

보호종료아동의 주관적 건강에 영향을 미치는 요인

이정애*

본 연구는 보호종료아동의 주관적 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구의 목적은 주관적 건강과 관련된 요인들을 분석하고자 하며, 주요 변수들 관계를 연구모형으로 설정하여 검증하였다. 분석을 위해 2016년 한국보건복지인력개발원 아동자립지원단(현, 아동권리보장원)에서 조사한 자료를 제공 받아 통계분석에 활용하였다. 주관적 건강에 영향을 미치는 변인은 심리사회적 수준과 사회경제 및 가족수준으로 나누어 분석하였다. 회귀분석을 통해 검증한 결과, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 삶의 만족도, 우울불안, 행복감, 주거만족도로 나타났다. 이러한 연구결과를 바탕으로 보호종료아동의 건강에 관한 사회복지 정책적·실천적 함의를 제안하였다.

주제어 : 가정외보호, 보호종료아동, 주관적 건강, 건강인식

1. 서론

우리나라는 빈곤, 학대, 이혼 등의 이유로 가족과 분리되는 보호대상아동이 발생하고 있으며, 연간 4~5천명이 발생되고 있다(통계청,

* 제1저자 및 교신저자, 아동권리보장원 아동정책평가센터 과장.

2019). 대부분의 보호대상아동은 부모와 분리되어 국가에서 지원하는 시설·그룹홈·가정위탁을 통해 성장하게 된다.

국가는 아동의 건강과 행복한 안전을 보장하고, 행복한 삶을 살아갈 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 아동청소년이 건강하게 성장하고 발달할 수 있도록 경제적·사회적·정서적으로 충분한 지원을 제공해야 한다(한국보건복지인력개발원 2017). 그러나 가정외보호 체계에서 성장한 아동·청소년은 만18세가 되며 보호체계를 벗어나 자립을 하게 된다. 현재 아동복지법상 만18세는 보호가 종료되는 시점이며, 사회에 나가야 한다. 보호종료아동은 원가정과 분리를 경험하고, 만18세가 되면 또 다시 새로운 환경인 사회에 적응해야 하는 과제에 직면한다. 이들은 부모라는 보호막이 없기 때문에 별다른 안전망 없이 바로 세상에 노출된다(정익중 2007). 매년 약 2,600여 명의 아동이 아동복지시설이나 위탁가정을 떠나 성인으로서의 자립생활을 시작한다. 준비되지 않은 보호종료와 퇴소는 보호종료아동을 학업중단, 실업, 노숙, 사회부적응 등 각종 사회적 위협에 노출시키게 된다(이상정 외 2020).

건강은 모든 국민이 마땅히 누려야 할 기본적인 권리이며, 모든 청소년은 건강한 성장을 위해 안정적인 환경에서 자라야 한다. 건강은 누구나 누려야 하는 기본적인 인권이자, 삶의 만족에 기본이 되는 중요한 요소로 볼 수 있다. 청소년기의 건강은 전생애 발달과정에서 성인기 건강까지 지속되기 때문에 중요한 요인으로 보아야 한다.

건강은 개인적인 속성인 동시에 사회적으로 결정되기도 하기 때문에 모든 사람들이 건강에 있어서 평등하다고 보기 어렵다(이진희 2016). 일반적으로 건강은 유전적으로 타고나 개인의 노력이 건강을 결정하는 가장 큰 요인이라고 보는 경향이 있지만, 건강은 물리적 환경이나 제도적 지원에 의해서도 큰 영향을 받게 된다. 최근 연구에서는 사회경제적인 요인, 사회적 자본 요인 등 환경적인 요인이 건강에

큰 영향을 미친다는 인식이 확산되고 있다(고수정 2010). 특히, 청소년기의 건강은 삶의 만족 뿐 아니라 신체적·정신적·사회적 발달과도 깊은 관련이 있다(박성준, 2018). 청소년기의 건강관리는 부모가 많은 역할을 하지만, 서서히 건강관리 주체가 자신에게 이행되는 과도기적 시기로 부분적 자기결정권을 갖는 시기이기 때문에 더욱 중요하다(Srof & Velsor-Friedrich 2006).

청소년기는 신체적, 정신적인 성장이 이루어지는 시기로 건강에 대한 인식이 생기고 영양, 신체활동 등과 같은 생활양식이 형성되는 매우 중요한 시기이다. 이때 형성된 건강에 대한 인식은 성인기까지 지속되는 것으로 나타나기 때문에 더욱 중요하다고 볼 수 있다. 청소년의 건강과 관련되어서는 많은 선행연구들이 있다(고수정 2010; 김대환 2013; 박해미 2017; 최경원 2014). 신체적인 건강에 중점을 두면서 청소년의 신체적 건강의 중요성과 프로그램 효과성을 검증한 연구(박해미 2017), 청소년의 정신건강 요인에 대해서 분석한 연구(김대환 2013), 개인의 건강 수준이 객관적인 임상 검사를 통해서 측정할 수도 있지만, 자신이 스스로 평가하는 주관적 건강인식을 통해서도 예측할 수 있기에 청소년의 주관적 건강인식과 관련된 연구(최경원 2014) 등이 있다. 특히, 건강은 사회계층간에 큰 차이가 존재하고, 개인적 요인 뿐 아니라 사회구조적·사회경제적인 요인이 건강에 영향을 미치고 있다고 보고하고 있다(이정애·정익중 2020). 사회생태이론에서는 건강결정요인이 개인적 요인 뿐 아니라 사회경제적 환경과 같은 외적요인 영향을 미친다고 설명하고 있다(윤희상 2008; 정상혁·윤희상 2006; Eddy, Donahue, Webster & Bjornstad 2002).

유전적인 개인의 특성이 건강을 결정하기도 하지만, 건강증진의 동기가 되는 물리적 환경이나 지원 등에 의해 건강이 향상되기도 한다. 반대로 위해한 환경이나 타인에 비해 사회적 지원을 제약받는 경우

상대적으로 위험한 건강상태를 보일 수 있다(이진희 2016). 보호종료 아동은 퇴소 후에 공식적인 사회지원체계로부터 멀어지기 때문에 일반가정 청소년과는 다른 차원의 계획적인 지원과 원조가 필요하다(이정애 2018). 혼자서 인생을 책임져야 하기 때문에 건강을 돌볼 겨를도 부족하고, 신체적인 건강을 유지하기 위한 규칙적인 식사도 어려우며, 정신적인 건강을 돌보기 위한 내적·외적 자원도 부족할 수밖에 없다. 따라서 가정외보호 청소년은 일반가정 청소년과는 다른 차원의 계획적이고, 체계적이며 지속적인 건강관리와 사회지원이 필요하다고 볼 수 있다(신혜령·김성경·안혜영 2003; 오정수·정익중 2017; 이정애 2018).

보호종료아동의 건강을 지원하기 위해서는 선행연구들이 있어야 하지만, 건강관련 연구는 미비하였다. 보호종료아동의 건강을 중점 주제로 한 양적연구는 없었고, 건강관련 경험에 관한 질적연구(이정애, 정익중 2020)가 있다. 본 연구는 보호종료아동의 건강을 지원하기 위해 주관적 건강인식으로 분석하였다. 건강을 측정하는 경우, 객관적 지표를 활용하기도 하지만 신체적·정신적·사회적 측면에서 건강을 종합적으로 판단하기 위해 주관적 건강상태 문항을 활용하기도 한다(박성준 2018). 주관적 건강상태 문항은 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 측정하는 척도로, 개인의 건강 전반을 평가할 수 있다는 점에서 보편적으로 사용되고 있는 문항이다(Latham & Peek 2012; 박성준, 2018 재인용).

따라서 본 연구에서는 보호종료아동의 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 이를 위해 한국보건복지인력개발원에서 수집한 보호종결아동 실태조사 및 욕구조사 데이터를 분석하여 보호종료아동의 건강에 대해서 구체적으로 설명하고자 하였다. 본 연구를 통해 보호종료아동의 건강한 성인기의 삶을 영위하기 위한 실천적·정책적 함의를

제공하고자 한다.

본 연구문제는 다음과 같다.

보호종료아동의 건강에 영향을 미치는 요인은 어떠한가?

보호종료아동의 삶의 만족, 자아존중감, 우울불안, 행복감, 자립생활기술, 주거만족, 원가족만족 요인이 주관적 건강상태에 영향을 미치는가?

2. 이론적 배경

1) 보호종료아동의 개념 및 실태

아동복지법 제16조 1항에 따르면, 보호대상아동은 만18세에 도달하여 보호 목적이 달성되었다고 인정되면 아동의 보호 조치를 종료하거나 해당시설에서 퇴소해야 한다. 대학진학, 취업준비 등의 이유로 보호기간을 연장할 수 있으나 대부분 성인이 되면 시설을 퇴소해야만 한다. 보호대상아동은 특별한 사유가 없는 이상 자립능력과 상관없이 보호의 울타리에서 벗어나 독립된 사회구성원으로 살아가야 한다(이정애 2018). 최근 5년동안 보호종료된 아동의 수는 12,902명이다. 2020년 기준으로 전체 보호종료아동 수는 2,368명이었으며, 가정위탁 1,373명, 아동양육시설 827명, 공동생활가정 168명 순이었다(아동권리보장원 2020).

보호종료아동 자립지원에 관한 법적근거는 아동복지법에 명시되어 있다. 아동복지법 시행령 제38조에서는 국가와 지방자치단체는 보호

대상아동의 위탁보호종결 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원하기 위해 자립에 필요한 주거, 생활, 교육, 취업 등의 지원과 자립에 필요한 자산의 형성과 관리지원, 자립에 관한 실태조사와 연구, 사후관리체계 규정 등을 규정하고 있다. 정부에서는 보호종료아동의 자립지원과 증진을 위해 관련 법률 및 제도를 마련하고 있으나, 보호종료아동은 여전히 자립의 과정에서 많은 어려움을 겪고 있다(김형모 2022).

보호종료 이후 자립지원제도는 크게 소득지원과 주거지원, 교육지원, 취업지원으로 나눌 수 있다. 소득지원에는 디딤씨앗통장(CDA), 자립정착금, 자립수당이 있다. 디딤씨앗통장(CDA)은 저소득층 아동의 사회진출시 학자금, 취업, 주거마련 등에 소요되는 초기비용 마련을 위한 자산형성을 지원하는 목적으로 시작되었으며, 아동이 후원자 또는 보호자의 도움 등으로 적립시 국가(지자체)가 월 5만원 내에서 1:1 매칭을 지원하고 있다. 자립정착금은 만18세 이후 보호가 종료된 아동복지시설 및 가정위탁 보호종료아동 모두를 대상으로 지자체에 판단 하에 자립정착금 지급이 가능하다. 그러나 지자체별로 상이하게 지급되는 경향이 있다. 자립수당은 아동복지시설이나 가정위탁 대상자가 만 18세 이후 보호가 종료되면 보호종료 5년 후까지 매월 30만 원을 지원하는 제도로 보호종료 후 경제적 부담을 완화하고 안정적인 사회정착 및 복지향상을 위해 2019년부터 신설된 제도이다.

주거지원은 보호종료아동 주거지원 통합서비스, LH건설임대주택 지원, 청년 전세임대주택지원, 소년소녀가정 등 전세임대주택지원, 청년 매입임대주택지원, 공동생활가정(그룹홈) 입주지원, 자립지원시설(자립생활관) 등이 있다. 교육지원으로는 시도별 대학입학금 지원과 국가장학금이 있다. 취업지원은 취업성공패키지, 청년구직활동지원금 등이 있다. 이러한 많은 지원이 있음에도 불구하고 보호종료아동은 여

전히 경제적 어려움, 심리적 어려움, 생활영역의 어려움 등을 겪는 것으로 나타났다(정진희 2021). 보호종료아동은 생활비나 주거비 등 경제적 어려움이 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 특히 자립과정에서 심리적인 부담감과 다양한 생활 속 문제들을 경험하게 된다(이정애 2018). 이들은 막연한 미래에 대한 불안함과 혼자됨이라는 근본적인 외로움을 경험한다(이정애 외 2019). 보호종료아동의 자립생활기술은 자립생활에 필수적으로 요구되는 핵심적인 기술을 의미하는데, 기본적인 생활기술을 습득하는 것으로 일상생활기술, 자기보호기술, 대인관계기술, 사회적기술 등을 포함하는 개념으로 보호종료아동이 자립을 준비하기 위한 척도에 포함되어 있다(김지선 외 2018). 아동보호체계 퇴소전에 자립생활기술을 준비하고 있지만, 여전히 이들에게 자립은 큰 부담감으로 다가오는 것이 사실이다.

2) 보호종료아동의 주관적 건강

건강이란 질병이 없는 상태를 말하기도 하지만, 신체적·정신적·사회적으로 안녕한 상태를 의미하기도 한다. 건강은 상당히 포괄적인 개념이기 때문에 객관적인 지표로 건강을 측정하기도 하지만, 주관적인 건강상태를 통해 측정하기도 한다. 주관적 건강상태는 주관적 웰빙의 총체적인 인지평가 방법으로 자신이 직접 건강정도를 주관적으로 평가하는 지표이다. 청소년의 경우 이것은 그들의 신체적 건강상태 및 사회환경적 요인, 정서적 요인에 영향을 받는 요소로서 개인의 건강상태를 평가하는 중요한 예측자료로 활용이 가능하다(이진화 외 2021). 주관적 건강상태 문항은 자신의 건강에 대해 본인이 직접 주관적인 평가를 측정하는 척도로서 개인의 건강 전반을 평가할 수 있다는 점에

서 보편적으로 사용되고 있다(박성준 2018).

가정외보호 체계에서 성장한 아동청소년들은 어린시절 부모와의 이별을 경험하고, 만18세가 되면 아동복지법 제16조에 의하여 시설퇴소를 하게 된다. 만18세라는 나이에 세상에 홀로서기를 한다는 것은 결코 쉬운일이 아니다. 특히, 지원체계가 부족한 이들에게는 더욱 취약할 수 밖에 없다. 이들은 반복되는 관계의 불연속성 속에서 불안정한 생활을 하게 된다(정익중·장혜림·이정애·강지연 2015).

보호종결아동 자립실태 및 욕구조사에 따르면, 이들은 경제적으로 어려움이 있고, 주거가 불안정하며, 건강에 신경을 쓰지 못하는 것으로 나타났다(한국보건복지인력개발원 2017; 신혜령 외 2008). 보호종료아동들은 자립 후에 병원비가 걱정되어 몸이 아파도 참는 경우가 있으며, 실제로 병원비가 부족해서 큰 수술을 타인의 도움을 받아서 해야 하는 일도 있었다(이정애 2018). 특히, 소득의 불안정으로 건강보험료가 미납되어 병원진료를 원활하게 받지 못하는 경우도 있었다(장혜림·정익중 2017). 이들은 불규칙한 식사와 일상생활로 건강을 챙길 여력이 없는 삶을 살아가며, 대부분 편의점 음식이나 인스턴트 식품 등으로 식사를 해결하는 경우가 많았다(이정애·정익중 2020).

가정외보호 퇴소청소년의 건강한 자립에는 다양한 체계가 영향을 미치는데(이정애 2018), 모든 것을 혼자 해결해야 하는 막막함은 이들의 생활을 더 어렵게 하기도 한다. 특히, 주거는 건강한 자립의 핵심요인 중 하나이다. 주거지 마련의 어려움과 사회적 인식으로 인한 우울 등의 상황을 복합적으로 경험하게 된다(장정은·전종설 2018). 개인적 요인 중 심리사회요인도 큰 영향을 미치지만, 이들에게 자립생활기술은 자립생활에 필수적으로 요구되는 핵심기술(황정화·박수지 2017)로 이들의 자립을 평가하는 중요한 도구로 사용되고 있다(신혜령·한지은·백지은·김진희 2006; 김지선·이정애·김보옥·정익중 2018). 자립

생활기술은 성공적인 자립과 건강한 삶을 영위하기 위해 다양한 자원을 활용하기 위해 필요한 기술을 말한다.

또한, 환경적 요인에서 원가족은 이들의 삶에 중요한 영향을 미치게 되는데, 혈연관계인 원가족은 이들에게 긍정적으로 작용하기도 하고, 부정적으로 작용을 하게 되는 등 양가감정을 해결해야 하는 존재로 볼 수 있다(김수정·김지선·정익중 2017). 이는 일반청소년이라면 겪지 않아도 될 감정이며, 이들의 삶에 복합적인 감정이 섞인 영역으로 볼 수 있다. 아동종합실태조사(2018)에 따르면, 우리나라 아동청소년의 관계적 결핍(여가, 친구, 가족과의 활동 등)이 높은 수준으로 나타났다(한국보건사회연구원 2018). 친구와 가족과의 관계가 부족한 가정외보호 청소년의 관계적 결핍은 더욱 클 것이다. 특히, 위기상황인 코로나 19 시대에서 관계가 제한적인 만큼 이들의 신체적·정신적 건강은 일반 청소년에 비해 더 취약할 수밖에 없다.

많은 선행연구에서 가정외보호 퇴소청소년들의 개인요인·가족요인·환경요인 등의 요소가 이들의 삶과 건강에 직접적인 영향을 미치고 있다고 밝히고 있다(이정애·정익중 2020). 특히, 이들의 삶에 직접적으로 영향을 미치는 경제적인 요소(소득 및 주거포함), 심리적인 요소 등이 크게 영향을 미친다고 보고하고 있다(신혜령 외 2008). 그중에서 가정외보호 퇴소청소년들의 자아존중감과 우울불안은 건강한 삶을 영위하는데 핵심적인 요소이다(이정애 2018). 취약계층 아동통합서비스 지원 및 자립지원에서 보호대상아동에게 필요한 심리지원서비스·주거·생활 등 관리체계를 구축하여 지원(아동복지법 제38조)하고 있지만, 실제적인 건강한 삶을 위해서는 부족한 것이 사실이다.

이처럼 부모와 분리되어 시설에서 성장하고, 만18세 이후 자립하여 건강한 삶을 살기 위해 이들에게 어떠한 요인이 영향을 미치는지 파악하여 지원방안을 고민하는 것은 반드시 필요하다. 청소년기의 건강

은 성인기와 연결되며, 보호종료아동의 건강은 자립과도 직접적인 연관이 있다. 가정외보호 체계에서 성장한 아동들은 일반 청소년들에 비해 최상의 건강상태를 위한 공평한 환경을 제공받기가 어렵다(이정애·정익중 2020). 그렇기 때문에 이들의 건강을 위한 지원이 더욱 필요하다. 이들의 건강한 미래를 위해서 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하여 개별화된 지원을 하는 것이 필요할 것이다.

3) 청소년기 건강의 영향요인

건강이란 정신적으로나 육체적으로 아무 탈이 없고 튼튼한 상태를 의미한다(네이버 어학사전, 2020). 세계보건기구(WHO)는 “건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 것만 말하는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것”이라고 정의하고 있다. 과거에는 건강이란 개인적으로 정상적인 생활을 영위하는 신체 상태를 말하였으나, 오늘날에는 개인이 사회생활에 의존하는 경향이 커짐에 따라 사회적인 건강도 포함된다(두산백과 2020). 일반적으로 건강하다는 것은 신체적 건강, 정신적인 건강, 사회적 건강을 구분하여 평가하게 된다. Winslow CEA(1920)는 100년 전부터 건강은 육체·정신과 연관이 있으며, 내적·외적 여러 요소, 선천적·후천적, 개인적인 것과 집단적인 것, 사회적인 것과 공적인 것, 환경 등의 사회적 요인 등이 결집된 산물로 보았다.

우리나라는 과거에 비해 물질적으로 풍요해진 아동청소년의 삶이지만, 삶의 만족도는 OECD 최하위 수준이다(보건사회연구원, 2018; 보건복지부 2020). 특히, 우울감과 스트레스 등으로 인해 마음 건강의 위험이 증가하고 있다. 청소년 건강행태 조사(2018)에 따르면, 청소년의

우울감 경험률이 27.1%에 달하는 것으로 나타났다. 우울불안은 매일의 삶을 살아가는 방식인 건강증진 생활양식과 지각된 건강상태에 직접적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(김연선·이선영 2009). 또한 청소년의 건강에 영향을 미치는 심리사회수준에서 대표적인 내적 자원인 자아존중감은 정신건강에 직접적인 영향을 미치는 것으로 많은 연구들을 통해 나타났다(이창호 2005; 서혜석 2006; 심영미·박미혜 2010).

건강결정요인은 개인의 내적요인으로만 보기에 한계가 존재한다. 건강은 다양한 내적·외적요인에 의해 개인의 건강상태를 좌우하게 된다. 사회생태이론은 인간과 환경사이의 관계를 강조하는 이론으로, 개인적 요인뿐 아니라 환경·사회적 요인이 건강수준에 큰 영향을 미친다고 말한다(이진희, 2016). 특히, 이 이론은 건강증진과 건강관리문제 취약계층의 건강불균형과 관련된 논점을 가장 잘 이해할 수 있는 접근법으로 인정받고 있다(윤희상 2008; 정상혁·윤희상 2006; Eddy, Donahue, Webster & Bjornstad 2002). 사회생태적 관점에서 건강수준의 향상은 개인의 노력 뿐 아니라 사회적 관계 개선이 필요하며, 공공정책이 그러한 선택을 지원할 때 더욱 효과적이다(Duhl 1986).

인간의 발달에서 건강은 주요한 지표로써, 외적요인의 대표적인 지표라고 볼 수 있다. 또한 인간이 많은 시간을 보내는 물리적 공간인 주거는 편안함과 같은 심리적 건강의 중요한 자원으로 밝혀져 있다(Dunn R. 2000). 현대사회에서 주거는 물리적·사회적·경제적 가치로 영향을 미치게 되고(Shaw et al., 2004), 쾌적한 주거생활은 삶의 만족도를 향상시키고, 낮은 주거만족도는 정신적 건강에 큰 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(박금령·최병호 2019).

건강을 측정할 때 객관적인 지표를 사용하기도 하지만, 주관적 건강상태에 관한 문항을 많이 활용한다(박성준 2018). 주관적 건강인식문

항은 자신의 건강상태에 대해서 주관적인 평가를 하는 측정도구로, 개인의 건강 전반을 평가한다는 점에서 보편적으로 사용되고 있는 문항이다(Latham & Peek 2012). 자기 보고식의 건강평가가 객관적이 지표보다 측정의 용이성과 타당성을 확보한 도구로 알려져 있다(Boardman 2006). 특히, 청소년 시기는 대체적으로 자신이 건강하다고 인지(송찬희 2002)하고 있기 때문에 주관적 건강인식을 살펴보는 것이 더 의미가 있을 것으로 보인다.

청소년기의 건강은 삶의 만족 뿐 아니라 신체적·정신적·사회적 발달과도 깊은 관련이 있다(박성준 2018). 청소년기는 건강관리의 주체가 부모에서 자신에게 이행되는 과도기적 시기로 부분적 자기결정권을 갖는 시기이다(Srof & Velsor-Friedrich 2006). 따라서 청소년기의 건강은 성인기까지 영향을 미치기 때문에 중요한 의미를 지닌다고 볼 수 있다.

3. 연구방법

1) 자료분석

본 연구의 설문조사는 보건복지인력개발원 아동자립지원단(현, 아동권리보장원)에서 조사한 자료를 제공 받아 데이터를 활용하였다. 본 자료는 종결 후 5년 이내의 아동복지시설 및 가정위탁 종결아동 1,221명을 조사하였고, 조사기간은 2016년 8월 11일부터 10월 10일까지이다. 회수된 자료를 바탕으로 조사대상에 해당되는 2016년 실태조사 설문지 데이터를 통계분석에 활용하였다.

본 연구에서는 연구문제에 대한 분석을 위해 SPSS를 활용하였다. 주

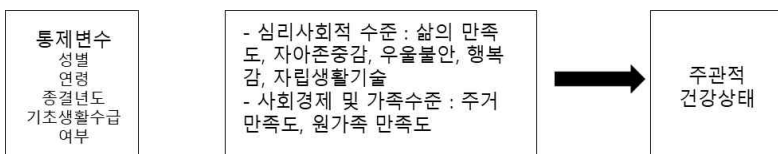
요변수에 대한 기술통계 및 상관관계 분석과 연구모형을 분석하였다.

첫째, 주요변수의 기술통계치를 확인하기 위해 기술통계분석과 빈도분석을 실시하였다.

둘째, 연구모형을 구성하는 주요변인들 간의 관련성을 확인하기 위하여 상관관계분석과 다중공선성을 검토하였다.

셋째, 모형검증을 위해 회귀분석을 활용하여 분석하였다.

본 연구의 연구모형은 다음과 같다.



[그림 1] 연구모형

2) 측정도구

(1) 종속변수

본 연구에서는 건강과 관련한 결정요인을 파악하기 위해 주관적 건강상태 인식을 종속변수로 사용하였다. 자신의 건강상태에 대한 생각을 측정하는 문항으로 '매우 건강하지 못하다'에서 '매우 건강하다'의 4점 척도로 측정되었다. 따라서 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 높은 것을 의미한다.

(2) 독립변수

조사대상자들의 건강에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 독립변수는 크게 2개 수준으로 나누고자 한다. 심리사회적 수준은 삶의 만족도, 자아존중감, 우울불안, 행복감, 자립생활기술로 측정한다. 사회경제 및 가족 수준은 주거만족도, 원가족관계 만족도로 측정하였다.

심리사회적 수준에서 삶의 만족도는 자신의 현재 삶의 수준을 측정하는 문항으로 세계보건기구(WHO)기준 삶의 만족도 척도이며, '낮은 삶의 수준'에서 '높은 삶의 수준'의 10점 척도로 측정되었다. 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다.

자아존중감은 로젠버그 자아존중감 척도(Rosenberg Self-Esteem, RSE)를 바탕으로(Rosenberg 1965)으로 한국청소년정책연구원에서 수정하여 사용한 청소년 패널 데이터의 문항을 사용하였다. 나는 나 자신이 좋은 성품을 가진 사람이라고 생각한다, '나는 나 자신이 능력이 있는 사람이라고 생각한다', '나는 나 자신이 가치 있는 사람이라고 생각한다' 등 총 6개의 문항으로 이루어져 있으며 5점 척도(전혀 그렇지 않다, 그렇지 않은 편이다, 보통이다, 그런 편이다, 매우 그렇다)로 측정하였다. 점수가 높을수록 자존감이 높은 것을 의미한다. 척도의 신뢰도 Cronbach α 는 .786으로 나타났다.

행복감은 2013년 한국아동종합실태조사의 문항이며, '나는 행복하다', '나는 대체로 기분이 좋다' 등 총 6개의 문항으로 이루어져 있으며 4점척도(전혀그렇지 않다, 그렇지 않다, 그렇다, 매우 그렇다)로 측정하였다.

우울불안은 데이터와 보고서에서 5개 문항으로 묶어서 사용하고 있으며, '나는 때때로 아무런 이유없이 무척 불안할 때가 있다', '나는 때때로 아무런 이유없이 무척 외로울 때가 있다' 등 5점척도(전혀그렇지

않다, 그렇지 않다, 보통이다, 그렇다, 매우 그렇다)로 측정하였다. 출처는 청소년정책연구원에서 개발하여 구축한 청소년 패널 데이터의 문항을 사용하였다(보호종결아동 자립실태 및 욕구조사 보고서 2016). 본 척도의 신뢰도 값 Cronbach α 는 .825로 나타났다.

자립생활기술은 요보호아동의 독립생활준비정도를 측정하는데 사용되어 온 Casey Family Programs(2001, 2004)의 ACLSA(자립 및 독립생활기술척도; Self Sufficiency and Life Skill for Independent Living)척도를 신혜령 외(2006)가 수정·보완하여 국내시설 청소년용으로 개발한 자립지원프로그램 수행지표를 활용하였다. 자립생활기술 척도는 6개 하위 영역으로 일상생활기술, 자기보호기술, 돈 관리기술, 주거 및 지역사회 자원활용기술, 사회적 관계기술, 직장생활기술로 구성되어있다. 영역별로 4문항씩 총 24개 문항으로 구성되어 있다. 4점 척도로(전혀 그렇지 않다, 그렇지 않다, 그렇다, 매우 그렇다) 측정하였다. 점수가 높을수록 자립생활기술정도가 높은 것을 의미한다. 척도의 신뢰도 Cronbach α 는 .933으로 나타났다.

사회경제 및 가족수준에서 주거만족도는 전반적인 주거만족도를 측정하는 문항으로 '매우 불만족'에서 '매우 만족'으로 5점 척도로 측정되었다. 따라서 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미한다. 원가족 만족도는 현재 가족과의 관계에 만족도를 측정하는 문항으로 '매우 불만족'에서 '매우 만족'으로 4점 척도로 측정되었다. 따라서 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미한다.

(3) 통제변수

본 연구에서 통제변수는 성별, 연령, 종결년도, 기초생활 수급여부를 투입한다. 성별의 경우, 남자를 1, 여자를 0으로 코딩하였다. 연령

은 18세 미만, 19세-23세, 24세 이상로 나누어 코딩하였다. 가정외보호 종결년도는 2012년~2016년으로 나누어 투여하였다. 기초생활 수급여부는 예를 1, 아니오를 0으로 코딩하였다.

4. 연구결과

1) 일반적 특성 및 주관적 건강상태의 차이

본 연구는 아동복지시설과 가정위탁 종결아동 총 1,221명을 대상으로 인구사회학적 특성은 [표 1]과 같다.

성별은 남자 639명(52.3%), 여자 582명(47.7%)로 나타났다. 연령은 18세 미만, 퇴소 후 1-5년, 그 이상의 범주로 나누었고, '18세 미만' 77명(6.3%), '19세-23세' 967명(79.2%), '24세 이상' 177명(14.5%)으로 '19세-23세'가 가장 많았다. 보호유형은 아동양육시설 1048명(85.8%), 그룹홈 87명(7.1%), 가정위탁 86명(7%)로 아동양육시설이 가장 많았다. 교육수준은 '중학교 이하' 2명(0.2%), '고등학교' 584명(47.8%), '전문대' 379명(31%), '4년제 대학교' 248명(20.3%), '대학원' 8명(0.7%)으로 고등학교 졸업이 가장 많았다. 종결사유는 만기퇴소 780명(63.9%), 연장보호 441명(36.1%)로 나타났다. 종결년도는 2012년 180명(14.7%), 2013년 192명(15.7%), 2014년 222명(18.2%), 2015년 279명(22.9%), 2016년 340명(27.8%), 기타 8명(0.7%)으로 나타났다.

연구대상자들의 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태의 평균 차이를 살펴보기 위해 t-test와 ANOVA 분석을 하였다. 그 결과, 성별, 보호유형, 종결년도에서 주관적 건강상태의 차이가 있는 것으로 확인되었다.

[표 1] 연구대상자의 인구사회학적 특성 및 주관적 건강상태의 차이

(N=1,221)

항목	구분	빈도(명)	백분율(%)	t/F
성별	남자	639	52.3	3.639***
	여자	582	47.7	
나이	18세 미만	77	6.3	.589
	19세-23세	967	79.2	
	24세 이상	177	14.5	
보호유형	아동양육시설	1048	85.8	5.488**
	그룹홈	87	7.1	
	가정위탁	86	7.0	
교육 수준	중학교이하	2	0.2	.290
	고등학교	584	47.8	
	전문대(2,3년제)	379	31.0	
	대학교(4년제)	248	20.3	
	대학원(석박사)	8	0.7	
종결사유	만기퇴소	780	63.9	.004
	연장보호	441	36.1	
종결년도	2012년	180	14.7	3.649**
	2013년	192	15.7	
	2014년	222	18.2	
	2015년	279	22.9	
	2016년	340	27.8	
	기타	8	0.7	

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

2) 주요변수 간 상관관계

본 연구 모형 검증에 변수들 간의 상관관계를 분석하였으며, 그 결과는 [표 2]와 같다.

주거만족도는 삶의 만족도($r=.272, p<.01$), 자아존중감($r=.223, p<.01$), 우울불안($r=-.170, p<.01$), 행복감($r=.307, p<.01$), 자립생활기술($r=.253, p<.01$), 원가족만족도($r=.235, p<.01$), 주관적 건강상태($r=.205, p<.01$)의 상관관계를 보였다.

삶의 만족도는 자아존중감($r=.462, p<.01$), 우울불안($r=-.351, p<.01$), 행복감($r=.584, p<.01$), 자립생활기술($r=.303, p<.01$), 원가족만족도($r=.210, p<.01$), 주관적 건강상태($r=.288, p<.01$)의 상관관계를 보였다.

자아존중감은 우울불안($r=-.496, p<.01$), 행복감($r=.647, p<.01$), 자립생활기술($r=.426, p<.01$), 원가족만족도($r=.207, p<.01$), 주관적 건강상태($r=.240, p<.01$)의 상관관계를 보였다. 우울불안은 행복감($r=-.544, p<.01$), 자립생활기술($r=-.221, p<.01$), 원가족만족도($r=-.189, p<.01$), 주관적 건강상태($r=-.281, p<.01$)의 상관관계를 보였다.

행복감은 자립생활기술($r=.384, p<.01$), 원가족만족도($r=.243, p<.01$), 주관적 건강상태($r=.336, p<.01$)의 상관관계를 보였다.

자립생활기술은 원가족만족도($r=.134, p<.01$), 주관적 건강상태($r=.198, p<.01$)의 상관관계를 보였다. 원가족만족도는 주관적 건강상태($r=.086, p<.05$)의 정적인 상관관계를 보였다. VIF는 모두 2.0이하로 나타나 다중공선성의 문제는 없었다.

[표 2] 주요 변수의 상관관계

	주거 만족도	삶의 만족도	자아 존중감	우울 불안	행복 감	자립생활 기술	원가족 만족도	주관적 건강상태
주거 만족도	1							
삶의 만족도	.272**	1						
자아존중감	.223**	.462**	1					
우울불안	-.170*	-.351*	-.496**	1				
행복감	.307**	.584**	.647**	-.544**	1			
자립생활기술	.253**	.303**	.426**	-.221**	.384**	1		
원가족만족도	.235**	.210**	.207**	-.189**	.243**	.134**	1	
주관적 건강상태	.205**	.288**	.240**	-.281**	.336**	.198**	.086*	1

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

3) 회귀분석 결과

보호종료아동의 주관적 건강상태에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 회귀분석을 실시한 결과는 [표 3]과 같다.

성별, 연령, 종결년도, 기초생활 수급여부를 통제하였으며, 독립변수로 삶의 만족도, 자아존중감, 우울불안, 행복감, 자립생활기술, 주거만족도, 원가족 만족도를 투입하였고, 주관적 건강상태를 종속변수로 하여 단순회귀분석을 실시하였다.

분석결과, 회귀모형은 14.7%로 설명하며, 이는 $p < .001$ 수준에서 유의미하였다. 주거 만족도는 주관적 건강상태 인식에 유의미하게($\beta = .074, p < .01$) 영향을 미치고 있으며, 주거 만족도가 높을수록 주관적

건강상태가 높다고 해석할 수 있다. 삶의 만족도는 주관적 건강상태 인식에 유의미하게($\beta=.098, p<.05$) 영향을 미치고 있으며, 삶의 만족도가 높을수록 주관적 건강상태가 높다고 해석할 수 있다. 우울불안은 주관적 건강상태에 유의미하게($\beta=-.146, p<.001$) 영향을 미치고 있으며, 우울불안이 낮을수록 주관적 건강상태가 높다고 해석할 수 있다. 행복감은 주관적 건강상태에 유의미하게($\beta=.139, p<.01$) 영향을 미치고 있으며, 행복감이 높을수록 주관적 건강상태가 높다고 해석할 수 있다.

[표 3] 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

변수	주관적 건강상태		
	b(SE)	β	t
성별	.114(.037)	.099	3.113**
연령	-.006(.011)	-.023	-.573
종결년도	.029(.017)	.072	1.780
기초생활 수급여부	-.042(.042)	-.033	-.999
주거 만족도	.044(.021)	.074	2.153*
삶의 만족도	.026(.010)	.098	2.471*
자아존중감	-.029(.050)	-.026	-.577
우울불안	-.095(.026)	-.146	-3.707***
행복감	.168(.058)	.139	2.877**
자립생활기술	.083(.050)	.059	1.657
원가족 만족도	-.011(.024)	-.015	-.448
수정된R ²	.147		
R ²	.136		
F	13.490***		

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

5. 결론 및 제언

본 연구는 보호종료아동의 주관적 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였다. 이를 위하여 보호종결아동 자립실태 및 욕구조사에 응답한 1,221명을 대상으로 데이터를 분석하였고, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 삶의 만족도, 우울불안, 행복감, 주거만족도로 나타났다. 이러한 연구결과를 바탕으로 실천적·정책적 사회복지 함의를 제언하면 다음과 같다.

첫째, 보호종료아동의 주관적 건강에 영향을 미치는 심리사회적 요인을 향상시킬 수 있는 방법으로 통합사례관리 지원이 필요하다. 자립이라는 이슈로 여러 가지 어려움에 직면해 있기 때문에, 보호종료아동을 종합적으로 지원할 수 있는 통합사례관리 지원이 필요하다. 이들의 건강에는 심리사회적 요인에 속하는 우울불안, 행복감 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 퇴소 후 5년간 아동보호전담요원을 통해 사후관리 서비스를 받고 있지만 긴밀한 사례관리 지원은 현실적으로 어려운 상황이다. 현재 시설에 배치된 자립전담요원의 경우 자립지원 업무 외에도 아동관리 등 기관운영에 필요한 업무에도 투여가 될 뿐만 아니라 사후관리가 5년으로 제한되어 있어서 보호아동의 정서적인 부분까지 상담하고 지속적으로 사례관리 하기에는 역부족이다(도병훈·진혜경 2013; 김지선 외 2018).

현재 보호종료 5년 이내의 모든 아동에게 소득에 상관없이 국가에서 자립수당을 매월 30만원 지급하고 있다. 자립수당은 경제적 부담을 완화하고 안정적으로 사회에 정착할 수 있도록 지원하는 서비스인데, 현금지원 뿐 아니라 사례관리도 함께 지원하여 보호종료아동의 건강한 삶과 안정적인 사회정착을 지원하는 것이 필요하다. 또 다른 방법

으로는 보호가 필요한 아동에 대한 국가책임 강화의 일환으로 지자체마다 아동보호전담요원이 배치되게 되었다. 아동보호전담요원은 민간 중심의 아동보호체계를 전면 개편하여 공공 중심의 아동보호체계를 구축하기 위한 정책으로, 보호대상아동이 발생하면 지자체가 책임져서 아동의 개별적 상황을 고려하여 필요한 지원을 연계하며 사례관리를 진행한다. 아동보호전담요원을 확대하여 보호종료아동 사후관리를 긴밀하게 지원하는 방안도 고려하는 것이 필요할 것이다.

좋은 선례로 현재 시행되고 있는 보호종료아동 주거지원통합서비스는 개인별 맞춤형 사례관리 서비스 제공을 통해 주거부담 완화 및 정서적 지지체계를 지원하고 있다. 지원대상은 보호종료 5년 이내아동 중 LH 매입임대주택 또는 전세임대주택에 거주 중인 사람만 가능하다. 전문 사례관리사를 통해 개별 대상자 특성을 고려한 복지급여 연계 및 자립지원 서비스제공 등 통합사례관리를 지원하고 있다. 이처럼 국가서비스를 지원할 때, 사례관리가 함께 지원되는 것은 매우 좋은 정책이라고 볼 수 있다.

둘째, 보호종료아동의 삶의 만족도와 행복감을 향상할 수 있는 건강과 관련된 실질적인 지원이 필요하다. 식생활은 생존의 욕구와 사회적 욕구 모두에 관여하며, 불규칙적인 식사는 건강관련 삶의 질 저하를 초래하게 된다(김현주 2015). 이를 위해 보호종료아동들의 건강을 위한 실제적인 영양지원서비스가 필요하다. 아동청소년기의 건강은 성인기의 건강상태에 영향을 미치고, 미래의 건강 관련 비용 감소를 위해서는 청소년기의 건강관리가 필요하며, 질병을 예방하기 위해 미리 준비하는 것이 효과적일 것으로 보인다(김세원·김선숙 2012).

현재 정부가 영유아·임산부를 대상으로 시행하고 있는 영양플러스 사업은 식생활을 개선함으로써 개인의 기본적인 욕구를 충족시켜준다. 영양플러스 사업은 취약계층 임산부와 영유아에게 영양적인 보충 식품

을 제공하고 영양교육과 상담을 통해 바람직한 식생활을 영위하도록 돕는 사업으로 보건복지부에서 지원하고 시군구 보건소에서 운영하고 있다. 영양플러스 사업의 만족도는 취약계층 식품지원제도 서비스 중 가장 높은 것으로 나타났으며(이계임·황운재·이동소 2013), 영양교육의 효과도 검증되었다(나영아·박진영·김진영 2016). 본 사업은 임신부와 영유아의 영양지원을 통해 아동·청소년기를 포함하는 평생의 건강이 향상되기를 기대하고 있는 것이다. 이미 검증된 사업을 모델링 하여 영양지원이 필요한 청소년층에게 확대하여 시행하면 좋을 것이다.

식품빈곤, 배고픔, 영양불균형 등의 문제는 사회경제적으로 취약한 계층에서 나타나며, 이는 식품에 대한 유용성, 접근성, 이용성을 포괄하는 식품안정성의 문제로 인식된다(이정애·정익중 2020). 식품안정성은 모든 개인과 국민이 건강한 삶을 영위하기 위하여 충분하고 안전한 양질의 식품을 사회 심리적으로 수용가능한 방법으로 항상 확보하고 있는 상태를 의미한다(Yook et al. 2015). 이를 위해 보호종료아동에 게도 실제적인 식품지원, 영양교육과 상담 등이 제공된다면, 이들의 건강향상과 삶의 만족과 행복감에 큰 도움이 될 것으로 판단된다.

셋째, 보호종료아동의 주관적 건강에 영향을 미치는 요인으로 우울불안과 행복감, 삶의 만족도가 나타났다. 이들은 1인가구인데, 이들에게 우울불안을 낮추면서 행복감과 삶의 만족도를 높일 수 있는 방안을 간구하는 것이 필요하다. 하나의 예로, 1인가구의 특성을 지니고 있는 보호종료아동들의 소셜다이닝과 같은 자유로운 공동체 모임을 제안해보고자 한다. 이러한 공동체는 보호종료아동들에게 심리사회적 지지집단이 될 것이다. 현재 우리나라의 1인가구 비중은 2000년 15.5%에서 2018년에는 29.3%로 거의 2배 가까이 증가 하였다(통계청 2018). 이는 독거노인도 포함되었지만 청년층의 1인가구 비중도 증가하고 있는 추세이다. 보호종료아동들은 1인가구의 삶의 양상과 비슷하

다. 1인가구는 주거나 식사생활 등에서 취약하기 마련이다. 이지유·신애선(2015)의 연구에 따르면 국민건강영양조사를 통해 다인가구에 비해 1인가구의 채소와 과일 등의 영양섭취비율이 낮은 것으로 보고하였다. 실제로 연구참여자들은 1인가구로 요리를 해서 먹는 경우가 거의 없었고, 인스턴트나 편의점 등을 통해 식사를 때우고 혼자 먹는 경우가 빈번하였다. 최근에 유행하고 있는 소셜다이닝은 명칭에서 알 수 있듯이 SNS(소셜네트워크)를 통해 관심사가 비슷한 사람끼리 만나 혼밥이 아닌 같이 식사를 즐기며 시간을 보내고 인간관계를 맺는 것을 말한다. 1인가구가 늘어난 사회에서 자연스럽게 나타난 현상이며, 소셜미디어 시대에 등장한 새로운 소통방식이다. 혼자 식사하기 힘든 1인가구가 모여 인스턴트 음식으로 끼니를 때우는 게 아니라 건강한 식생활과 문화를 위해 함께 모여 식사를 한다. 이는 단순히 음식을 같이 먹고 마시는 개념을 넘어 함께 음식을 만들고 소통을 하는 새로운 공동체 개념이다. 이러한 공동체를 통해 보호종료아동들이 소통을 통한 우울불안 감소, 건강한 식습관을 통한 삶의 만족도 향상 등을 꾀할 수 있을 것이다. 공동체가 물리적으로 함께 지내지는 않지만 원하면 언제든지 함께하거나 떠날 수 있는 자유로운 모임이고, 느슨하지만 끊어지지 않는 커뮤니티를 구성하는 특징을 지닌다. 함께 밥을 먹는다는 것은 사회적 연대와 감정적 메커니즘이 존재한다. 지지집단이 부족한 보호종료아동들에게 적절한 모임이 될 수 있을 것으로 사료된다. 혼밥 시대에 새롭게 떠오른 소셜 다이닝은 1인가구 시대의 새로운 식사공동체의 가능성과 새로운 연대의 토대로 긍정적으로 해석되고 있다(박형신 2017). 이를 통해 ‘소속감’ 속에서 소외되지 않은 자기 자신을 확인하고, 혈연이 아닌 1인가구들이 만들어가는 새로운 사회와 그 안의 공동체를 통해 새로운 ‘식구(食口)’를 찾아갈 수 있도록 모임과 공간을 지원하는 것이 필요하다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 데이터가 2016년 자료라는 것에 한계가 있으나, 이는 외부에 공개된 가장 최근 자료를 이용하였다. 또한, 보호종료아동들의 건강과 관련된 주관적 인식을 측정하여 분석하였으며, 건강이라는 큰 개념을 담기에는 다소 부족한 부분이 있다. 보호종료아동의 건강은 주관적 건강인식 외에도 다양한 차원에서 분석이 필요하다.

그러나 보호종료아동의 건강에 관한 연구가 미비한 가운데 진행되었다는 점에서 의의가 있으며, 향후 이들의 건강한 삶을 영위하기 위한 실천적·정책적 지원방안의 기초자료로 활용이 가능할 것이다.

(2022년 10월 05일 접수, 10월 31일 심사완료, 11월 10일 게재확정)

참고문헌

- 고수정. 2010. “지역별 건강불평등 영향요인.” 『한국지방자치연구』. 12(3). 169-195.
- 김대환. 2013. “청소년의 인터넷중독과 건강행태 및 정신건강 요인.” 『보건교육건강증진학회지』.30(2). 1-10.
- 김세원·김선숙. 2012. “지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향.” 『한국아동복지학』. 39. 127-150.
- 김수정·김지선·정익중. 2017. “가정의보호 퇴소 청소년의 원가족 관계 경험.” 『한국아동복지학』. 58. 1-45.
- 김수정·김지선·정익중. 2017. “가정의보호 퇴소 청소년의 원가족과의 관계 경험” 『한국아동복지학』58. 1-45.
- 김연선·이선영. 2009. “청소년의 우울과 건강증진 생활양식 및 지각된 건강상태와의 연관성.” 『대한치과위생학회』. 11(1). 1-11.
- 김지선·이정애·김보옥·정익중. 2018. “가정의보호 청소년 자립기술평가 척도의 신뢰도와 타당도 검증.” 『청소년복지연구』. 20(2). 45-65.
- 이정애·김시아·김지선·정익중. 2019. “가정의보호 퇴소청소년의 자립에 관한 질적 메타분석.” 『한국아동복지학』. 65. 23-56.
- 나영아·박진영·김진영. 2016. “영양플러스 대상자의 만족도와 식생활 평가에 대한 연구.” 『한국조리학회지』. 22(8). 172-181.
- 도병훈·진혜경. 2013. “아동양육시설 자립지원전담요원의 업무경험에 관한 연구.” 『한국사회복지질적연구』. 7(1). 33-55.
- 박금령·최병호. 2019. “주거 취약계층의 주관적 건강 수준과 삶의 만족도: 최저주거기준 미달 가구와 비주택 거주 가구를 중심으로.” 『보건사회연구』. 39(2). 500-518.

- 박성준. 2018. “청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향.” 『한국청소년연구』. 29(2). 241-269.
- 박해미. 2017. “청소년의 신체적 건강 증진을 위한 건강증진교육 프로그램 효과성 연구.” 『청소년학 연구』. 24(2). 393-412.
- 박형신. 2017. “식사와 사회적 연대: ‘함께 먹기’의 감정사회학.” 『사회사상과문화』. 20(3). 133-180.
- 보건복지부. 2016. 2016 보호종결아동 자립실태 및 욕구조사. 아동자립지원단.
- 보건복지부. 2020. 『포용국가 아동정책』. 관계부처합동.
- 서혜석. 2006. “성폭력 가해자의 자기통제감, 자기존중감 및 의사소통기술 향상을 위한 집단치료프로그램 효과성 연구.” 『교정복지연구』. 6 : 67-88.
- 송찬희. 2002. “청소년 건강관리.” 『가정의학회지』. 23(3). 267-280.
- 신혜령·김성경·안혜영. 2003. “시설퇴소아동 자립생활의 영향요인에 관한 연구.” 『한국아동복지학』. 16. 167-193.
- 신혜령·한지은·백지은·김진희. 2006. 『보호아동자립지원프로그램 매뉴얼』. 보건복지부.
- 신혜령·박은미·강현아·이현주·한규제·김경희. 2008. 『아동복지시설 퇴소 청소년자립지원을 위한 정책프로그램 개발 연구 보고서』 서울: 보건복지가족부 중앙아동자립지원센터.
- 심영미·박미혜. “청소년의 스트레스, 내적자원과 정신건강과의 인과관계 분석 연구.” 『사회과학연구』. 36(2). 1-22.
- 아동권리보장원. 2020. 『2019 아동자립지원 통계현황보고서』.
- 오정수·정익중. 2017. 『아동복지론(제3판)』. 서울: 학지사.
- 윤희상. 2008. “사회생태모형에 기초한 보건소 건강증진 프로그램 이용 분석.” 『보건교육·건강증진학회지』. 25(3). 1-19.

- 이계임·황윤재·이동소, 2013. 취약계층 식품지원제도의 운영 실태 분석. 농촌경제 36(2) : 1-23.
- 이정애. 2018. “가정의보호 퇴소청소년의 자립에 관한 혼합연구.”이화여자대학교 사회복지학과 박사학위논문.
- 이정애·정익중. 2020. “가정의보호 퇴소청소년의 건강관련 경험에 관한 질적 사례연구.” 『한국아동복지학』. 69(1). 81-109.
- 이지유·신애선, 2015. “국민건강영양조사 (2010~2012년)를 이용한 1인 가구와 다인가구의 채소와 과일 섭취 비교.” 『Journal of Nutrition and Health』. 48(3). 269-276.
- 이진화·권민·남은정, 2021. “다문화청소년의 식생활과 주관적 건강상태.” 『한국학교보건학회지』. 34(1). 53-61.
- 이창호. 2005. 『청소년상담백서』. 한국청소년상담원.
- 장정은·전종철. 2018. “양육시설 퇴소 청소년의 초기 자립경험.” 『청소년복지연구』20(2) : 95-125.
- 장혜림·정익중. 2017. “가정의보호 퇴소 대학생의 생활경험.” 『청소년복지연구』. 19(2). 47-80.
- 정상혁·윤희상. 2006. “학교 건강증진 사업을 위한 사회생태학적 모형의 이론적 접근.” 『한국학교보건교육학회지』. 7. 87-99.
- 정익중. 2007. “미국 요보호아동의 퇴소후 자립관련 프로그램과 시사점.” 『사회과학연구』. 13. 35-52.
- 정익중·장혜림·이정애·강지연. 2015. 『요보호아동 사회적응과정과 빈곤예방대책 연구』. 한국보건복지인력개발원.
- 최경원. 2014. “청소년의 주관적 건강인식 관련 요인.” 『보건교육건강증진학회지』. 31(3). 39-50.
- 교육부·보건복지부·질병관리본부. 2019. 『제15차 청소년건강행태조사』. 질병관리본부.

- 한국보건복지인력개발원. 2017. 『2016 보호종결아동 자립실태 및 욕구 조사 연구보고서』. 서울 : 아동자립지원단.
- 한국보건사회연구원. 2018. 『아동종합실태조사』. 한국보건사회연구원.
- 황정화·박수지. 2017. “아동양육시설 청소년의 자립생활기술에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.” 『청소년학연구』. 24(9). 119-143.
- Boardman, J. D. 2006. “Self-rated health among US adolescents.” *Journal of Adolescent Health*. 38(4). 401-408.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development*. Harvard university press.
- Duhl, L. J. 1986. “The healthy city: Its function and its future.” *Health Promotion International*. 1(1). 55-60.
- Dunn, J. R. 2000. “Housing and health inequalities: review and prospects for research.” *Housing studies*. 15(3). 341-366.
- Eddy, J. M., Donahue, R. E., Webster, R. B., & E. D. Bjornstad, 2002. “Application of an Ecological Perspective in Worksite Health Promotion: A Review.” *American Journal of Health Studies*. 17. 197-202.
- Latham, K., & Peek, C. W. 2012. “Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults.” *Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 68(1). 107-116.
- Shaw, M. 2004. “Housing and public health. Annu.” *Rev. Public Health*. 25. 397-418.
- Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. 2006. “Health promotion in adolescents, a review of Pender's Health Promotion Model.” *Nursing Science Quarterly*. 19(4). 366-373.

Winslow, C. E. 1920. The untilled fields of public health. Science. 23-33.

Yook, S. M., Park, S., Moon, H. K., Kim, K., Shim, J. E., & Hwang, J. Y. 2015. “Development of Korean healthy eating index for adults using the Korea national health and nutrition examination survey data.” Journal of Nutrition and Health. 48(5). 419-428.

네이버 어학사전 <https://dict.naver.com>.

두산백과 <https://www.doopedia.co.kr>.

통계청 kostat.go.kr.

Abstract

The study on factors affecting the subjective health of
End-of-Protection Children

*Lee Jung Ae**

This study analyzed the factors affecting the health of youth after discharge from out-of-home care. The purpose of this study was to verify relationship between a major variables related to health using research models. For statistical analysis, datas from KOHI(Korea Human Resources Development Institute For Health & Welfare) were analyzed.

The variables affecting health were analyzed by psychosocial level, socio-economic and family level. As a result of verification through regression analysis, the factors that influence the subjective health status were life satisfaction, depression, anxiety, happiness, and housing satisfaction. Based on the results of this study, social welfare political and practical implications for health of youth from dischare out-of-home care were proposed.

*Manager, Center for Child Policy Evaluation, National Center for the Rights of the Child

keywords : Out-of-home care, End-of-Protection Children,
subjective health, Health Perception