

사회경제적 수준별 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인

전수영¹ · 송영숙²

경북대학교 대학원¹, 경북대학교 간호대학²

Factors Influencing the Health-related Quality of Life by Socioeconomic Level during Early Adolescence

Soo Young Jun¹ · Yeong-Suk Song²

¹Graduate School of Kyungpook National University, ²College of Nursing, Kyungpook National University

ABSTRACT

Purpose: This cross-sectional study was carried out to identify factors influencing the health-related quality of life according to socioeconomic level during early adolescence. **Methods:** Participants were 617 middle school students in 1st and 2nd grade. All measures were self-administered. Data were analyzed using SPSS 21.0 program and factors affecting the health-related quality of life were analyzed by t-test, ANOVA, Duncan test, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. **Results:** According to the level of Family Affluence Scale (FAS), 19.1% of the participants were in the high class, 66.5% in the middle class, and 14.4% in the low class. We have found statistically significant differences among the high, middle, and low classes regarding the health-related quality of life, health perception, resourcefulness, family function, and social capital. The most influential factors of the health-related quality of life were found to be resourcefulness, family function, and social capital in the high and the middle class. **Conclusion:** The implication of this study is that it is important for the Education Ministry and middle school teachers to help adolescents develop internal coping resources as well as to develop school-curriculums considering social values and norms related to social capital in order to improving their health-related quality of life.

Key Words: Quality of life, Social economy, Adolescence

서 론

1. 연구의 필요성

한국 사회에서 빠르게 진행되고 있는 사회경제적 양극화 현

상으로 인하여 건강불평등은 중요한 사회문제로 부각되고 있다. 이러한 건강불평등으로 야기되는 다양한 사회문제들은 잠재적으로 교정 가능한 차이로서 적절하게 대응하지 않으면 안 되는 현실적인 과제이다[1]. WHO의 건강사회결정요인위원회는 건강형평성 제고를 위해서 대상자의 건강 관련 삶의 질을

Corresponding author: Soo Young Jun

Graduate School of Kyungpook National University, 680 Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu 41944, Korea.
Tel: +82-53-420-4926, Fax: +82-53-421-2758, E-mail: sy0340@naver.com

- 이 논문은 전수영의 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's master's thesis from Yuongnam University.

Received: Mar 16, 2017 / Revised: Apr 11, 2017 / Accepted: Apr 12, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

개선해야 한다는 권고안을 공포하여 인류의 모든 사람에게 자신의 최대한의 건강 잠재력을 얻을 공정한 기회를 가지도록 제안하였다[2]. 이에 우리나라도 건강불평등의 해소를 국가의 건강증진 정책목표로 설정하고 있다. 지난 2011년 수립하여 공표된 제3차 국민건강증진종합계획에 “건강형평성 제고”를 우리나라 건강증진정책의 총괄목표로서 설정하여 국가차원의 건강불평등 해소를 위한 노력을 기울이고 있다.

Halfon 등[3]은 건강불평등 요인에 의해서 영향을 받는 생활양식과 관련된 건강행태의 불평등은 개선될 가능성이 높은 영역이라고 강조하였다. 또한 Jung 등[4]은 사회경제적 수준별 건강집단의 차이가 크다는 것은 사회적 노력을 통하여 그만큼 계층간의 건강불평등을 개선될 여지가 있다는 것을 의미한다고 하였다.

초기 청소년기는 부모의 사회경제적 위치의 영향력 아래에서 또래 집단이나 사회 자원의 영향을 가장 민감하게 받게 들이며[4] 그에 따르는 스트레스는 다른 어떤 시기보다 클 수 있다. 청소년기의 사회경제적 수준으로 가장 많이 활용되어온 것은 부모의 직업, 교육집단, 소득 집단 등이다. 하지만 부모의 사회경제적 위치 정보는 청소년을 통하여 제대로 수집되지 못하고, 수집되더라도 부정확할 가능성이 많기 때문에[1] WHO의 학령기 아동의 건강행태 조사에서는 가구풍요도(Family Affluence Scale)를 개발하여 건강불평등을 측정하기에 이르렀다. 우리나라의 청소년건강행태온라인조사[5]에서 가구풍요도가 높을수록 아침식사, 규칙적 운동, 금연 및 절주 등의 건강행태들이 양호한 군집을 이루는 경향이 있다고 보고했다. 건강불평등의 문제는 비단 성인에게만 해당되는 현상이 아니며, 청소년의 건강집단이 사회경제적 수준에 따라 불평등하게 나타나 건강형평성의 문제점을 확인할 수 있다. Jung 등[4]은 아버지의 교육 수준에 따라 자녀가 지각하는 건강상태가 유의한 격차가 벌어짐을 보고하였다. 이와 같이 우리 사회에서의 건강불평등은 어느 한 세대만의 문제가 아니라 세대 간에 대물림되고 있는 현상으로 이해할 수 있다. Lee와 Lee [6]의 연구에서도 사회경제적 수준간의 차이가 건강불평등으로 이어져 청소년들의 건강행태 요인의 차이가 생겨난다고 하였다. 사회경제적 수준 중 하위계층 초기 청소년들의 부정적인 건강행동은 사회적 지지나 유대감의 결여와 같은 사회·심리적 자원 결핍이 기여하였다[7]. 사회경제적 수준과 건강행동, 심리사회적 요인 그리고 건강 관련 삶의 질의 상호 관련성은 많은 연구들에서 보고되고 있는 바[3,5,7]로서 가족의 사회경제적 수준이 낮을수록 가족 적응력의 결여로 식습관 상태가 나빠거나, 미약한 지역사회 네트워크로 신체적 활동량이 적은 현상 등[8]

건강 관련 삶의 질이 저하되었다. 이는 건강형평성과 더불어 가족기능 또는 지역사회 건강자원이 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질에 많은 영향을 준다는 점을 시사하였다.

자원동원성은 개인의 인지적 과정을 강조한 내적 대처자원으로서, 스트레스 상황에 효과적으로 대처하고 건강 관련행위 선택을 용이하게 하여 문제를 해결할 수 있게 하는 변인으로 알려져 있다. Kweon [9]의 연구결과에서 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질은 개인이 스트레스 상황에 효과적으로 대처할 수 있는 내적 자원인 자원동원성과 높은 정적 상관관계가 있었다. 청소년이 지각하는 가족의 강인성이 높을수록, 가족 의사소통이 개방적일수록, 가족관계에 대한 만족도가 높을수록, 가족지지가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다[10]. 또한 청소년이 학교공동체에서 지각하는 신뢰감, 협동, 배려 등의 사회자본이 클수록 청소년의 학교적응행위와 삶의 질이 높아짐을 확인하였다[11,12]. 사회자본과 청소년의 건강 관련 삶의 질의 의미 있는 관련성은 사회자본이 계층구조의 제약을 극복하는 자원으로 기능할 가능성을 크다고 하였다. 즉, 부모의 학교 참여활동, 자녀, 친구 및 부모와의 네트워크 등의 사회자본은 건강행태에 사회적 통제장치로서 영향을 줌으로써 청소년의 건강 관련 삶의 질을 향상시켜 주는 효과가 우수함을 강조하였다. 이러한 배경에서 최근 청소년 건강행태와 사회자본과 밀접한 관계에 대한 연구들은 최근 OECD 국가에서의 연구에 이르기까지 확대되어 왔다[13,14].

청소년의 건강 관련 삶의 질에 관한 선행연구는 대부분 사회경제적 수준을 상위 계층, 중위 계층 및 하위 계층으로 나누어 분석하기보다는 취약계층과 보편적인 계층을 비교하는 연구[15]로 각 사회경제적 수준의 차이를 충분히 고려하지 못한 제한점이 있다. 또는 사회경제적 수준을 세분화한 연구일지라도 건강행태 측면을 단순 비교[16] 하였을 뿐, 사회경제적 수준과 청소년이 지각하는 내·외 환경적인 측면을 동시에 분석하지 못함으로써 사회경제적 수준별 청소년 건강 관련 삶의 질을 높이고자 하는 중재안을 제시하지 못하고 있는 실정이다. 개인은 가족과 집단, 사회 환경과의 다양한 상호작용 안에 있는 존재이고, 특히, 초기 청소년은 아동기에 비해 점차로 학교에서 지내는 시간이 길어져 교사나 친구의 영향이 커지는 시기이므로 청소년의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하기 위해서는 개인, 가족, 학교 및 사회적 환경 등을 모두 포함하는 다차원적 접근이 이루어져야 한다. 더구나 불평등은 자아정체감을 형성해가는 초기 청소년의 예민한 시기에 다양한 심리적인 변인에 영향을 미쳐 건강 관련 삶의 질에 직·간접적인 영향이 있을 수 있으므로 본 연구에서는 사회경제적 수준별 초

기 청소년의 건강 관련 삶의 질에 영향 미치는 다차원적으로 비교해 보고자 한다.

따라서 본 연구는 사회경제적 수준별로 초기 청소년의 개인차원, 가족차원 및 사회차원으로 분류하여 다차원적 접근 전략을 세웠다. 초기 청소년의 개인차원으로 건강지각과 자원동원성, 가족차원으로 가족기능, 사회차원으로 사회자본의 독립변인을 설정하였다. 이들 변인들이 사회경제적 수준별 종속변인인 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지를 파악하여 향후 초기 청소년의 건강증진서비스 질 개선을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 초기 청소년의 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질과 그 영향요인을 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 사회경제적 수준별 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질과 개인차원(건강지각과 자원동원성), 가족차원(가족기능) 및 사회차원(사회자본) 변인들의 정도를 비교한다.
- 사회경제적 수준별 초기 청소년의 개인차원(건강지각과 자원동원성), 가족차원(가족기능) 및 사회차원(사회자본) 변인들이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향을 분석·비교한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 초기 청소년의 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질의 영향요인을 규명하기 위한 횡단적 단면조사연구이다.

본 연구의 기틀은 초기 청소년의 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질에 영향 미치는 요인을 다차원적 접근을 위하여 개인차원의 건강지각과 자원동원성, 가족차원의 가족기능, 사회차원의 사회자본으로 선정하여 분석하였다.

2. 연구대상

본 연구표본은 D시 소재 각 8개 구역별로 일개 중학교의 2개 학급을 편의표집하였다. 표집된 학교의 학교장과 담임교사에게 연구목적과 설문내용, 조사방법을 충분히 설명 후 협조를 구하였으며, 본 연구에 자발적으로 참여를 희망하고 보호자의 서

면 동의서를 제출한 중학교 1, 2학년생을 대상으로 하였다.

Nunnally와 Bernstein [17]에 의하면 안정된 예측 회귀식을 설정하기 위해 표본크기는 예측인자 1개당 10~20명의 대상자가 확보되어야 한다. 본 연구에서는 회귀식에 포함될 수 있는 예측인자는 최대 21개이고 청소년을 대상으로 한 조사연구들의 설문지 탈락률이 대략 10%인 점을 고려하여 본 연구에서는 총 700명의 중학생을 편의 표집하였다.

3. 연구도구

1) 사회경제적 수준

사회경제적 수준은 WHO [2]가 개발한 가구풍요도(Family Affluence Scale, FAS)를 교육부, 보건복지부 및 질병관리본부[5]가 청소년건강행태온라인조사에서 한국 청소년 사회경제적 수준을 측정하기에 적합하여 측정하였다. 본 도구는 청소년이 속한 가구의 물질적 부유 정도 뿐 아니라 가족구성원간의 관계 및 가족 내 건강자원 정도를 파악하는 문항으로 구성되어 있다. 총 4문항 중 명목척도 1문항, 서열척도 3문항으로서 사회경제적 수준이 총 점수가 0~2점인 경우에 하위계층, 3~5점인 경우에 중위계층, 6~9점인 경우에 상위계층으로 분류하였다[5].

2) 건강지각

건강지각은 Ware [18]가 개발한 건강지각 질문지(health perception questionnaire) 중에서 현재의 건강상태를 자가 평가하는 부분을 이용하여 측정하였다. 본 도구는 자신이 평가하는 현재의 건강상태, 1년 전과의 건강상태를 비교, 불건강상태 문제의 평가 및 또래와의 건강상태를 비교하는 문항으로 구성되어 있다. 총 4문항의 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 원 도구 개발당시 Cronbach's α 는 .89였고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .81이었다.

3) 자원동원성

자원동원성은 Rosenbaum [19]가 개발한 도구를 Byun과 Jang [20]이 번안하여 신뢰도와 타당도 검정을 거친 표준화된 한국형 자원동원성 척도를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 정서·생리적 감각을 조절하는 인지 능력과 문제해결 전략 능력을 알아보는 문항으로 구성되어 있다. 총 33문항의 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 자원동원성이 높음을 의미한다. 원 도구 개발당시 Cronbach's α 는 .74였고 본 연구에서

의 Cronbach's α 는 .79였다.

4) 가족기능

가족기능은 Olson, Sprenkle와 Russell [21]이 개발한 FACE 척도(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)를 You [22]가 변안하여 신뢰도와 타당도 검정을 거친 청소년용 자기보고식 가족기능 척도를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 가족과의 친밀한 응집력과 가족과의 관계에 대한 적응 정도를 알아보는 문항으로 구성되어 있다. 총 20개 문항의 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 가족기능이 높음을 의미한다. 원 도구 개발당시 Cronbach's α 는 .92였고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .84였다.

5) 사회자본

사회자본은 Hong 등[23]이 개발한 청소년용 사회자본 도구를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 청소년의 네트워크의 사소통, 네트워크 학교 참여 및 네트워크 사회적 관계를 파악하는 문항으로 구성되어 있다. 총 15문항의 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 청소년이 가지고 있는 사회자본이 풍부함을 의미한다. 원 도구 개발 당시의 Cronbach's α 는 .65였고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .71이었다.

6) 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질은 Vari 등[24]이 13~18세 청소년의 인지 기능에 맞도록 개발된 건강 관련 삶의 질(PedsQL)을 Choi [25]가 변안하여 신뢰도와 타당도 검정을 거친 청소년의 건강 관련 삶의 질 측정도구(PedsQL™ 4.0 Korean version)을 이용하여 측정하였다. 본 도구는 건강 관련 삶의 질의 주요 영역인 신체적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역 및 학업 영역의 다차원적으로 구성되어 있다. 총 20개 문항의 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높음을 의미한다. 원 도구 개발당시 Cronbach's α 는 .74였고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88이었다.

4. 자료수집

본 연구는 Y대학교 생명윤리심의위원회의 승인(1040942-A-2014-002)을 받은 후 연구를 시행하였다. 본 연구의 자료수집 기간은 2014년 8월 25일부터 9월 30일까지 이루어졌다. 자료는 D시 지역에 소재하고 있는 8개의 행정구역 별 선정된 학교를 방문하여 학교장과 담임교사에게 연구의 목적을 설명 후 연

구에 대한 구두 승인을 받았다. 약속된 날짜에 연구자가 학교를 방문하여 학교별 1, 2학년의 2개반을 무선 배정받아 각 담임교사에게 연구의 목적과 설문조사과정을 설명하고 자료수집의 협조를 구하였다. 또한 가정 통신문을 통해 보호자에게 연구의 목적을 설명하고, 가정에서 완성한 설문지를 부모의 동의서와 함께 수거하였다. 연구의 윤리적인 고려를 위해 수집된 자료는 연구목적외로만 사용할 것과 연구도중 언제든지 철회가 가능하며 자료의 익명성과 비밀보장을 부연 설명하였다. 설문지는 700부를 배포하여 673부(응답률 96.1%)가 회수되었으며 그 중에서 응답이 불성실하다고 판단되는 2부를 제외한 총 671부의 설문지가 최종 분석되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율로, 일반적 특성에 따른 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질의 차이는 평균 및 표준편차, t-test, ANOVA로 분석하고 Duncan test로 사후 검정하였다. 대상자의 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질과 관련요인인 건강지각, 자원동원성, 가족기능 및 사회자본에 대한 평균차이 검정은 ANOVA로 분석하고 Duncan test로 사후 검정하였다. 대상자의 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질과 관련요인인 건강지각, 자원동원성, 가족기능 및 사회자본간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였고, 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인의 비교는 다중회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질의 차이

1) 대상자의 일반적 특성

연구대상자는 총 671명으로 사회경제적 수준별 상위계층 128명(19.1%), 중위계층 446명(66.5%), 하위계층 97명(14.4%)이었다. 남학생 47.4%, 여학생이 52.6%이고, 1학년 56.0%, 2학년 44.0%였다. 가족형태는 결손가족 17.1%, 일반가족 82.9%로 이루어져 있다. 형제 유무에서 형제자매가 없는 학생이 13.0%, 종교가 없는 경우 48.9%로 가장 많았다. 학교성적에서 상인 경우 18.6%, 중 60.2%, 하 21.2%였고, 학교생활만족도에서 상인 경우 42.9%, 중 50.2%, 하 6.9%였다(Table 1).

2) 일반적 특성에 따른 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질의 차이

사회경제적 상위계층 청소년의 일반적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질을 비교한 결과, 남학생 3.65점으로 여학생 3.59점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학년에서 2학년 3.71점으로 1학년 3.56점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 가족형태는 일반가족 3.68점으로 결손가족 3.62점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 형제자매가 있는 경우 3.64점으로 없는 경우 3.39점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학교성적에서 상은 3.73점으로 중 3.62점, 하 3.39점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학교생활 만족도에서는 상일 경우 3.86점이 중 3.41점, 하 3.27점 보다 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 학교생활 만족도 상에서 건강 관련 삶의 질이 가장 높았고 그 다음은 학교생활 만족도 중에서 건강 관련 삶의 질이 높았으며 학교생활 만족도 하에서 건강 관련 삶의 질이 가장 낮은 것으로 나타났다.

사회경제적 중위계층 청소년의 일반적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질을 비교한 결과, 남학생 3.49점으로 여학생 3.45점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학년에서 1학년 3.50점으로 2학년 3.42점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 가족형태는 일반가족 3.49점으로 결손가족 3.32점보다 통계적으로 유의하게 높았다($t=2.67, p < .01$). 형제자매가 있는 경우 3.47점으로 없는 경우 3.45점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학교성적에서 상은 3.72점, 중 3.48점, 하 3.23점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 학교성적 상에서 건강 관련 삶의 질이 가장 높은 것으로 나타났다. 학교생활 만족도에서는 상일 경우 3.70점, 중 3.31점, 하 3.11점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 학교생활 만족도 상에서 건강 관련 삶의 질이 가장 높았고 그 다음은 학교생활 만족도 중에서 건강 관련 삶의 질이 높았으며 학교생활 만족도 하에서 건강 관련 삶의 질이 가장 낮은 것으로 나타났다.

사회경제적 하위계층 청소년의 일반적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질을 비교한 결과, 남학생 3.32점으로 여학생 3.24점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학년에서 1학년 3.39점으로 2학년 3.18점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 가족형태는 일반가족 3.29점으로 결손가족 3.26점보다 높았지만 통계적으로 유의

한 차이를 보이지는 않았다. 형제자매가 있는 경우 3.30점으로 없는 경우 3.17점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학교성적에서 상은 3.48점으로 중 3.31점, 하 3.18점보다 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 학교생활 만족도에서는 상일 경우 3.64점, 중 3.17점, 하 2.84점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 학교생활 만족도 상에서 건강 관련 삶의 질이 가장 높았고 그 다음은 학교생활 만족도 중에서 건강 관련 삶의 질이 높았으며 학교생활 만족도 하에서 건강 관련 삶의 질이 가장 낮은 것으로 나타났다(Table 1).

2. 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질과 관련요인들의 정도의 차이

건강 관련 삶의 질의 평균점수는 문항평점 5점 만점에 사회경제적 상위계층 3.63±0.57, 중위계층 3.47±0.51, 하위계층 3.27±0.57점으로 통계적으로 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 사회경제적 상위계층의 건강 관련 삶의 질이 가장 높았고 그 다음이 중위계층의 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 하위계층의 건강 관련 삶의 질이 가장 낮게 나타났다.

건강지각의 평균점수는 문항평점 5점 만점에 사회경제적 상위계층 4.28±1.14, 중위계층 3.96±1.11, 하위계층 3.70±1.22점으로 통계적으로 계층 간에 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 상위계층이 가장 높았고, 그다음 중위계층, 하위계층으로 건강지각이 높은 것으로 나타났다.

자원동원성의 평균점수는 문항평점 5점 만점에 사회경제적 상위계층 3.53±0.46, 중위계층 3.37±0.39, 하위계층 3.31±0.40점으로 통계적으로 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 사회경제적 상위계층의 자원동원성이 가장 높았고 그 다음이 중위계층의 자원동원성이 높았으며, 하위계층의 자원동원성이 가장 낮게 나타났다.

가족기능의 평균점수는 문항평점 5점 만점에 사회경제적 상위계층 3.87±0.62, 중위계층 3.52±0.61, 하위계층 3.24±0.67점으로 통계적으로 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 상위계층의 가족기능이 가장 높게 나타났다.

사회자본의 평균점수는 문항평점 5점 만점에 사회경제적 상위계층 3.64±0.47, 중위계층 3.54±0.45, 하위계층 3.38±0.49점으로 통계적으로 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 사후 검정한 결과 사회경제적 상위계층의 사회자본이 가장 높았고 그 다음이 중위계층의 사회자본이 높았으며, 하위계층의 사회자본이 가장 낮게 나타났다(Table 2).

Table 1. Differences in Health-related Quality of Life by Socioeconomic Level and General Characteristics of Participants (N=671)

| Characteristics | Categories | n | High class (n=128) | | Middle class (n=446) | | Low class (n=97) | | | |
|---------------------|---------------------|------------|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | | | M±SD | t or F (Duncan) | M±SD | t or F (Duncan) | M±SD | t or F (Duncan) | | |
| Gender | Male | 318 (47.4) | 3.65±0.61 | 0.653 | 3.49±0.52 | 0.749 | 3.32±0.55 | 0.618 | | |
| | Female | 353 (52.6) | 3.59±0.52 | | 3.45±0.48 | | 3.24±0.58 | | | |
| Grade | First | 376 (56.0) | 3.56±0.49 | -1.479 | 3.50±0.53 | 1.478 | 3.39±0.62 | 1.844 | | |
| | Second | 295 (44.0) | 3.71±0.65 | | 3.42±0.45 | | 3.18±0.50 | | | |
| Type of family | Normal | 556 (82.9) | 3.68±0.57 | -0.224 | 3.49±0.51 | 2.665* | 3.29±0.55 | -0.306 | | |
| | Broken | 115 (17.1) | 3.62±0.52 | | 3.32±0.47 | | 3.26±0.58 | | | |
| Sibling | Yes | 584 (87.0) | 3.64±0.58 | -1.299 | 3.47±0.51 | -0.294 | 3.30±0.59 | -0.845 | | |
| | No | 87 (13.0) | 3.39±0.35 | | 3.45±0.47 | | 3.17±0.45 | | | |
| Religion | Yes | 343 (51.1) | 3.65±0.58 | 0.425 | 3.48±0.51 | 0.365 | 3.19±0.49 | -1.479 | | |
| | No | 328 (48.9) | 3.61±0.55 | | 3.46±0.49 | | 3.36±0.63 | | | |
| School record | High ^a | 125 (18.6) | 3.73±0.62 | 2.427 | 3.72±0.56 | 19.236*** | 3.48±0.58 | 1.298 | | |
| | Middle ^b | 404 (60.2) | 3.62±0.53 | | 3.48±0.45 | | c < b < a | | 3.31±0.46 | |
| | Low ^c | 142 (21.2) | 3.39±0.52 | | 3.23±0.51 | | 3.18±0.66 | | | |
| School satisfaction | High ^a | 288 (42.9) | 3.86±0.60 | 12.605*** | 3.70±0.47 | 43.177*** | 3.64±0.45 | 13.897*** | | |
| | Middle ^b | 377 (50.2) | 3.41±0.46 | | c < b < a | | 3.31±0.45 | | c < b < a | 3.17±0.45 |
| | Low ^c | 46 (6.9) | 3.27±0.20 | | 3.11±0.48 | | 2.84±0.76 | | | |

* $p < .05$, *** $p < .001$.**Table 2.** Differences in Health-related Quality of Life, Health Perception, Resourcefulness, Family Function, and Social Capital by Socioeconomic Level (N=671)

| Variables | High class (n=128) | Middle class (n=446) | Low class (n=97) | F | Duncan |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------|-----------|
| | M±SD | M±SD | M±SD | | |
| Health-related quality of life | 3.63±0.57 ^a | 3.47±0.51 ^b | 3.27±0.57 ^c | 12.37*** | c < b < a |
| Health perception | 4.28±1.14 ^a | 3.96±1.11 ^b | 3.70±1.22 ^c | 7.48** | c < b < a |
| Resourcefulness | 3.53±0.46 ^a | 3.37±0.39 ^b | 3.31±0.40 ^b | 10.11*** | b < a |
| Family function | 3.87±0.62 ^a | 3.52±0.61 ^b | 3.24±0.67 ^c | 29.69*** | c < b < a |
| Social capital | 3.64±0.47 ^a | 3.54±0.45 ^b | 3.38±0.49 ^b | 8.41*** | b < a |

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

3. 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질과 관련요인들과의 상관관계

사회경제적 상위계층의 건강 관련 삶의 질은 자원동원성($r = .78, p < .001$), 가족기능($r = .57, p < .001$) 및 사회자본($r = .64, p < .001$)과 순상관관계가 있었다.

사회경제적 중위계층의 건강 관련 삶의 질은 건강지각($r = .29, p < .001$), 자원동원성($r = .65, p < .001$), 가족기능($r = .53, p < .001$) 및 사회자본($r = .64, p < .001$)과 순상관관계가 있었다.

사회경제적 하위계층의 건강 관련 삶의 질은 건강지각($r = .21, p < .05$), 자원동원성($r = .56, p < .001$), 가족기능($r = .64, p <$

$.001$) 및 사회자본($r = .53, p < .001$)과 순상관관계가 있었다 (Table 3).

4. 사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

사회경제적 수준별 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들의 상대적 영향력을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다(Table 4). 회귀분석의 가정을 검증한 결과 모두 회귀식의 가정을 충족하는 것으로 나타났다. 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 건강지각, 자원동원성, 가족기능 및 사회자본 간

Table 3. Relationship between Health-related Quality of Life, Health Perception, Resourcefulness, Family Function, and Social Capital by Socioeconomic Level (N=671)

| Variables | Categories | Health-related quality of life | Health perception | Resourcefulness | Family function |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) |
| High class (n=128) | Health-related quality of life | - | | | |
| | Health perception | .09 (.328) | - | | |
| | Resourcefulness | .78 (<.001) | .11 (.228) | - | |
| | Family function | .57 (<.001) | .27 (.002) | .45 (<.001) | - |
| | Social capital | .64 (<.001) | .17 (.050) | .51 (<.001) | .42 (<.001) |
| Middle class (n=446) | Health-related quality of life | - | | | |
| | Health perception | .29 (<.001) | - | | |
| | Resourcefulness | .65 (<.001) | .20 (<.001) | - | |
| | Family function | .53 (<.001) | .28 (<.001) | .44 (<.001) | - |
| | Social capital | .64 (<.001) | .35 (<.001) | .55 (<.001) | .43 (<.001) |
| Low class (n=97) | Health-related quality of life | - | | | |
| | Health perception | .21 (.036) | - | | |
| | Resourcefulness | .56 (<.001) | .17 (.088) | - | |
| | Family function | .64 (<.001) | .14 (.166) | .20 (.049) | - |
| | Social capital | .53 (<.001) | .16 (.119) | .68 (<.001) | .26 (.012) |

의 상관계수도 .12~.74로 자기상관이 없었고, 다중공선성의 문제는 공차한계가 0.83~1.00으로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(VIF)도 1.00~1.180으로 기준치인 10을 넘지 않았다. 특히, 잔차 분석 결과 모형의 선형성, 오차항의 정규성, 등분산성의 가정도 만족하였으며 특이값을 검토하기 위한 Cook's distance 값도 1.0을 초과하는 개체가 없는 것으로 나타나 회귀분석의 결과는 타당한 것으로 확인되었다. 또한 일반적 특성의 명목변수들은 더미변수로 처리하였다.

건강 관련 삶의 질에 영향 미치는 독립변수들의 설명력은 건강형평성 하위계층 63.8%, 중위계층 71.0%, 상위계층 75.5%로 증가하였다.

사회경제적 상위계층은 성별($\beta = .098, p < .05$), 자원동원성($\beta = .524, p < .001$), 가족기능($\beta = .209, p < .001$) 및 사회자본($\beta = .283, p < .001$)에서 유의한 차이가 나타났다. 즉, 남학생보다 여학생일수록, 자원동원성, 가족기능 및 사회자본이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다.

사회경제적 중위계층은 학년($\beta = -.060, p < .05$), 학교성적(중/하)($\beta = .127, p < .001$), 학교성적(상/하)($\beta = .209, p < .001$), 학교생활만족도(중/하)($\beta = .181, p < .01$), 학교생활만족도(상/하)($\beta = .314, p < .001$), 자원동원성($\beta = .363, p < .001$), 가족기능($\beta = .191, p < .001$) 및 사회자본($\beta = .315, p < .001$)에서 유의한 차이가 나타났다. 즉, 학년이 낮을수록, 학교성적이 높을수록, 학교생활만족도가 높을수록, 자원동원성, 가족기능 및 사회자본이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다.

사회경제적 하위계층은 학교성적(상/하)($\beta = .158, p < .05$), 학교생활만족도(상/하)($\beta = .257, p < .05$), 가족기능($\beta = .405, p < .001$)에서 유의한 차이가 나타났다. 즉, 학교성적이 높을수록, 학교생활만족도가 높을수록, 가족기능이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구대상은 사회경제적 상위계층이 19.1%, 중위계층 66.5% 및 하위계층 14.4%였다. 이중 사회경제적 하위계층의 청소년은 결혼가족이 많았고, 학교성적이 낮았으며, 학교생활의 만족도는 저조하였다. 이는 사회경제적 하위계층의 경우 중·상위계층 청소년에 비해 경제적 어려움이 크므로 이로 인한 건강 불평등을 해소하기 위해 정책적인 도움이 필요하다는 Khang과 Kim [26]의 연구결과와 일치하였다. Khang과 Kim [26]은 사회경제적 취약계층의 경우 적절한 건강형평성을 고려한 지원이 주어진다면 일반적인 계층과 유사한 건강유지를 할 수 있다는 주장과의 관련이 있음을 시사하였다. Halfon 등[3]의 연구에서도 건강불평등의 격차가 심화될수록 청소년의 건강 관련 삶의 질의 저하를 초래하는 요인이 될 수 있음을 지적하였다. Khang [16]은 결혼가족과 별거·이혼·사별가족으로 나누어 가족구조에 따른 청소년의 비행을 비교한 결과, 단순 비교에서는 차이가 있었으나 경제적 요인, 부모의 교육집단을 통제했을 때는 차이가 없다고 보고하여 청소년의 행태는 건강형평성 변인과 영

Table 4. Factors Influencing Health-related Quality of Life by Socioeconomic Level

(N=671)

| Variables | High class | | | Middle class | | | Low class | | |
|--------------------------------|------------|-----------|----------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | B | β | t | B | β | t | B | β | t |
| (Constants) | -.646 | - | -2.097* | -.066 | | -0.402 | -.380 | - | -1.002 |
| Gender (Male) | .114 | .098 | 2.054* | .035 | .034 | 1.163 | .084 | .071 | 1.121 |
| Grade (First grade) | .088 | .077 | 1.599 | -.061 | -.060 | -2.028* | -.044 | -.039 | -0.604 |
| Type of family (Broken family) | -.248 | -.092 | -1.861 | -.010 | -.007 | -0.227 | .031 | .027 | 0.425 |
| Sibling (Yes) | .083 | .037 | 0.739 | -.053 | -.036 | -1.170 | .081 | .057 | 0.876 |
| Religion (Yes) | .035 | .031 | 0.634 | -.033 | -.033 | -1.128 | -.161 | -.142 | -1.345 |
| School record (Middle) | .101 | .088 | 1.223 | .136 | .127 | 3.444*** | .051 | .045 | 0.664 |
| School record (High) | .164 | .138 | 1.898 | .292 | .209 | 5.603*** | .295 | .158 | 2.394* |
| School satisfaction (Middle) | -.063 | -.055 | -0.481 | .182 | .181 | 2.705** | .174 | .152 | 1.659 |
| School satisfaction (High) | -.065 | -.057 | -0.459 | .320 | .314 | 4.562*** | .315 | .257 | 2.565* |
| Health perception | -.049 | -.098 | -1.799 | .002 | .005 | 0.165 | .005 | .011 | 0.167 |
| Resourcefulness | .639 | .524 | 8.846*** | .469 | .363 | 10.012*** | .436 | .305 | 3.687 |
| Family function | .193 | .209 | 3.498*** | .160 | .191 | 5.529*** | .425 | .405 | 7.300*** |
| Social capital | .398 | .330 | 5.649*** | .315 | .283 | 7.476*** | .194 | .168 | 1.966 |
| F | | 27.082*** | | | 35.633*** | | | 48.495*** | |
| Adj. R ² | | .755 | | | .710 | | | .638 | |

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

향이 있음을 시사하였다. 즉, 건강형평성의 하위계층이 경제적 지원의 공공정책이 필요할 뿐 아니라 가족기능 향상을 통한 청소년의 사회심리접근도 중요함을 알 수 있다.

본 연구의 주요변수인 사회경제적 수준의 계층별 청소년의 건강 관련 삶의 질 정도는 5점 만점에 상위계층 3.63점, 중위계층 3.47점, 하위계층 3.27점 순으로 하위계층 청소년의 건강 관련 삶의 질 정도가 상위계층 청소년보다 낮은 것으로 나타났다. 선행연구에서 건강형평성을 상, 중, 하위계층으로 나누어 청소년의 건강 관련 삶의 질을 비교한 연구가 없어 본 연구결과와 직접적으로 비교하기에는 제한적이기는 하나, 하위계층 청소년들이 상위계층 청소년에 비해 보다 많은 건강 관련 삶의 질 등 취약한 문제를 나타낸다는 선행연구들[15,27]과 일관된 결과이다. 또한 건강불평등에 따른 청소년 건강행태를 비교한 Croninger과 Lee [28]의 연구와도 일관된 결과를 보였다.

사회경제적 수준의 계층별 청소년의 건강지각 정도는 5점 만점에 상위계층 4.28점, 중위계층 3.96점, 하위계층 3.70점 순으로 하위계층 청소년의 건강지각 정도가 상위계층 청소년보다 낮은 것으로 나타났다.

Khang [16]의 연구에서 지각한 건강상태와 사회경제적 수

준과 상관관계가 있음을 밝혔으며, 초기 성인을 대상으로 한 연구에서도 지각한 건강상태가 건강불평등의 주요예측인자임을 밝혔다. 즉, 건강상태에 대한 개인적 지각은 건강불균형의 동기적인 기본 요인으로 작용함을 알 수 있다.

사회경제적 수준의 계층별 청소년의 자원동원성 정도는 5점 만점에 상위계층 3.53점, 중위계층 3.37점, 하위계층 3.31점 순으로 하위계층 청소년의 자원동원성 정도가 상위계층 청소년보다 낮은 것으로 나타났다. 자원동원성은 개인의 인지적 과정을 강조한 내적 대처자원으로서 Oh 등[8]의 연구에서 요구요도가 높은 학생이 낮은 학생보다 스트레스 상황에 효과적으로 대처하고 건강 관련행위 선택을 용이하게 한다는 연구결과와 일치하였다. 자원동원성은 자기 통제 행위를 위한 자기조절 모델에 영향을 미치는 개인적 변수에 해당되는 개념으로서 생활양식을 교정해나가야 하는 청소년기 동안 비공식적인 훈련에 의해 획득된다고 하였다[29].

사회경제적 수준의 계층별 청소년의 가족기능 정도는 5점 만점에 상위계층 3.87점, 중위계층 3.52점, 하위계층 3.24점 순으로 하위계층 청소년의 가족기능 정도가 상위계층 청소년보다 낮은 것으로 나타났다. 가족기능과 건강형평성과의 관계가

Kim과 An [12]의 연구와 비슷한 결과를 보이고 있다. 취약가정과 일반가정의 동질성 비교에서 가족기능이 일반가정 학생이 높았다. 즉 가족기능이 높을수록 자녀에 대한 관심이 증가하여 정서적 지지를 해줌으로써 정서적으로 안정된 상태는 건강행위를 바람직하게 나타나는 것으로 볼 수 있다.

사회경제적 수준의 계층별 청소년의 사회자본 정도는 5점 만점에 상위계층 3.64점, 중위계층 3.54점, 하위계층 3.38점 순으로 하위계층 청소년의 사회자본 정도가 상위계층 청소년보다 낮은 것으로 나타났다. Kim과 An [12]의 연구에서도 학교내 사회자본이 사회경제적 취약한 학생이 미약하여 다소 일관된 특성을 나타내었다. You [22]의 연구에서 친구 존재나 친구 지지와 같은 친구 관련 사회자본은 빈곤층 학생들에게서 그 집단이 낮게 나타나서 본 연구의 결과를 지지하였다.

청소년의 건강 관련 삶의 질과 각 독립변인 간의 상관관계에서도 자원동원성이 사회경제적 수준의 모든 계층에서 높은 상관관계를 나타냈고, 가족기능과 사회자본은 청소년의 건강 관련 삶의 질에 순상관관계를 나타냈다. Suh와 Kim [30]의 연구에서도 삶의 질과 자원동원성 정도 간에는 중등도의 유의한 순상관관계가 있었다는 보고와 일치하였다. Croninger과 Lee [28]의 연구에서 가족의 순기능이 높을수록 부모의 관심도가 높을수록 즉, 가정의 사회자본이 많을수록 삶의 질이 향상되어 진다는 연구결과와도 일치하였다.

청소년의 건강 관련 삶의 질에 영향 미치는 독립변수들의 설명력은 사회경제적 하위계층 63.8%, 중위계층 71.0%, 상위계층 75.5%로 점차 증가하였다. 이 중 세 집단에서 공히 가족기능이 좋을수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다. 이는 청소년이 지각하는 가족의 강인성이 높을수록, 가족 의사소통이 개방적일수록, 가족관계에 대한 만족도가 높을수록, 가족지지가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 해석한 Machenbach과 Baker [27]의 연구와 일관된 결과라고 볼 수 있다. 그러나 사회경제적 중·상위계층에서 자원동원성과 사회자본이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났으나, 하위계층에서는 자원동원성과 사회자본이 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치지 못하였다. 자원동원성은 자기 통제 행위를 위한 자기조절력으로 어린 시절동안 가족으로부터 비공식적인 훈련에 의해 주로 획득되어지는데 빈곤층에서는 이러한 기회의 노출이 부족하다고 하였다[20]. 이에 사회경제적 하위계층에서 자원동원성이 중·상위계층에서 결여되어 건강증진행위를 바람직한 방향으로 변화시킬 수 있는 개인적 자원이 부족함을 알 수 있다. 또한 사회경제적 하위계층에서는 사회자본이 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치지 못한 결과는 집단

들과의 상호작용하는 사회적 네트워크가 미약함을 확인할 수 있었다. 청소년들이 건강증진학교 공동체를 만들어가기 위해서 공공재로서의 사회자본 형성이 중요하다고 하였다[28]. 개인주의가 팽배하고 헌신과 배려가 부족한 학교 공동체에서는 건강행태의 바람직한 변화를 유도하기 위해 신뢰, 유대감 및 호혜성과 같은 사회자본이 절실히 요청되고 있다. 청소년의 건강 관련 삶의 질은 자원동원성의 개인차원의 심리적 요인이 가장 큰 영향을 미쳤고, 사회자본이 가족기능보다 더 큰 영향력을 보였다. 이는 초기 청소년기가 부모들로부터 독립하여 자율성을 획득하려는 욕구가 증가되고 또래관계가 확대되는 시기이며 부모와의 세대차이로 인해 부모와 청소년 관계가 느슨해지기 쉬운 시기이므로 사회자본이 가족기능보다 청소년의 건강 관련 삶의 질 향상에 더 유효한 것으로 기술한 Galobardes 등 [15]의 연구와 일관된 결과라고 볼 수 있다. 한편으로는 청소년들의 부모가 또래나 학교자원만큼 사회적 관계에서 중요한 지지가 되어 주지 못한 우리나라의 현 상황을 설명하는 것으로도 볼 수 있다. 이는 부모, 친구, 교사지지 중 부모지지에 대한 청소년의 지각 정도가 상대적으로 낮음을 보고한 연구[25]와도 일치된 결과이다. 특히 사회경제적 하위계층의 청소년은 스트레스 상황에 효과적으로 대처하고 건강 관련 행위 선택을 용이하게 하여 문제해결할 수 있는 자원동원성이 결여되어 있음을 알 수 있다. 그러므로 초기 청소년의 건강 관련 삶의 질을 증대하기 위해서는 가장 먼저 청소년의 자원동원성의 심리적 접근이 중요하며, 더불어 청소년에게 자원동원성 기능을 향상시키는 내적 대처 자원 개발 프로그램의 활성화가 필요하다.

본 연구는 대구 지역의 일부 초기 청소년을 대상으로 설문지를 통해 조사하였으므로, 본 연구결과를 청소년 전반에게 일반화하기에는 신중을 기해야 한다. 또한, 건강행태의 구체적인 분류는 연구대상자인 청소년의 설문응답에 의존하여 구분한 제한점이 있다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 다차원적 접근을 위해 개인차원, 가족차원, 사회차원으로 사회경제적 수준별 청소년의 건강 관련 삶의 질 영향요인을 비교함으로써 청소년의 건강 관련 삶의 질에 대한 상담 및 학교와 지역사회 프로그램 개발에 개인상담뿐 아니라 가족 기능적 접근과 학교의 통합적 접근이 필요함을 확인하였다는 점에 본 연구의 의의가 있다.

결론

본 연구는 사회경제적 수준별 청소년의 건강 관련 삶의 질과 그 영향요인을 비교하고자 실시되었다. 특히, 다차원적 접

근을 위해 선행연구를 근거로 개인차원의 건강지각, 자원동원성, 가족차원의 가족기능, 사회차원의 사회자본을 독립변인으로 하고, 이들이 사회경제적 수준별 청소년의 건강 관련 삶의 질에 미치는 상대적인 영향력을 분석하고자 하였다. 본 연구 결과를 통해 청소년 시기는 자원동원성의 개인차원의 심리적 요인이 가장 큰 영향을 미쳤고, 사회자본이 가족기능보다 더 큰 영향력을 보였다. 즉, 스트레스 상황에 효과적으로 대처하고 건강행위 선택을 쉽게 하여 문제 해결을 잘 할 수 있게 하는 심리적인 변인이 자원동원성이 가장 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치므로 청소년의 건강 관련 삶의 질을 높이기 위해서는 청소년의 내적 대처자원의 개발이 가장 중요하였다. 더불어 사회적 자본과 관련된 사회적 가치와 규범의 요소를 학교 교육 과정에서 보다 강조하는 것이 필요하다. 청소년들이 주요 과목이라고 일컬어지는 교과 지식에 대한 학습 이외에도 다양한 경험과 활동을 통하여 자신의 생애 역량을 높일 수 있도록 해야 한다. 현재 학교 교육과정으로 시행되고 있는 재량활동, 특별활동 그리고 방과후 학교 등의 프로그램을 더욱 활성화하고 내실화하는 것이 한 가지 방법이 될 수 있을 것이다.

향후 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 청소년의 건강 불평등 관련 경험에 대한 질적 연구를 통해 그들의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 심층 분석할 필요가 있으며, 둘째, 본 연구는 일부 지역을 대상으로 하였으므로 지역을 확대하여 반복연구 할 필요가 있다. 셋째, 가족 관련 요인과 사회적 요인을 보다 구체화하기 위해 부모와 교사를 포함한 연구가 필요하며, 넷째, 건강형평성에 따라 본 연구의 독립변수들이 청소년의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 경로를 분석할 필요가 있고, 마지막으로 본 연구에서 확인된 영향요인을 근거로 사회경제적 수준별 청소년의 건강 관련 삶의 질 중재 프로그램의 개발이 필요하다.

REFERENCES

- Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*. 2002;1(1):1-2. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-1-1>
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequality in health: Definition, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015; 8:27-106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Halfon N, Larson K, Russ, S. Why social determinants? *Healthcare Quarterly*. 2010;14:8-20. <https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21979>
- Jung SH, Tsakos G, Sheiham A, Ryu JI, Watt RG. Socioeconomic status and oral health-related behaviors in Korean adolescents. *Social Science & Medicine*. 2010;70:1780-1788. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.022>
- Ministry of Education. Ministry of Health and Welfare. 2007 Korea youth risk behavior survey. Research Paper. Statistics Korea Publishing: Korea Center for Disease Control and Prevention; 2011 October. Report No.: 11-1460736-000038-10.
- Lee SL, Lee GL. The effect of family's social and economical position on adolescents's social exclusion. *Journal of Korea Youth Research*. 2009;16(7):35-40.
- Park Y, Patton L, Kim H. Clustering of oral and general health risk behaviors in Korea adolescents: a national representative sample. *Journal of Adolescent Health*. 2010;47(3):277-281. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.003>
- Oh IH, Lee GE, Oh CM, Choi KS, Choe BK, Choi JM, et al. Association between the physical activity of Korean adolescents and socioeconomic status. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2009;42(5):1-10. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2009.42.5.305>
- Kweon SY. Causal relationships between school adjustment of adolescent and related variables. *Middle School Education Research*. 2006;54:329-349.
- Park JS, Moon JW. The causal relationship of adolescent's family conflicts, self-concept, and school adjustment as health protection behavior. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*. 2006;23:91-107.
- Moon ES, Kim CH. A structural analysis of the social and psychological variables influencing adolescents' school adjustment behaviors. *The Korean Journal of Educational Psychology*. 2002;16:219-241.
- Kim KS, An WH. The social capital as determinants of academic achievement. *The Journal of Education Research*. 2003;24(1):81-99.
- Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. 1988;94:95-120. <https://doi.org/10.1016/b978-0-7506-7222-1.50005-2>
- OECD. Human and social capital and sustained growth and development, reconciling new economies and societies: The role of human and social capital. Research Report. OECD Publishing: Paris; 2000 October. Report No.:2000-2146021.
- Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in childhood. *Annals of Epidemiology*. 2006;16(2):91-104. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.06.053>
- Khang YH. Lifecourse approaches to socioeconomic health inequalities. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2005;38(3):267-275.
- Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1994.
- Ware JR, John E. Scales for measuring general health percep-

- tions. *Health Services Research*. 1976;11(4):396-399.
19. Rosenbaum MA. A schedule for assessing self-controlling behaviors: Preliminary finding. *Behavior Therapy*. 1980;11(1):109-121. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(80\)80040-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(80)80040-2)
 20. Byun YS, Jang HJ. Relations between health promoting lifestyle and resourcefulness. *The Journal of Ewha Nursing Science*. 1996;8(2):101-112.
 21. Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family systems: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*. 1979;18(1):3-28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
 22. You NS. A study on the correlation of the self-esteem with the stress of the middle school students in the family environment [master's thesis]. Jeonbuk: Seonam University; 2005. p. 1-52.
 23. Hong YR, Kim TJ, Hyun YS, So JK, Lee SH. The study on development of indicators and measurement for social capital. Research Report. Korea Educational Development Institute: Korea Educational Development Institute; 2007 December. Report No.: 2007-16(RR).
 24. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQLTM: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*. 1999;37:126-139.
 25. Choi ES. Psychometric test of the PedsQLTM 4.0 generic core scale in Korean adolescents [master's thesis]. Seoul: Yeonse University; 2004. p. 1-76.
 26. Khang YH, Kim HR. Socioeconomic mortality inequality in Korea: Mortality follow-up of the 1998 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) data. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2006;39(2):115-122.
 27. Machenbach JP, Baker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362:1409-1414. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14639-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14639-9).
 28. Croninger RG, Lee VE. Social capital and dropping out of high school: Benefits to at-risk students of teachers' support & guidance. *Teachers College Record*. 2001;103(4):548-581. <https://doi.org/10.1111/0161-4681.00127>.
 29. Lim SM, Kim CH, Cho HJ, Park HS. Relationship between overweight and socioeconomic factor in Korean adolescents; Using data from the 2007 Korean youth's risk behavior Web-based study. *Korean Journal Family Medicine*. 2010;31(9):703-710. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2010.31.9.703>.
 30. Suh SR, Kim HJ. The resourcefulness and the health-promoting behaviors of cancer patients. *Journal of Korean Academic Adult Nursing*. 2000;12(1):112-121.