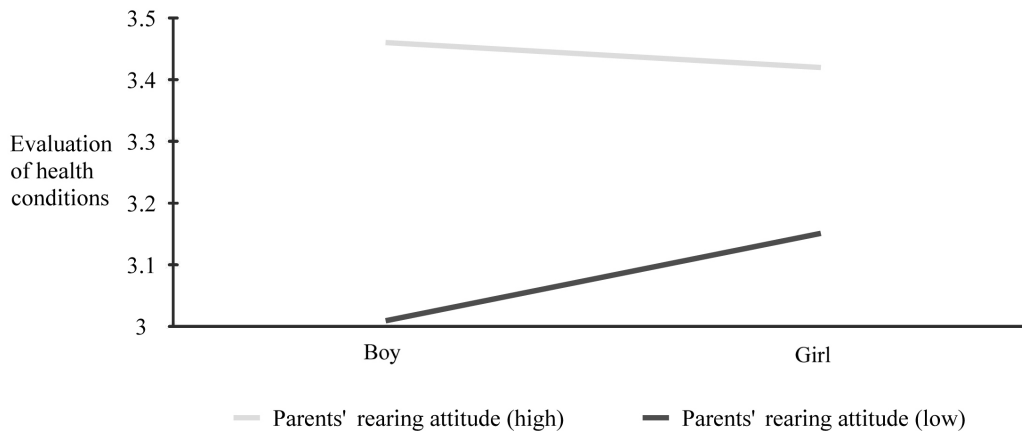


Figure 1. Moderating effect of parents' rearing attitude on sex.



Figure 2. Moderating effect of self-resilience on household income.

문제가 있는 남학생일지라도 적절한 부모의 양육 시간이 중요한 보호요인이 될 수 있다고 하여 성별과 건강 사이에서 부모양육 태도의 효과를 제시하였다.

다음으로는 가구의 소득과 자아 탄력성의 상호작용을 살펴보았다. 학령기 아동 자아 탄력성의 평균값과 표준편차를 활용하여 평균값에서 표준편차 이하의 집단을 낮은 집단, 평균값에서 표준편차 이상의 집단을 높은 집단으로 설정하고 분석한 결과는 Figure 2와 같다.

가구소득에 따른 건강상태 평가는 아동의 자아 탄력성 수준에 따라 다르게 나타났는데 자아 탄력성 정도가 높은 집단이 낮은 집단에 비해서 가구소득으로 인한 주관적 건강인식의 차이를 보였다. 즉, 가구소득이 높은 경우, 자아 탄력성이 높은 아동 집단이 낮은 집단보다 건강에 대해 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 아동 및 청소년의 특성과 그들의 건강과 관련되거나 파생될 수 있는 다양한 결과 사이에서 자아탄력성의 조절효과로서의 긍정적인 기능은 많은 연구에서 제시되고 있다[4, 24, 25, 30, 33].

결론 및 제언

본 연구는 학령기 아동의 건강 상태에 영향을 미칠 수 있는 요인을 생태체계적 관점에 따라 개인, 가정, 또래관계 등의 특성에서 살펴보고 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인 중 일부를 보호요인으로 구분하여 학령기 아동 건강에 대한 조절효과를 살펴보는 것을 목적으로 하였다. 본 연구를 위하여 한국아동·청소년 패널 1차년도(2010년) 자료를 사용하였고 연구 대상은 9세에서

16세까지의 학령기 아동 3,525명이었으며, 기술통계, 상관분석, 위계적 회귀분석 등을 이용하여 연구 결과를 도출하였다. 본 연구의 주요 결과를 토대로 논의를 전개하면 다음과 같다.

첫째, 학령기 아동들은 남학생일수록, 연령이 어릴수록 본인의 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 아동의 성별과 연령이 건강상태에 대한 평가, 인식, 건강행위 등에 미치는 영향에 대한 연구들의 결과는 일관되지는 않지만, 본 연구는 남학생이 여학생에 비해 건강행동실천 정도가 강하지만 연령이 높아질수록 건강행동 실천 비율은 낮아진다고 한 Chung 등[8] 및 Kim 등[18]의 연구와 유사한 결과를 보였다. 학령기 아동의 건강상태 평가와 성별의 관계에 대해 Kim [26]은 건강관련 심리적 변인이 남녀 청소년 간에 다르게 작용하며 여학생이 남학생보다 심리적 변인 중 외적 건강 통제, 특히 부모의 영향력을 크게 받는다고 하였고 특히 남성 위주의 사회구조가 성별에 따른 건강행동 및 인식 차이에 영향을 미칠 수 있다고 하여, 아동 건강에 대한 사회적 결정요인으로서의 성별의 작용을 지지하였다. 그리고 학령기 아동은 연령이 높아질수록 개인의 주관적 특성뿐 아니라 상황적, 환경적 특성의 영향으로 건강증진행동도 적게 하고 이러한 경향 때문에 자신의 전반적인 건강상태도 부정적으로 인식할 가능성이 높다[1, 7, 18]. 세계보건기구 유럽사무소[56]는 학령기 아동의 건강에 대한 인식이나 행동 등과 연령의 관계에 대해 생애주기상의 발달특성과 다양한 환경특성의 상호작용 결과로 설명하였고, 학령기 아동의 건강 증진을 위해서는 연령을 고려한 개입이 필요하며 특히 교사들의 지식과 기술이 중요하다고 보았다.

둘째, 학령기 아동들은 자아 탄력성이 높을수록, 또래관계 만족도가 높을수록, 부모양육 태도에 대해 합리적으로 생각할수록

그들의 건강상태에 대해서도 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다. 학령기 아동의 자아탄력성과 건강상태에 대한 긍정적인 인식의 관계는 많은 연구에서 중요하게 다루어졌는데, Lee 등[30], Kim과 Kim [25]은 질병 혹은 스트레스를 가지고 있는 아동이라고 할지라도 자아 탄력성이 높으면 건강관리 행동이나 생활 적응이 긍정적으로 나타난다고 보고하였다. 특히 이러한 자아 탄력성은 학령기 아동 건강에 대한 강점 중심 관점이 확대되면서 질병이나 부정적인 건강행동 등에 대한 보호요인으로 강조되고 있고, 자아 탄력성 증진을 위한 교육프로그램 확대도 요구되고 있다[39]. 그리고 또래관계 형성은 학령기 아동의 중요한 발달과업으로, 아동의 사회적 적응에 장기적으로 영향을 미치는 요소이다. 특히 관계에서의 만족도와 또래로부터의 지지는 아동의 긍정적인 성장 및 행복과 밀접한 관계가 있어 학령기 아동들을 부정적인 것으로부터 보호하는 요인으로 다루어지고 있다[56]. 보다 구체적으로 Lee 등[30]은 또래관계는 만성질환을 가진 청소년들에게 정서적 지지를 제공하는 보호요인으로서의 기능이 있음을 규명하면서, 건강상의 문제를 가진 청소년들을 위한 또래관계를 활용한 개입 방안을 강조하기도 하였다. 다음으로 부모의 양육태도 역시 학령기 아동의 신체적 건강, 건강행태, 인식 등과 밀접한 관계가 있다는 것이 많은 연구에서 제시되었는데[2, 43, 45], 본 연구에서도 부모양육 태도와 학령기 아동의 건강 인식 간의 긍정적인 관계가 확인되었다. 즉, 부모의 양육태도가 수용적 혹은 자율적인 보다 긍정적인 모습이라면 학령기 아동의 건강과 관련된 위험행동을 감소시키는 보호요인으로서 기능할 수 있다는 것을 의미하는 것으로, 이러한 점과 연결해서 Min [37]은 부모 대상의 학령기 아동 건강관리 프로그램을 구성할 때 긍정적인 양육태도를 증진시키는 내용을 포함할 필요가 있다고 하였다.

셋째, 학령기 아동 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변인들의 상호작용 효과, 즉 조절 효과를 살펴본 결과, 성별 및 소득과 자아 탄력성 및 부모양육 태도 요인의 상호작용 변인이 학령기 아동의 건강 평가에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우선, 학령기 아동의 성별에 따른 건강 평가와 부모의 양육태도의 관계를 살펴보면 부모의 양육태도가 부적절하였을 경우 남학생이 가치관으로 인해 더 많은 스트레스를 경험하고 이러한 가치관 문제가 일상생활에서 부정적인 행동으로 표출될 수 있다고 한 Kim 등[27]의 연구와 본 연구는 유사한 함의를 도출하였으며, 이를 통해 학령기 아동 건강 증진과 관련하여 성별에 따른 차별화된 개입이 가정이라는 환경에서부터 이루어질 필요가 있음을 알 수 있었다. Chung 등[8]은 건강증진 행위에 성별이 영향을 미치는 과정에서 부모와의 관계 역시 자녀의 성별에 따라 다르게 나타나기 때문에

남녀 차이를 고려한 방법 모색의 필요성을 제기하였다. 이와 함께 학령기 아동의 가구 소득 수준에 따른 건강 평가에서 자아 탄력성의 조절효과가 파악되었는데, 소득 수준이 높은 가구에서 자아 탄력성이 높은 아동 집단의 건강 평가 수준이 높게 나타났다. 자아 탄력성은 학습하고 발달시킬 수 있는 과정적인 성질로서, 자아 탄력성 강화는 학령기 아동 건강의 내용을 변화시키는 데 중요한 영향요인으로 강조되고 있다[14, 41, 48]. 이와 관련해서 Lee 등 [30]은 아동의 건강을 위해서는 자아 탄력성을 향상시킬 수 있는 다양한 프로그램을 제공할 필요가 있고 구체적으로 자신의 건강 상태를 이해하고 관리하는 방법에서부터 긍정적인 정서와 즐거움을 가질 수 있는 심리프로그램까지 포함시켰다. 그리고 본 연구에서는 가구소득이 높은 집단일수록 건강에 대해 자아 탄력성의 영향을 더 많이 받는 것으로 나타났는데, 향후 더 연구가 진행되어야 할 부분이기도 하지만 가정의 경제적 압박과 청소년의 인지, 행동, 정서 및 신체적 성장 간의 부적관계가 보고되고 있는 점을 [41] 통해 낮은 가구소득은 탄력성을 향상시키는데 방해요인으로 작용할 수도 있다는 것을 예측할 수 있다. 또한 Chung 등[8]은 대학생의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 단순히 자아효능감이나 통제감 같은 인지요인으로만 접근하기보다는 용돈, 사회적 지지와 같은 상황적 특성까지 포함시켜야 한다고 보았다. 즉, 학령기 아동의 건강증진을 위해서는 심리적 측면뿐 아니라 경제적 측면의 지원도 함께 고려할 필요가 있음을 시사한다.

마지막으로 본 연구의 제한점을 살펴보고 후속연구를 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 학령기 아동의 건강의 사회적 결정요인을 살펴보고, 그 중에 몇 개의 요인을 보호요인으로 구분하여 사회적 결정요인과의 조절효과를 파악함으로써, 학령기 아동의 건강증진을 위한 개입의 근거를 도출하고자 하였다. 국가데이터 내의 제한된 변수 중에서 선행연구를 근거로 본 연구를 위하여 필요한 변수를 임의 선택하였는데, 이는 학령기 아동 건강에 영향을 미칠 수 있는 보다 다양한 변수를 고려하지 못했다는 것을 의미한다. 따라서 후속연구에서는 학령기 아동의 건강 변수에서부터 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변수, 예를 들면 지역사회 관련 변인, 원위수준의 결정요인인 정책, 프로그램 관련 변인 등도 포함시킬 필요가 있다[1, 10, 22, 38]. 둘째, 본 연구는 한국 아동·청소년 패널데이터의 1차년도(2010) 자료만을 이용한 횡단연구로 패널 자료의 장점을 충분히 살리지 못했다는 단점이 있다. 아동·청소년의 건강에 대한 사회적 결정요인을 살펴본 기존의 연구들은 아동·청소년기의 건강상에 문제가 성인기까지 이어질 가능성에 주목하여 생애과정 관점을 강조하면서 생애 과정에서의 다양한

변수와 상호작용에 대한 이해 역시 중요한 변인이 될 수 있음을 제안하였다[52, 53]. 따라서 후속 연구에서는 연령이 결정요인 중 하나로 파악되었던 점을 고려하여 학령기 아동의 성장에 따른 상황 특성의 변화와 건강과의 관계를 살펴보거나 Seo 등[47]의 연구에서처럼 성인을 대상으로 아동기 때 건강에 영향을 미쳤던 다양한 상황적 변수와 본인과 부모 세대의 사회계층 혹은 직업 이동 경향이 현재의 건강에 어떠한 작용을 하고 있는지를 파악하는 등의 시간 변수를 포함한 생애과정 관점의 연구로 확대할 필요가 있겠다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 학령기 아동 건강 수준을 향상시키기 위한 개입의 근거를 다각적으로 제시해 보았다는 점에 의의가 있다. 학령기 아동의 건강증진을 위해서는 신체활동, 영양 등의 직접적인 측면에 대한 지원도 중요하지만, 보다 근본적으로 성별, 연령 등 학령기 아동의 다양한 특성을 고려할 필요가 있고 시너지 효과를 위해서는 자아 탄력성, 또래관계, 부모의 양육태도 등 다양한 환경체계 내의 특성 이해와 이러한 특성을 활용한 다양한 개입 방안 모색도 동시에 이루어져야 할 것이다.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared that they had no conflicts of interest with respect to their authorship or the publication of this article.

References

- An, J., & Kim, H. (2013). A study on the determinants of children and adolescents' health inequality in Korea. *Studies on Korean Youth, 24*(2), 205-231.
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*(4), 295-302. [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00197-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00197-X)
- Bae, S. S., & Suh, M. O. (2013). The status of multicultural school-age children's education in Gyeongbuk province. *Korean Elementary Moral Education Society, 43*, 195-224. <http://dx.doi.org/10.17282/ethics.2013.43.195>
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work, 14*(1), 103-114. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 349-361. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Cabaj, J. L., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatrics, 14*: 166. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-166>
- Choi, I. J., Lee, K. B., Kim, H. J., Park, K. O., Lee, M. S., & Lee, E. K. (2010). *Korean youth indicator survey V: Health and safety (protection)*. Seoul: National Youth Policy Institute.
- Chung, Y., Seo, N. S., & Moon, S. H. (2011). Related factors in health promotion behavior by gender among college students. *The Journal of Korean Society for School Health Education, 12*(2), 29-42.
- Emerson, E., & Brigham, P. (2015). Exposure of children with developmental delay to social determinants of poor health: Cross-sectional case record review study. *Child: Care, Health and Development, 41*(2), 249-257. <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12144>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet, 379*(9812), 266-282. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly, 82*(1), 101-124. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>
- Hardie, J. H., & Landale, N. S. (2013). Profiles of risk: Maternal health, socioeconomic status, and child health. *Journal of Marriage and Family, 75*(3), 651-666. <http://dx.doi.org/10.1111/jomf.12021>
- Huh, M. Y. (2000). *The study for the development and validation of 'parenting behavior inventory' perceived by adolescent* (Unpublished doctoral dissertation). Ewha Womans University, Seoul, Korea.
- Hwang, H. W. (2014). The effects of neighborhood environment characteristics on the ego-resilience of the low-income children: Focused on the mediating effects of family process factors. *Korean Journal of Social Welfare Studies, 45*(4), 121-142. <http://dx.doi.org/10.16999/kasws.2014.45.4.121>
- Hwang, S. (2010). Parental and peer factors influence on adolescents' drinking and smoking behaviors. *Health and Medical Sociology, 27*, 81-103.
- Jackson, M. I. (2010). A life course perspective on child health, cognition and occupational skill qualifications in adulthood: Evidence from a British cohort. *Social Forces, 89*(1), 89-116. <http://dx.doi.org/10.1353/sof.2010.0101>
- Kang, Y. S., & Kwon, I. S. (2013). Health status of vulnerable preschool children and their mothers' health management. *Child Health Nursing Research, 19*(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.4094/chnr.2013.19.3.159>

18. Kim, H. K., Hyun, S. M., Kwon, E. J., & Kim, H. C. (2008). The stages of change distribution for health behaviors among low income children in underserved area. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 25*(3), 59-75.
19. Kim, H. R. (2005). The relationship of socioeconomic position and health behaviors with morbidity in Seoul, Korea. *Health and Social Welfare Review, 25*(2), 3-35.
20. Kim, H. R. (2012). Obesity and underweight among children in low income families: Status, and policy options for childhood health equality. *Health and Welfare Policy Forum, (188)*, 55-66.
21. Kim, H. R., Lee, S. H., Choi, J. M., & Oh, Y. I. (2011). *Children's obesity and underweight among low income families in Korea: Status, implications and policy options*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
22. Kim, M. H., Jeon, K. J., & Seo, S. H. (2011). Health inequality in childhood. *Health and Welfare Policy Forum, (176)*, 32-44.
23. Kim, M. S., Jun, J. A., Ha, T. J., Kim, H. J., Oh, M. A., Jung, E. H., et al. (2013). *Children life in Korea 2013*. Sejong: Ministry of Health and Welfare & Korea Institute for Health and Social Affairs.
24. Kim, P. M., & Kim, Y. H. (2013). An effect of self-perception toward health-related problem on the self-esteem of youth: Focusing on the moderating effect of ego-resilience. *Korean Journal of Youth Studies, 20*(10), 143-167.
25. Kim, S. J., & Kim, S. H. (2015). The moderating effects of ego-resilience on the relationship between academic stress and school adjustment of elementary school children. *Korean Journal of Youth Studies, 22*(2), 49-70.
26. Kim, Y. H. (2000). The differences between gender and age in adolescents' health behaviors and health-related psychological variables. *The Korean Journal of School Physical Education, 10*, 55-67.
27. Kim, Y. J., Choi, S. D., Kim, S. M., & Suh, K. H. (2008). The relations of child rearing attitudes to stress and coping of college students. *Korean Journal of Stress Research, 16*(3), 251-259.
28. Kim, Y. M., & Lim, Y. S. (2012). Structural model of democratic parenting style, ego-resilience, cell phone dependency, self-directed learning. *Studies on Korean Youth, 23*(2), 273-299.
29. Kwon, E. S., & Ku, I. H. (2010). The effect of poverty on children's health. *Korean Journal of Social Welfare, 62*(4), 129-148.
30. Lee, B., Park, H. J., & Lee, K. (2013). Korean adolescents' physical health and peer relationships: The mediating effects of self-perceived health status and resilience. *Korean Journal of Child Studies, 34*(5), 127-144. <http://dx.doi.org/10.5723/KJCS.2013.34.5.127>
31. Lee, H. J., & Kang, M. H. (2008). The validation of the PAQ and the relationship with parenting style and family function. *Studies on Korean Youth, 19*(3), 5-31.
32. Lee, J. Y. (2014). The longitudinal effects of temperaments and parenting on problem behaviors in adolescence: Moderated mediation effects of parenting by gender. *The Korean Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 851-874. <http://dx.doi.org/10.15842/kjcp.2014.33.4.011>
33. Lee, Y. J. (2008). The effects of suicidal risk factors on suicidal behavior and the moderating effect of ego resiliency. *The Korea Journal of Counseling, 9*(2), 659-673. <http://dx.doi.org/10.15703/kjc.9.2.200806.659>
34. Lee, Y. W. (2014). Family income and child health gradient in Korea. *Health and Social Welfare Review, 34*(3), 7-32. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2014.34.3.7>
35. McCormick, M. C. (2008). Issues in measuring child health. *Ambulatory Pediatrics, 8*(2), 77-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ambp.2007.11.005>
36. Min, B. S. (1991). *Effects of school adjustment and self concept on academic achievement* (Unpublished master's thesis). Hongik University, Seoul, Korea.
37. Min, H. Y. (2014, June). *Parents' rearing attitude perceived by late schooler, children's self-esteem, and health promoting behaviors*. Poster session presented at the 20th of the Academy of Child Health Nursing, Seoul, Korea.
38. Moore, T. J., & Asay, S. M. (2013). *Family resource management*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
39. Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Global Health Promotion, 14*(2 suppl), 17-22.
40. National Research Council Committee on Evaluation of Children's Health. (2004). *Children's health, the nation's wealth: Assessing and improving child health*. Washington, DC: National Academies Press. <http://dx.doi.org/10.17226/10886>
41. Okech, D., Howard, W. J., Mauldin, T., Mimura, Y., & Kim, J. (2012). The effects of economic pressure on the resilience and strengths of individuals living in extreme poverty. *Journal of Poverty, 16*(4), 429-446. <http://dx.doi.org/10.1080/10875549.2012.720659>
42. Park, M. Y., & Cha, K. W. (2008). Retirement planning and private education expenditures of households with school-aged children. *Financial Planning Review, 1*(1), 131-156.
43. Peltzer, K. (2009). Health behavior and protective factors among school children in four African countries. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*(2), 172-180. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-008-9015-3>
44. Reczek, C., Thomeer, M. B., Lodge, A. C., Umberson, D., & Underhill, M. (2014). Diet and exercise in parenthood: A social control perspective. *Journal of Marriage and Family, 76*(5), 1047-1062. <http://dx.doi.org/10.1111/jomf.12135>

45. Roh, Y. H., & Kim, E. J. (2013). The relationship between smoking, alcohol drinking, and parenting behavior perceived by adolescents. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 30*(2), 71-82. <http://dx.doi.org/10.14367/kjhep.2013.30.2.071>
46. Scott, A. J., & Wilson, R. F. (2011). Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: An ecological exploration. *Rural and Remote Health, 11*(1), 1634.
47. Seo, J. H., Kim, H., & Shin, Y. J. (2010). Analysis for the impact of adulthood and childhood socioeconomic positions and intergenerational social mobility on adulthood health. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 43*(2), 138-150. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.2.138>
48. Shin, I. S., & Hong, N. M. (2014). The effect of poverty on children's health: The mediation of neglect and depression. *Global Social Welfare Review, 4*(1), 5-25.
49. Sohn, B. Y., Kim, S. J., Park, J. A., & Kim, Y. H. (2012). The effects of desirable parenting attitudes upon life satisfaction in early adolescence: The mediating effects of school adjustment and ego-resilience and multiple group analysis across gender. *Studies on Korean Youth, 23*(1), 149-173.
50. Spencer, N. (2003). Social, economic, and political determinants of child health. *Pediatrics, 112*(2), 704-706.
51. Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 282-298. <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>
52. Turney, K., Lee, H., & Mehta, N. (2013). The social determinants of child health. *Social Science & Medicine, 95*, 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.015>
53. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet, 379*(9826), 1641-1652. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
54. World Health Organization. (2015). Social determinants of health. Retrieved March 20, 2015, from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
55. World Health Organization, & Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
56. World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
57. Yoo, S. K., Hong, S. H., & Choi, B. Y. (2004). Mediating effects of ego-resilience, attachment, and existential spirituality between family risks and adaptation. *The Korean Journal of Educational Psychology, 18*(1), 393-408.