

# 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강수준의 관계: 탄력성의 매개효과

김지혜 · 탁영란

한양대학교 간호학부

## The Relationship between Social Capital and Self-rated Health in Korean Adolescents: Mediating Effects of Resilience

Ji Hye Kim · Young Ran Tak

School of Nursing, Hanyang University

### ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of the this study was to examine the mediating effect of resilience on the relationship between social capital - family, school, and community - and self-rated health in adolescents. **Methods:** The study is a secondary data analysis based on a cross-sectional design, using the data of 2016 Korean Children and Youth Panel Survey (KCYPs). The study analyzed the data of 2,001 adolescents by descriptive analysis, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients and structural equation modeling, using the SPSS and AMOS program. **Results:** The model's fit was adequate ( $\chi^2/df=4.51$ , CFI=.98, RMSEA=.04, SRMR=.02). The adolescents' social capital - family, school and community - had direct effects on their self-rated health. Resilience was found to play a partially mediating role in accounting for self-rated health. **Conclusion:** Resilience partially mediated the relationship between social capital and self-rated health in adolescents. Based on the results of this study, nursing strategies to build and strengthen social capital at the family, school and community level and to promote resilience are needed to improve the health of adolescents.

**Key Words:** Social capital; Adolescent health; Family; Community; Schools

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

청소년기는 다른 생애주기에 비해 급격한 신체적, 인지적, 심리 사회적 변화가 일어나는 시기이자 또래, 학교, 대중 매체와 같은 사회 환경의 영향을 많이 받는 시기이다[1]. 일반적으

로 청소년기는 다른 생애주기보다 건강한 시기이지만 자살, 우울, 불안 등의 정신건강문제와 비만, 당뇨와 같은 심혈관계 위험의 증가 추세를 보이고 있어 청소년기의 건강에 대한 관심이 요구된다[2]. 또한 청소년기에 형성된 흡연, 음주, 운동부족, 비만과 같은 건강위험행태와 건강수준은 청소년기 이후의 성인기와 노년기 건강의 주요 영향요인으로 작용하므로[3], 청소년 건강의 위험요인과 보호요인에 대한 탐색이 필요하다.

Corresponding author: Young Ran Tak

School of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, Korea.  
Tel: +82-2-2220-0709, Fax: +82-2-2295-2074, E-mail: yrtak@hanyang.ac.kr

Received: Mar 17, 2019 / Revised: Apr 7, 2019 / Accepted: Apr 8, 2019

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.

최근 건강에 영향을 주는 사회적 요인에 대한 관심이 증가함에 따라 사회적 자본과 건강의 관계에 관한 연구가 다양한 학문분야에서 시행되고 있다. 사회적 자본은 개인이나 집단이 사회적 관계망을 통해 얻을 수 있는 실질적인 자원들의 총합이자[4] 조화로운 행동을 촉진하는 신뢰, 규범, 호혜성과 같은 사회조직의 특징으로 설명할 수 있다[5]. 사회적 자본 이론은 네트워크의 구성원간 신뢰, 호혜주의의 규범 및 사회적 지지의 교환이 하나의 자원이 되고, 이 자원에 접근하는 것이 구성원들의 조화로운 행동을 촉진시킬 수 있다고 가정한다[5]. 성인과 노인을 대상으로 지역사회 지지, 신뢰, 호혜성과 같은 사회적 자본과 건강의 관계를 입증하는 선행연구들을 통해 사회적 자본은 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 보호요인임이 확인되었으므로[6] 청소년의 건강에 대한 사회적 자본의 역할을 확인할 필요성이 있다.

아동과 청소년의 사회적 자본에 관한 연구는 학교 적응, 학업 성취와 같은 교육적 측면의 결과와 관계를 확인한 연구가 주를 이루고 있다[7]. 최근 가족, 학교, 지역사회를 포함한 다양한 수준의 사회적 자본이 청소년의 우울, 불안, 자살사고, 안녕과 같은 정신 건강과 흡연, 음주, 성행위, 약물사용과 같은 건강 위험행위의 중요한 예측요인임이 확인됨에 따라 사회적 자본은 청소년의 건강을 위한 주요한 자산으로 역할이 강조되고 있다[8,9]. 구체적으로 부모와 자녀의 관계, 부모의 관심, 교사와의 관계, 학교에 대한 신뢰, 친구와의 관계, 지역사회에 대한 신뢰감으로 측정된 사회적 자본은 청소년의 건강과 건강위험행위의 영향요인으로 확인되었다[8-10]. 하지만 현재까지 청소년의 사회적 자본과 건강에 관한 연구의 대부분이 유럽이나 미국의 청소년을 대상으로 시행되어 한국의 사회적 맥락에서 이에 대한 포괄적인 탐색이 요구된다. 더불어 사회적 자본은 청소년의 인생 전반에 걸쳐 신체적, 심리적 발달에 영향을 미칠 수 있으므로[11] 청소년의 사회적 자본과 건강에 대한 연구를 통해 이에 대한 이해와 활용이 요구된다.

최근 인간에 대한 강점 중심의 패러다임 변화와 함께 인간의 심리적 자본, 즉 탄력성이 중요한 개념으로 인식되고 있다[12]. ‘역경 혹은 위험 상황에서도 적응적인 기능을 유지하는 능력’[13]을 뜻하는 탄력성은 청소년의 건강과 안녕을 위한 핵심적인 개념이다[12]. 가족, 친구, 교사의 지지와 같은 환경적 요인에 의해 복합적인 영향을 받는 청소년의 탄력성은 문제행동에 대한 통제력을 조절하고, 스트레스 상황과 심리적 안녕의 관계에서 매개 역할을 하여[14] 청소년의 건강에 보호요인으로 작용함으로써 청소년의 사회적 자본과 건강의 관계 속에서 탄력성의 매개 역할을 확인하는 것은 의의가 있다.

주관적 건강수준(Self-Rated Health, SRH)은 자신의 신체적, 사회적, 정신적 건강에 대한 종합적인 평가를 의미하며, 이는 다양한 측면의 건강상태를 반영하므로 타당하고 신뢰할 수 있는 지표로 인정받고 있다[15]. 주관적 건강수준은 성인의 사망률, 질병 이환율, 미래의 건강상태, 의료서비스 이용 및 삶의 질을 예측할 수 있는 요인으로 확인되었다[16]. 청소년기의 주관적 건강수준은 신체적 건강 측면뿐만 아니라 전반적인 심리 사회적 상태를 반영하고, 성인기 건강의 유의한 예측요인임으로[17] 이에 대한 관심이 필요하다. 성인과 노인을 대상으로 한 연구가 활발한 것과 비교하여 청소년의 주관적 건강수준에 대한 연구는 미흡한 실정이다[1].

선행연구를 통해 청소년의 주관적 건강수준은 성별[1,18], 사회경제적 수준[17,18], 학업성적[18], 체질량지수[10], 신체적 활동[10,18], 흡연[1,18], 음주[1,18], 우울[10], 삶의 만족감[1,18]과 같은 인구사회학적 요인, 건강 관련 행위, 심리적인 요인의 영향을 받는 것으로 확인되었다. 그러나 선행연구에서는 청소년의 주관적 건강수준의 영향요인을 단편적으로 분석하여 영향요인이 어떠한 과정을 통해 영향을 주는가에 대한 심층적인 이해에는 한계가 있다. 또한 최근 건강결과를 인간의 긍정적인 측면이나 보호요인 중심으로 이해하는 패러다임의 변화에 따라 청소년의 건강과 보호요인의 관계에 대한 확인이 필요하다.

이에 본 연구에서는 우리나라 청소년의 사회적 자본이 주관적 건강수준에 미치는 직접적인 영향과 탄력성을 매개로 한 간접적인 영향 경로를 파악하고자 한다. 특히 초기 청소년기에 해당하는 중학생은 아동기의 종료와 청소년기의 시작을 동시에 경험하는 전환기로, 신체뿐만 아니라 정서적, 심리적 측면에서 급격한 변화와 혼란을 경험하는 시기이므로 중학생을 대상으로 한 탐색을 통해 초기 청소년의 건강에 대한 이해를 돕고 청소년의 건강 증진을 위한 간호중재 개발과 다양한 청소년정책 수립에 기초자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강수준 간의 관계에서 탄력성의 매개효과를 확인하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 청소년의 사회적 자본, 탄력성과 주관적 건강수준 정도를 파악한다.
- 청소년의 사회적 자본이 탄력성을 매개로 주관적 건강수준에 미치는 영향을 규명한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강수준 간의 관계에서 탄력성의 매개효과를 확인하기 위해서 한국아동·청소년패널조사의 원자료를 이용한 2차 분석의 서술적 조사 연구이다(Figure 1).

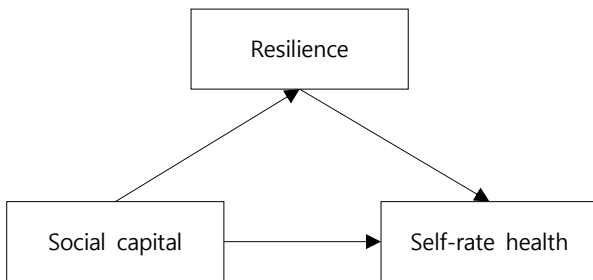


Figure 1. Conceptual model of study.

### 2. 연구자료 및 연구대상

본 연구는 한국청소년정책연구원(National Youth Policy Institute)에서 실시한 한국아동·청소년패널조사(Korean Children & Youth Panel Survey, KCYPS) 원시자료 중 2016년 7차년도 자료를 활용하였다[19]. 한국아동·청소년패널조사는 아동·청소년 성장과 발달을 종합적으로 파악하기 위해 2010년부터 2016년까지 7년에 걸쳐 총 7,071명의 아동·청소년과 그 보호자를 대상으로 실시된 단기종단조사로 아동·청소년의 신체, 지적, 사회·정서 발달과 함께 다양한 환경요인에 대한 정보를 포함하고 있다.

본 연구는 2016년 7차년도 한국아동·청소년패널조사의 전체 대상자 중 청소년기에 해당하는 초1 패널(중1) 자료를 분석하였다. 조사에 참여한 2,342명 중 학교에 재학 중이지 않거나 본 연구에서 주요 변수로 선정된 문항에 대한 정보가 불충분한 341명을 제외한 2,001명을 최종 분석에 이용하였다.

### 3. 연구 변수

#### 1) 일반적 특성

가족 구성은 ‘현재 학생과 함께 살고 있는 가족의 구성은 어떻게 됩니까’ 문항에 대한 답변을 양부모 가족과 그 이외의 가족으로 분류하였다. 경제적 수준 평가는 “학생의 가정 형편(경

제수준)은 어디에 해당한다고 생각하십니까” 단일 문항을 사용하였고 잘 사는 편, 보통, 못 사는 편으로 분류하였다. 체질량 지수(body mass index)는 체중(kg)을 신장(m)의 제곱 값으로 나누어 계산하였고, 아시아 태평양의 비만 기준[20]에 따라 저체중(BMI<18.5), 정상(18.5≤BMI<23), 과체중 및 비만(23≤BMI)으로 분류하였다. 흡연과 음주는 지난 1년간 비행 경험 유무를 묻는 문항을 이용하여 측정하였고 “있다”와 “없다”로 분류하였다. 질병 유무는 ‘지난 1년 동안 천식, 비염, 아토피피부염, 비만, 심장질환, 당뇨병, 기타와 관련된 건강상의 문제가 있었습니까’에 대한 문항을 이용하여 “있다”와 “없다”로 분류하였다. 학업성적에 대한 만족도는 ‘자신의 학교 성적에 대해 얼마나 만족하니까’ 문항을 만족, 불만족으로 분류하였다.

#### 2) 사회적 자본

대상자의 사회적 자본은 선행연구[7-10]를 바탕으로 가족, 학교, 지역사회 수준의 사회적 자본을 구분하여 측정하였으며, 사회적 자본을 잠재변수로 설정하고, 가족, 학교, 지역사회의 사회적 자본의 평균값을 측정변수로 구성하였다. 가족의 사회적 자본은 허모연[21]이 개발한 부모 양육태도 검사 문항을 수정한 부모의 양육태도 척도 중 부모 애정에 관한 4문항을 이용하여 측정하였다. 부모 애정은 자녀를 존중, 수용해주고 자녀의 요구에 민감한 태도를 지닌 정도를 의미하며 4문항, 4점 Likert 척도로 구성되어 있다. 해석상 편의를 위해 역코딩하여 평균값을 산출하였고, 점수가 높을수록 부모의 애정적 양육태도를 의미하며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .83이었다.

학교의 사회적 자본은 교사, 친구와의 관계에 대한 문항으로 측정하였다. 교사와의 관계는 민병수[22]가 제작한 학교생활 적응 척도의 문항 중 대상자와 교사의 관계에 대한 5문항을 이용하였고, 친구와의 관계는 친구와의 의사소통, 신뢰에 관한 6개의 문항을 이용하여 측정하였다. 모두 4점 Likert 척도로 해석상 편의를 위해 역코딩하여 평균값을 산출하였고, 점수가 높을수록 관계가 좋음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 각각 .84와 .90이었다.

지역사회의 사회적 자본은 지역사회에 대한 인식에 대한 6문항을 이용하여 측정하였다. 지역사회 인식에 대한 문항은 ADD Health (National Longitudinal Study on Adolescent to Adult Health)[23]의 문항을 변안한 뒤 수정·보완한 문항으로 4점 Likert 척도로, 해석상 편의를 위해 역코딩하였으며 점수가 높을수록 지역사회에 대한 인식이 긍정적임을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .72였다.

본 연구에서는 선행연구결과[7-10]를 바탕으로 사회적 자

본을 4개의 하위 요인으로 구성하였으므로 구성개념의 타당성을 확인하기 위하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 분석 결과 사회적 자본 측정도구는 부모 양육태도, 교사와의 관계, 친구와의 관계, 지역사회에 대한 인식 요인 중 지역사회에 대한 인식에 관한 1문항(‘우리 동네에서는 이웃끼리 서로 경계한다’)의 요인 적재량이 0.3 이하로 나타나 제거하였으며, 제거 후 모형의 적합 지수는  $\chi^2/df=4.82$ , CFI=.97, RMSEA=.04, RMR=.02, 각 문항의 요인 적재량이 모두 0.5 이상으로 나타나 도구의 구성 타당도가 검증되었다.

### 3) 타력성

대상자의 타력성은 Block, Kreman [24]이 개발하고 유성경, 심혜원[25]이 수정·보완한 자아타력성 측정도구를 이용하였다. 이 도구는 14문항, 4점 Likert 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 타력성이 높음을 의미한다. 본 연구에서 해석상 편의를 위해 역코딩하여 평균값을 산출하였고, Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였다.

### 4) 주관적 건강수준

주관적 건강수준은 “또래 친구들과 비교해 볼 때 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각합니까?” 단일 문항을 사용하였으며, “매우 건강하지 못하다”, “건강하지 못한 편이다”, “건강한 편이다”, “매우 건강하다”로 응답하여 점수가 높을수록 자신을 건강하다고 인식함을 의미한다.

## 4. 자료수집

본 연구는 2016년도 한국아동·청소년패널조사의 원시자료를 이용하였다. 이 자료는 일반 사용이 허용된 공개 자료로, 2018년 3월에 한국청소년정책연구원 홈페이지에서 사용하고 자 하는 목적을 입력하고 데이터, 조사표, 코드북과 유저가이드를 내려받았다.

한국아동·청소년패널조사는 2009년 교육부의 전국 학교 통계를 표집틀로 하여 2010년 기준 전국의 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년 재학생과 보호자를 모집단으로 하였다. 표본은 층화다단계집락추출법을 이용해 추출하였고, 전국을 시도별·도시 규모별·학제별로 구분 후 각 층 안에서 78개의 표본학교를 선정하고 학교별 1개 학급을 대상으로 자료를 수집하였다. 자료는 매년 10월부터 12월에 걸쳐 훈련받은 조사원이 청소년을 개별면접조사하고 보호자는 전화면접조사를 통해 수집하였다[19].

## 5. 윤리적 고려

본 연구에서 이용한 2016년도 한국아동·청소년패널조사의 원시자료는 일반 사용이 허용된 공개 자료로, 사용하고 자 하는 목적을 입력하고 한국청소년정책연구원 홈페이지에서 자료를 취득하였다. 한국아동·청소년패널조사는 개인정보 보호법에 근거하여 조사되었으며 조사의 목적, 익명성과 비밀 보장에 대한 사전 설명과 조사 참여에 대한 자발적 동의를 받고 시행되었다.

## 6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Statistics 23.0, AMOS 23.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 일반적인 특성, 사회적 자본, 타력성, 주관적 건강수준은 빈도 분석, 기술통계 분석법으로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test를 실시하였다. 사회적 자본, 타력성, 주관적 건강수준 간의 관련성을 파악하기 위해 Pearson correlation coefficient로 분석하였고 변인의 정규성을 검토하기 위해 왜도, 첨도를 확인하였다. 측정도구와 측정모형의 타당성을 확인하기 위해 확인적 요인분석을 시행하였고, 측정모형과 가설모형은  $\chi^2$  검정, CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR (Standardized Root Mean Residual) 지수를 이용하여 적합성을 평가하였다. 각 지수의 기준치는  $\chi^2/df < 5$ , CFI  $\geq .90$ , RMSEA, SRMR  $\leq .05$ 로 하였다. 최대우도법(maximum likelihood)을 이용하여 모수를 추정하고, 모형에서 경로의 유의성을 검정하기 위해 경로계수 추정치와 Critical Ratio (CR)를 분석하였으며, 매개효과의 검증은 500번 반복 추출한 샘플에 대해 95% 신뢰구간을 적용한 부트스트래핑(bootstrapping) 방법을 이용하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성과 이에 따른 주관적 건강수준 차이

대상자의 성별 구성은 남자의 비율(51.9%)이 다소 높았으며, 대상자의 94.3%(1,845명)가 아버지, 어머니와 함께 거주하고 있었다. 대상자의 56.8%(1,136명)가 가족의 경제 수준이 중간이라고 응답하였고, 대상자의 33.8%(661명)가 저체중, 16.6%

(325명)가 과체중에 속하였다. 대상자의 0.7%(15명), 1.5%(30명)가 최근 1년 동안 흡연과 음주를 경험한 것으로 나타났으며, 지난 1년 동안 건강상의 문제가 있었던 대상자는 48.5%(970명)이었다. 대상자의 64.2%(1,284명)가 학업성적에 만족하는 것으로 나타났다(Table 1).

대상자의 주관적 건강수준은 주관적 경제 수준, 체질량지수, 지난 1년 동안 건강상의 문제 유무, 학업성적 만족도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 1). 주관적 경제상태가 좋은 경우가 중간이거나 낮은 경우보다 높았고( $F=7.67, p<.001$ ), 체질량지수가 정상인 경우가 과체중보다 주관적 건강수준이 높았다( $F=7.21, p=.001$ ). 지난 1년 동안 건강상의 문제가 없었던 대상자가 있었던 대상자에 비해 주관적

건강수준이 높았고( $t=-4.76, p<.001$ ), 학업 성적에 만족하는 대상자가 불만족인 대상자에 비해 주관적 건강수준이 높았다( $t=3.83, p<.001$ )(Table 1).

## 2. 주요 변인의 기술 통계 및 상관관계

주요 변인들의 평균을 확인한 결과 부모의 애정적 양육 정도는 4점 만점에  $3.29\pm 0.54$ 점, 교사와의 관계는  $3.13\pm 0.58$ 점, 친구와의 관계는  $3.23\pm 0.53$ 점, 지역사회에 대한 인식은  $2.94\pm 0.54$ 점이었다. 탄력성은  $3.06\pm 0.48$ 점, 주관적 건강 수준은  $3.32\pm 0.56$ 점으로 나타났다(Table 2).

변인들 간의 상관관계를 분석한 결과 독립 변인인 부모의 애

**Table 1.** General Characteristics and Self-rated Health according to General Characteristics (N=2,001)

Characteristics	Categories	n (%)	Self-rated health		
			M±SD	t or F	p
Gender	Male	1,039 (51.9)	3.33±0.56	0.88	.378
	Female	962 (48.1)	3.31±0.56		
Family structure (n=1,956)	Two-parent	1,845 (94.3)	3.32±0.56	-1.18	.237
	Etc	111 (5.7)	3.39±0.58		
Subjective economic status*	High <sup>a</sup>	776 (39.8)	3.38±0.57	7.67	< .001 a > b > c
	Middle <sup>b</sup>	1,136 (56.8)	3.29±0.54		
	Low <sup>c</sup>	89 (4.4)	3.20±0.60		
Body mass index* (n=1,953)	Underweight	661 (33.8)	3.31±0.55	7.21	.001 a > b
	Normal <sup>a</sup>	967 (49.5)	3.36±0.55		
	Overweight <sup>b</sup>	325 (16.6)	3.23±0.59		
Smoking	Yes	15 (0.7)	3.40±0.50	0.54	.588
	No	1,986 (99.3)	3.32±0.56		
Alcohol	Yes	30 (1.5)	3.20±0.55	-1.18	.235
	No	1,971 (98.5)	3.32±0.56		
Disease	Yes	970 (48.5)	3.26±0.55	-4.76	< .001
	No	1,031 (51.5)	3.38±0.56		
Academic performance	Satisfaction	1,284 (64.2)	3.36±0.55	3.83	< .001
	Dissatisfaction	717 (35.8)	3.26±0.56		

\*Scheffé test.

**Table 2.** Descriptive Statistics and Normality Test of Study Variables (N=2,001)

Variables	M±SD	Range	Skewness	Kurtosis
Social capital				
Parenting affective attitude	3.29±0.54	1~4	-.41	-.14
Relationship with teachers	3.13±0.58	1~4	-.25	-.15
Relationship with friends	3.23±0.53	1~4	-.12	-.02
Awareness of the community	2.94±0.54	1~4	-.00	.28
Resilience	3.06±0.48	1~4	.04	-.15
Self-rated health	3.32±0.56	1~4	-.25	.22

정적 양육태도( $r=.18, p<.001$ ), 교사와의 관계( $r=.14, p<.001$ ), 친구와의 관계( $r=.23, p<.001$ ), 지역사회에 대한 인식( $r=.17, p<.001$ )은 종속 변인인 주관적 건강 수준과 정적인 상관성을 보이고, 매개 변인인 탄력성( $r=.28, p<.001$ ) 또한 주관적 건강 수준과 정적인 상관성을 보이는 것으로 나타났다(Table 3).

### 3. 가설적 구조모형 분석

다변량 분석의 기본적인 가정인 변수의 정규성을 확인한 결과 모든 변수의 왜도와 첨도가 기준이 되는 절대값 3과 7을 넘지 않는 것으로 나타났다(Table 2). 각 관측변수와 잠재변수 간의 관계 나타내는 측정모형을 확인적 요인분석 한 결과 측정모형의 적합도 지수가  $\chi^2/df=4.51$ , CFI=.98, RMSEA=.04, SRMR=.02로 나타나 측정모형의 적합성이 검증되었다. 모든 도구의 개념 신뢰도(Construct Reliability, CR)값이 .74~.89의 범위로 .70 이상으로 나타났고, 평균분산추출(Average Variance Extracted, AVE)값이 .68~.74의 범위로 모두 .50 이상으로 확인되어 집중 타당도가 확인되었다. 마지막으로 변수 간 상관계수(.13~.53)의 제공 값(.01~.28)이 평균분산추출 값(.68~.74)보다 낮아 판별 타당도가 있는 것으로 확인되었다.

구조모형의 적합도를 분석한 결과,  $\chi^2=36.07$  ( $df=8, p<.001$ ),

$\chi^2/df=4.51$ , CFI=.98, RMSEA=.04, SRMR=.02으로 나타났다.  $\chi^2$ 의  $p$ 값이 .05보다 작아 구조모형이 부적합한 것으로 나타났다. 그러나  $\chi^2$ 값은 표본의 크기에 따라 매우 민감하여 표본의 크기가 클수록 연구모형이 기각되기 쉬우므로 그 외 모형적합도 지수를 종합적으로 검토하였고, 그 결과 구조모형이 적합한 수준인 것으로 확인되었다.

구조모형 분석 결과, 사회적 자본은 탄력성에 정적(+)으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다( $\beta=.69, p<.001$ ). 즉 사회적 자본이 높을수록, 탄력성이 높아지는 것으로 분석되었다. 또한 사회적 자본은 주관적 건강수준에 정적(+)으로 유의한 영향을 미치고( $\beta=.36, p<.001$ ), 탄력성도 주관적 건강수준에 정적(+)으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다( $\beta=.17, p<.001$ ). 즉 사회적 자본이 많을수록, 탄력성이 높을수록 주관적 건강수준이 높아지는 것으로 나타났다(Table 4).

사회적 자본과 주관적 건강수준 간의 관계에서 탄력성의 매개효과를 검증하기 위해 부트스트래핑을 실시하여 간접 효과의 유의성을 분석하였다. 사회적 자본( $\beta=.36, p<.01$ )과 탄력성( $\beta=.17, p<.01$ )은 주관적 건강수준에 대해 유의한 직접효과를 가지고 있으며, 사회적 자본은 탄력성을 매개로 주관적 건강수준에 미치는 간접 효과가 유의한 것으로 나타나( $\beta=.12, p<.01$ ) 탄력성은 부분매개효과를 가지는 것으로 확인되었다(Table 5).

**Table 3.** Correlations of Study Variables

(N=2,001)

Variables	1	2	3	4	5
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Parenting affective attitude	1				
2. Relationship with teachers	.39 (<.001)	1			
3. Relationship with friends	.49 (<.001)	.38 (<.001)	1		
4. Awareness of the community	.37 (<.001)	.38 (<.001)	.38 (<.001)	1	
5. Resilience	.46 (<.001)	.41 (<.001)	.53 (<.001)	.42 (<.001)	1
6. Self-rated health	.18 (<.001)	.14 (<.001)	.23 (<.001)	.17 (<.001)	.28 (<.001)

**Table 4.** Path Coefficient in the Hypothetical Model

(N=2,001)

Variables	Estimate		SE	CR	p
	B	$\beta$			
Social capital → Resilience	3.27	.69	.14	23.10	<.001
Resilience → Self-rated health	0.01	.17	.01	2.93	<.001
Social capital → Self-rated health	0.09	.36	.01	5.38	<.001
$\chi^2=36.07$ ( $df=8, p<.001$ ), $\chi^2/df=4.51$ , CFI=.98, RMSEA=.04, SRMR=.02					

**Table 5.** Standardized Direct, Indirect, and Total Effects for Hypothetical Model

(N=2,001)

Endogenous variable	Exogenous variable	Direct effect	Indirect effect	Total effect	SMC
		$\beta$	$\beta$	$\beta$	%
Resilience	Social capital	.69*		.69*	48.4
Self-rated health	Resilience	.17*		.17*	9.1
	Social capital	.36*	.12*	.48*	

\* $p < .01$ ; SMC=Squared multiple correlations.

## 논 의

본 연구는 청소년의 주관적 건강수준에 영향을 주는 사회적 자본과 탄력성의 관계를 파악하고 이에 대한 이해를 높임으로써 청소년의 건강 수준을 증진시키기 위한 간호중재 개발과 다양한 청소년정책 수립에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구에서 대상자의 주관적 건강수준 정도는 4점 만점에  $3.32 \pm 0.56$ 점으로 나타나 비교적 자신이 건강하다고 인식하는 것으로 나타났다. 이와 같이 청소년기는 일반적으로 다른 생애주기보다 건강한 시기이지만 다양한 스트레스 요인으로 인한 자살, 우울, 불안 등의 정신건강 문제, 신체활동 부족으로 인한 비만, 당뇨 등의 심혈관계 건강 문제, 성에 대한 인식 변화로 인한 청소년 임신, 성 매개 감염 등의 성 건강에 대한 문제가 증가 추세를 보이고 있으므로[2] 청소년의 건강관리에 대한 사회적 관심이 요구된다. 추가적으로 최근 아동·청소년의 주관적 건강 수준을 국제 비교한 연구[26]에 따르면 자신이 별로 건강하지 않다고 생각하는 비율이 OECD 국가 중 한국의 아동·청소년이 최상위인 것으로 나타나 이에 대한 근본적인 원인 파악과 함께 아동과 청소년의 건강평가의 다차원적인 영향요인에 대한 탐구가 필요하다고 생각된다.

대상자의 주관적 건강수준은 주관적 경제수준, 체질량지수, 지난 1년 동안 건강상의 문제 유무, 학업성적 만족도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 이는 선행연구결과와 일치한다[10,17,18]. 최근 건강불균형이 보건정책의 핵심 과제로 우선시 되고 있는데 가족 소득, 부모의 교육 수준과 같은 가정의 사회경제적 수준이 청소년 건강불평등의 주요한 결정요인으로 작용함이 확인되었으므로[27] 사회적·경제적 불평등 개선을 위한 정책이 선행되어야 할 것이다.

본 연구의 구조모형 분석 결과, 청소년의 사회적 자본은 주관적 건강수준에 직접적이고, 탄력성을 매개하여 간접적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 청소년의 사회적 자본이 건강에 영향을 준다는 선행연구[8-10] 결과를 지지하며, 청소년의 긍정적인 건강결과에 대한 사회적 자본의 보호적 역할을 재확인할 수 있었다. 청소년의 사회적 자본에 대해 구체적

으로 살펴보면 가족 사회적 자본에 속하는 부모의 애정적 양육 태도가 주관적 건강수준의 유의한 영향요인으로 확인되어 선행연구[10] 결과를 지지한다. 또한 자녀에 대한 부모의 관심과 지지, 원활한 의사소통을 통한 부모와 자녀간의 긍정적인 관계, 부모 이외의 다른 가족의 지지와 가족 내 소속감은 청소년의 정신건강과 문제위험행위와도 관련성이 있다[8,9]. 가족 사회적 자본은 역경 속에 있는 청소년의 정상적인 성장과 발달에 있어 가장 중요한 역할을 하므로[10] 청소년의 주관적 건강수준을 향상시키기 위해 가족 사회적 자본의 정도에 대한 사정과 함께 긍정적인 부모의 양육방식이나 건강한 가족기능 향상을 위한 부모교육 중재가 필요하다.

학교 사회적 자본에 속하는 긍정적인 교사와의 관계와 친구 관계가 주관적 건강수준의 유의한 영향요인으로 확인되어 교사와 학생과의 신뢰감, 친구간의 신뢰감, 친구간의 호혜성, 학교에 대한 유대감 등의 학교 사회적 자본은 주관적 건강수준과 관련성이 있다는 선행연구[10,27] 결과를 지지한다. 일반적으로 청소년기에는 대부분의 시간을 학교에서 생활하므로 학교 사회적 자본은 청소년의 건강에 직·간접적으로 영향을 줄 수 있다. 특히, 또래집단의 영향력이 커지는 청소년기에는 친구와의 관계나 소속감은 주관적 건강수준, 우울과 관련성이 있으므로[8,9] 긍정적인 친구관계를 형성할 수 있도록 학교와 지역사회에서 다양한 기회를 제공하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 반면, 청소년기는 사회적 자본의 역기능에 대한 주의가 동시에 필요하다. 또래 집단의 크기가 커지거나 네트워크 내 결속력이 높은 경우 사회적 전염(social contagion)을 통해 흡연, 음주, 과식, 자살시도 등의 건강위험 행위가 전파될 수 있으므로 사회적 자본이 건강에 미치는 긍정적이고 부정적인 결과를 모두 고려할 필요가 있다[28].

지역사회에 대한 인식으로 측정된 지역사회 사회적 자본은 청소년의 주관적 건강수준의 유의한 영향요인으로 확인되었다. 이는 미국과 유럽의 청소년을 대상으로 한 선행연구에서 지역사회에 대한 신뢰감과 호혜성, 지역사회의 비공식적 사회통제가 청소년의 주관적 건강수준과 관련성이 있다는 결과를 지지한다[10]. 성인을 대상으로 시행된 사회적 자본과 건강 간

의 관련성에 대한 많은 선행연구들은 Putnam [5]의 정의를 토대로 지역사회 신뢰감, 호혜성, 사회적 유대와 같은 사회의 특성과 건강과의 관련성을 확인하였으나[6] 아동이나 청소년을 대상으로 지역사회 수준의 사회적 자본에 대한 연구는 드문 현시점에서 본 연구의 결과는 청소년의 건강에 지역사회 사회적 자본의 역할을 확인하였다는 점에서 의미가 있다고 생각된다. 추후 이에 대한 반복적인 연구를 통해 축적된 경험적 근거를 바탕으로 아동·청소년에게 적합한 지역사회 사회적 자본 구축을 위한 프로그램을 계획하고, 이에 청소년을 적극적으로 참여시킬 필요가 있다.

본 연구에서 청소년의 사회적 자본과 주관적 건강수준 간의 관계에서 탄력성은 부분 매개효과가 있는 것으로 확인되었다. 즉, 가족, 학교, 지역사회의 사회적 자본은 청소년의 탄력성을 높일 수 있고, 이는 청소년의 건강수준을 높일 수 있음을 의미한다. 따라서, 본 연구의 결과와 선행연구[12,13]의 결과를 바탕으로 청소년의 사회적 자본을 강화하여 탄력성이 증진되면 청소년의 건강 문제를 예방하는데 일조할 것으로 유추할 수 있으므로 청소년의 사회적 자본과 탄력성 강화를 위한 다각적인 노력이 필요하다. 뿐만 아니라 청소년의 탄력성은 다양한 스트레스 상황 속에서 정신 건강에 중요한 역할을 하므로[12-14] 다양한 상황에서 청소년의 건강에 영향을 미치는 사회적 자본과 탄력성의 기제에 대한 추가적인 확인이 필요하다고 생각된다.

이상의 연구결과를 통해서 사회적 자본 이론과 긍정심리의 관점은 청소년의 건강에 영향을 미치는 요인을 통찰하기에 타당하다고 사료되며, 청소년의 건강을 위한 간호중재는 개인의 심리적 자산뿐만 아니라 가족, 학교, 지역사회의 사회적 자본을 고려하여 다차원적인 접근이 필요함을 확인할 수 있었다. 최근 건강의 주요한 영향요인으로 사회적 자본이 주목받고, 이에 대한 연구가 증가하고 있지만 아직 초기단계이다. 특히 청소년의 건강은 개인적 요인뿐만 아니라 청소년을 둘러싼 환경 즉, 가족, 교사, 친구, 지역사회의 영향을 많이 받으므로 청소년의 사회적 자본과 건강의 관계성에 관한 반복적인 연구가 요구된다. 또한 청소년은 사회적 자본을 형성하고 활용할 수 있는 능력을 보유하고 있는 것으로 밝혀지고 있으므로[9] 학교나 지역사회, 국가는 청소년이 주도적으로 교류하고 관계를 구축할 수 있는 보건 정책이나 프로그램을 마련할 필요가 있다. 뿐만 아니라 트위터, 페이스북과 같은 온라인 소셜 네트워크를 통한 또래와의 상호작용은 청소년의 중요한 부분이므로 [29] 온라인 소셜 네트워크를 통한 사회적 자본의 형성과정과 건강에 미치는 영향에 관한 연구가 요구된다.

본 연구는 이차 자료를 이용함으로써 다양한 속성의 사회적 자본 변수들을 포함하지 못했다는 한계점이 있다. 또한 본 연구는 횡단적 자료를 이용하였으므로 청소년의 사회적 자본과 탄력성이 주관적 건강수준 변화에 미치는 영향에 대한 종단적 분석을 하지 못했다는 한계가 있으므로 이에 대한 연구를 제언한다. 이와 같은 제한점에도 본 연구는 사회적 자본 이론과 긍정심리 관점을 토대로 기존의 연구결과를 확장하여 청소년의 사회적 자본과 탄력성, 주관적 건강수준의 구체적인 관계를 규명함으로써 청소년을 위한 학교보건 실무나 보건 정책, 연구에 있어 앞으로의 방향을 제시하였다는데 의미가 있다.

## 결론

본 연구는 청소년의 사회적 자본, 탄력성, 주관적 건강수준의 관계를 파악하고자 시도되었다. 연구결과 청소년의 가족, 학교, 지역사회의 사회적 자본은 주관적 건강수준에 직접적인 영향과 함께 탄력성을 매개로 한 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구결과를 바탕으로 청소년의 건강을 위해 가족, 학교, 지역사회 수준의 사회적 자본과 탄력성 강화를 위한 간호 전략이 필요하다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## REFERENCES

- Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*. 2009;19:73-78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn111>
- Viner R, Booy R. Epidemiology of health and illness. *British Medical Journal*. 2005;330:411-414. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7488.411>
- Park NH, Lee HJ. A critical review of health behavior studies of adolescents conducted in Korea. *Journal of Korean Community Nursing*. 2002;13(1):98-114.
- Bourdieu P. *Handbook of theory of research for the sociology of education*. Westport, CT: Greenwood press; 1986. p. 241-258.
- Putnam R. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*. 1995;6(1):65-78. <https://doi.org/10.1353/jod.1995.0002>
- Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p. 139-190. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3\\_14](https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_14)



7. Eng S. Cambodian early adolescents' academic achievement: the role of social capital. *Journal of Early Adolescence*. 2013;33(3):378-403.  
<https://doi.org/10.1177/0272431612441069>
8. McPherson KE, Kerr S, Morgan A, McGee E, Cheater FM, McLean J, et al. The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. *BMC Public Health*. 2013;13:971-984.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-971>
9. McPherson KE, Kerr S, McGee E, Morgan A, Cheater FM, McLean J, et al. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychology*. 2014;2:7-23.  
<https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-7>
10. Novak D, Suzuki E, Kawachi I. Are family, neighbourhood and school social capital associated with higher self-rated health among Croatian high school students? A population-based study. *British Medical Journal Open*. 2015;5:e007184.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007184>
11. Drukker M, Buka SL, Kaplan C. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Social Science & Medicine*. 2005;61:185-198.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.041>
12. Zimmerman MA. Resiliency theory: a strengths-based approach to research and practice for adolescent health. *Health Education & Behavior*. 2013;40(4):381-383.  
<https://doi.org/10.1177/1090198113493782>
13. Zolkoski S, Bullock L. Resilience in children and youth: a review. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(12):2295-2303. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>
14. Arslan G. Psychological maltreatment, emotional and behavioural problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*. 2016;52:200-209.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
15. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health*. 2013;1:15-18.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00015>
16. DeSalvo KB, Blosler N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21:267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
17. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008;36:12-20.  
<https://doi.org/10.1177/1403494807085306>
18. Choi KY. Factors related to self-rated health in adolescents: findings from the Korea youth panel survey. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2014;31(3):39-50.  
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2014.31.3.39>
19. National Youth Policy Institute. Korean children & youth panel survey user guide. Sejong: National youth policy institute; 2017. p. 1-110.
20. World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Sydney: Health Communications Australia; 2000. p. 1-55.
21. Huh MY. A study for the development and validation of an inventory for parenting behavior perceived by adolescent. *Korea Journal of Youth Counseling*. 2004;12(2):170-189.
22. Min BS. The effects of educational adaptation and self-conceptualization on academic performance [master's thesis]. Seoul: Hongik University; 1991. p.1-58.
23. Carolina Population Center. ADD Health [Internet]. Carolina: Carolina population center; 2009 [cited 2018 May 1]. Available from: <http://cpu.unc.edu/projects/addhealth>.
24. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;70:349-361.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.2.349>
25. Yoo SK, Sim HY. Psychological protective factors in resilient adolescents in Korea. *Education Psychology Study*. 2002;16(4):189-206. <https://doi.org/10.1037/e350302004-001>
26. Park JI, Park CU, Park HJ, Seo YS. Collection of Korean child well-being index and its international comparison with other OECD countries. *Journal of Korean Sociology*. 2010;44(2):121-154.
27. An JS, Kim HJ. A study on the determinants of children and adolescents' health inequality in Korea. *Studies on Korean Youth*. 2013;24(2):205-231.
28. Kim HH. School context, friendship ties and adolescent mental health: a multilevel analysis of the Korean youth panel survey. *Social Science & Medicine*. 2015;145:209-216.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.002>
29. Valkenburg PM, Peter J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*. 2011;48(2):121-127.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.020>