

섭취 문제가 있는 영유아 아동에 대한 부모설문조사

연세대학교 심리학과, *인제대학교 의과대학 상계백병원 소아과학교실,
†성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 소아과학교실

김혜진 · 정경미 · 박미정* · 최연호†

Parental Survey for Children with Feeding Problems

Hye Jin Kim, M.A., Kyong-Mee Chung, Ph.D., Mi Jung Park, M.D.* and Yon Ho Choe, M.D.†

Department of Psychology, Yonsei University, *Department of Pediatrics, Sanggye Paik Hospital,
Inje University College of Medicine, †Department of Pediatrics, Samsung Medical Center,
Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

Purpose: Feeding problems are common for typically developing children and have negative effects on physical, behavioral, and cognitive development. The purpose of the current study was to examine factors related to childhood feeding problems for typically developing children via parental reports.

Methods: The feeding questionnaire developed by the authors and the Childhood Eating Behavior Inventory (CEBI) were administered to 796 parents of children who recruited from 2 pediatric outpatient clinics (n=379) and community (n=417). Problem eaters (PE) were identified by parental report and frequency analysis was conducted for types of feeding problems and its severity, problem behaviors during mealtime, the feeding methods of the parents, and the need for treatment.

Results: The CEBI scores were significantly different between the PE and non-problem eaters (NPE), which suggests that the parental reports were reliable. The younger children had more feeding problems than the older children. The most frequent and severe feeding problems were selective eating and longer mealtimes across all age groups. One-half of the children had more than one problem behaviors during mealtime. Most parents of PE used ineffective methods to deal with children's behaviors during meal time, such as cajoling, which was related to their increased level of stress. Many parents reported their children need professional help for the feeding problems.

Conclusion: Feeding problems are prevalent among children, especially younger children. Children with feeding problems showed a number of problem behaviors during mealtime and parental coping methods appeared to be ineffective. The need for treatment was considerable, thus the characteristics of this population must be acknowledged for providing proper treatment and advice. (*Korean J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 11: 179~186)

Key Words: Childhood feeding disorder, Feeding problem, Mealtime behavior

접수 : 2008년 7월 31일, 승인 : 2008년 9월 19일

책임저자 : 정경미, 120-749, 서울시 서대문구 신촌동 134, 연세대학교 심리학과

Tel: 02-2123-2448, Fax: 02-365-4354, E-mail: kmchung@yonsei.ac.kr

본 논문은 3단계 BK21 연세대학교 인지 및 심리과학 전문인력 양성 및 실용화 사업단의 지원에 의하여 연구되었음.

서 론

섭취문제는 아동기 행동문제 중 가장 보편적으로 일어나는 현상으로, 식사거부, 편식, 과식 등이 흔하며, 그 외 반추, 구토, 보조기구 의존, 장시간의 식사 등 다양한 형태로 나타난다. 섭취문제는 원인과 무관하게 다양한 문제행동을 동반하는데, 예를 들면 혼자서 식사를 하지 않으려 하거나, 음식을 토하거나 삼키지 않고 입 안에 물고 있거나, 식사를 하면서 계속 돌아다니는 등 부정적인 정서나 행동을 보이는 것이다¹⁾. 서구의 유병률 조사에 따르면 정상발달을 하는 아동의 약 25~45% 정도가 섭취문제를 가지고 있다고 보고되는데^{2,3)}, 다행히도 아동의 섭취문제는 연령이 증가하면서 대부분 저절로 사라지지만, 이 중 3~10% 정도는 심각한 섭취문제까지 발전할 수 있다고 한다⁴⁾.

섭취문제의 약 80~90%는 위식도역류증, 구강운동 발달 지연, 조산, 낭포성 섬유증, 뇌성마비와 같은 기질적 문제로 인해 발생하는 것으로 알려져 있다^{5~8)}. 그러나 기질적 문제가 없는 아동들의 경우 환경적 요소(예, 식사시간에 보이는 문제행동과 부모의 잘못된 대처방식)가 주요한 발생 원인이 될 수 있으며, 어떤 경우에 기질적 이유로 시작된 섭취문제가 환경적 원인에 의해 유지 및 악화 된다고 한다^{8~10)}. 따라서 섭취문제의 특징과 음식 섭취 중에 나타나는 행동, 그리고 이에 대한 부모의 대처방식 등에 대한 정보 수집은 매우 중요하다^{11,12)}.

섭취문제를 보이는 집단의 행동특성에 대한 국내 연구는 극히 제한적이며, 기존 외국 연구 또한 그 수가 많지 않은데, 주로 편식 혹은 음식거부 아동의 부모를 대상으로 이루어져왔다. 몇몇 연구는 섭취문제 아동이 보이는 문제행동의 종류와 식사 중에 부모가 아동에게 어떠한 행동을 취하는지에 초점을 맞추고 있는데, 편식이 가장 흔한 섭취문제이고 장시간의 식사와 식사 중 문제행동이 빈번하게 나타난다고 하였다^{13,14)}. 또한 섭취문제를 보이는 아동이 그렇지 않은 아동에 비해 식사도중 많은 문제행동을 보인다는 것은 여러 연구들에서 일관적으로 보고되고 있다¹⁵⁾. 섭취문제를 보이는 아동을 먹게 하기 위하여 부모가 사용하는 대처방식에 대해 체계적으로 살펴본 연구는 드물며, 주로 강제로 먹이거

나 혼을 내는 등의 역기능적인 방법을 사용한다는 보고가 있다¹⁶⁾.

본 연구는 부모 보고를 통하여 소아와 외래 환자와 지역사회에서 수집된 영, 유아 및 학령기 아동이 보이는 섭취문제의 실태와 이들의 행동특성을 파악하고, 부모의 대처 방법을 이해함으로써 섭취문제 해결에 도움을 얻고자 하였다.

대상 및 방법

1. 대상

2006년 8월부터 2008년 4월까지 삼성서울병원 및 상계 백병원 소아과 외래에 내원한 아동(소아과 외래 방문 집단: 379명) 및 인터넷과 지면 및 구두 광고를 통해 모집된 서울, 경기지역에 거주하는 만 1세에서 12세에 해당하는 아동의 부모(지역 사회 표집 집단: 417명) 등 총 796명을 대상으로 자료를 수집하였다(Table 1).

2. 방법

1) **섭취관련 질문지:** 아동의 섭취 양상을 파악하기 위하여 아동의 섭취문제에 대한 기존문헌을 리뷰한 후 관련 문항을 제작하였다. 아동의 섭취문제에 대한 부모의 주관적인 보고뿐만 아니라, 섭취문제의 종류와 심각도, 식사 시간에 보이는 문제행동, 아동에게 먹이기 위해 사용하는 방법 및 아동의 섭취와 관련된 부모의 주관적 만족도 등을 포함하였다(부록 1).

2) **한국형 아동 섭취행동 검사(Children's Eating Behavior Inventory):** 아동의 섭취문제에 대한 부모의

Table 1. Demographic Information

	Pediatric (n=379)(%)*	Community (n=417)(%) [†]	Total (n=796)(%)
Sex			
Male	164 (43.3)	204 (48.9)	368 (46.2)
Female	215 (56.7)	213 (51.1)	428 (53.8)
Age (yr)			
1~3	70 (18.5)	123 (29.5)	193 (24.2)
4~6	115 (30.3)	66 (15.8)	181 (22.7)
7~12	194 (51.2)	228 (54.7)	422 (53.0)

*Pediatrics: Children who visited to outpatient clinics, [†]Community: Children recruited from community.

주관적 보고가 실제 섭취문제를 반영하는지 파악하기 위하여 김 등¹⁷⁾이 번안한 아동 섭취행동검사(Children's Eating Behavior Inventory; CEBI)를 실시하였다. CEBI는 만 1세부터 12세까지 아동의 음식섭취 및 섭취행동문제를 밝히고자 개발된 부모용 자기보고식 검사로, Archer 등¹⁸⁾이 40문항으로 제작한 것을 김 등¹⁷⁾이 요인 분석을 통하여 27문항을 추출한 후 한국 실정에 맞게 표준화한 것으로, 점수의 범위는 27점에서 135점까지이며, 점수가 높을수록 섭취문제가 많은 것으로 해석한다. 식사 중 부모의 스트레스, 전반적 식사문제, 식사시 문제행동, 상차림 돕기, 금지식품 섭취 등 5개의 하위 영역에서 섭취문제를 평가하였다. 본 연구에서는 원점수와 T점수를 이용하였으며, 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .86$ 으로 나타났다.

3. 분석방법

Windows용 SPSS 15.0 통계 프로그램을 사용하여 섭취관련 질문지의 1번 문항인 자녀의 섭취문제에 대한 주관적 보고에 '예'라고 응답한 부모의 아동을 섭취문제 집단으로 분류하여, 부모의 응답이 타당한지를 CEBI점수에 대한 F검증을 통하여 파악하였으며 집단간 유의미한 차이가 있는지를 확인하기 위하여 카이자승 검증을 실시하였다. 그 후 섭취문제 집단을 연령에 따라 걸음마기(만 1~3세), 유아기(만 4~6세), 학령기(만 7~12세)로 분류한 후 연령별 차이가 있는지 Tukey 사후검증을 실시하여 확인하였으며, 섭취문제의 종류와 심각도, 식사 중 문제행동 및 부모의 섭취문제에 대한 대처방법, 그리고 섭취문제에 대한 부모의 치료요구에 대한 빈도분석을 실시하였다. 유의도가 0.05 이하인 경우를 통계적으로 유의미하다고 판단하였다.

결 과

1. 대상의 특징 및 인구통계학적 변인에 따른 차이

설문에 응답한 796명 아동의 부모 중 섭취관련 질문지에서 자신의 자녀에게 섭취문제가 있다고 보고한 부모는 총 41% (327명)로, 소아과 외래 방문 집단이 45.9% (174명), 지역사회 표집 집단이 36.7% (153명)로 나타났다. 카이자승 분석 결과, 소아과 외래 방문 집단에서 섭취문제를 보고한 비율이 지역사회 표집 집단에

서 섭취문제를 보고한 비율보다 유의하게 높은 수준인 것을 알 수 있다($p < 0.01$). 또한 섭취문제가 있는 것으로 보고된 아동은 걸음마기 49.7% (96/193명), 학령전기 43.1% (78/181명), 학령기 36.3% (153/422명)로 나타나, 연령이 증가할수록 섭취문제를 보고하는 비율은 유의하게 감소하는 것으로 나타났다($p < 0.01$)(Table 2).

부모의 보고가 실제 섭취문제를 반영하는지를 파악하기 위하여 섭취문제가 있다고 보고한 아동과 그렇지 않은 아동의 CEBI 점수에 대한 F검증 결과 섭취문제가 있다고 보고한 아동의 CEBI 점수는 그렇지 않은 아동에 비하여 유의하게 높은 것으로 나타났다($p < 0.001$). 섭취문제 집단을 대상으로 한 CEBI 점수는 연령집단

Table 2. Group and Age Distribution of Problem Eaters (PE) and Nonproblem Eaters (NPE)

	PE (n=327)(%)	NPE (n=469)(%)	p-value
Group			<0,01
Pediatric	174 (45.9)	205 (54.1)	
Community	153 (36.7)	264 (63.3)	
Age Group			<0,01
Toddler	96 (49.7)	97 (50.3)	
Preschooler	78 (43.1)	103 (56.9)	
School-aged	153 (36.3)	269 (63.7)	

Table 3. Differences CEBI Scores between Problem Eaters (PE) and Nonproblem Eaters (NPE)

	Mean	Standard deviation	F
Total			292.915 [†]
PE	65.74	13.23	
NPE	50.65	11.50	
Group*			0.292
Pediatric	66.11	13.67	
Community	65.32	12.76	
Sex*			2.723
Male	66.94	13.36	
Female	64.53	13.04	
Age-group*			14.56 [†]
Toddler	69.59	12.82	
Preschooler	68.93	13.57	
School-aged	61.70	12.19	

*Children reported as problem eaters by their parents, [†] $p < 0.001$.

Table 4. Types of Feeding Problems by Age Group and Severity

Type	Toddler (n=96)(%)	Preschooler (n=78)(%)	School-age (n=153)(%)	Total (n=327)(%)	Severity (SD)
Food selectivity	73 (76)	58 (74.4)	136 (88.9)	267 (81.7)	1.52 (0.67)
Extended mealtime	49 (51)	39 (50)	53 (34.6)	141 (43.1)	1.54 (0.71)
Problem behaviors	39 (40.6)	25 (32.1)	28 (18.3)	92 (28.1)	1.35 (0.58)
Chewing problem	32 (33.3)	20 (24.6)	28 (18.3)	80 (24.5)	1.41 (0.69)
Food refusal	24 (25)	11 (14.1)	24 (15.7)	59 (18.0)	1.36 (0.64)
Rumination/vomiting	24 (25)	15 (19.2)	17 (11.1)	56 (17.1)	1.38 (0.68)

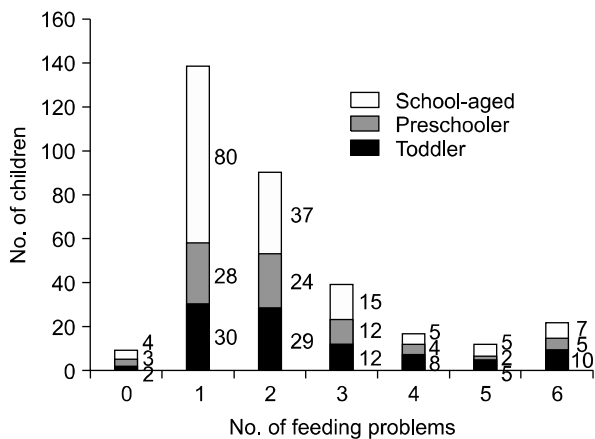


Fig. 1. Number of feeding problems.

간에서만 유의한 차이가 있었으며($p < 0.001$), 소아과 외래 방문 집단과 지역사회 표집 집단 간($p > 0.05$), 그리고 성별 간에는 유의한 차이가 없었다($p > 0.05$). Tukey 사후검증 결과 걸음마기 및 유아기 아동이 학령기 아동에 비하여 많은 문제를 드러내는 것으로 나타났다(Table 3). CEBI의 T점수가 63점 이상 70점 이하인 경계선 수준의 섭취문제를 보이는 아동은 6%였으며, 임상수준의 심각한 섭취문제(70점 이상의 T점수)를 보고한 비율은 3.6%로 연령에 따른 차이는 없었다.

2. 섭취문제의 연령별 종류 및 심각도

전체 796명 중 섭취문제를 보였던 아동은 모두 327명이었으며, 나타난 섭취문제로 편식(81.7%), 지나치게 긴 식사시간(43.1%), 문제행동(28.1%), 씹기 문제(24.5%), 음식 거부(18%), 되새김질/토함(17.1%) 등이 있었다. 상대적으로 적었지만 일부 아이들의 경우 음식 거부(18.0%) 및 음식 되씹기 혹은 토하기(17.1%)의 문제도 있었다(Table 4). 아동의 부모는 연령에 상관없이 지나

Table 5. Problem Behaviors during Meal Time

	Frequency (%)
Turning head	72 (22.0)
Spitting	56 (17.1)
Playing with food	52 (15.9)
Gagging	48 (14.7)
Running away	37 (11.3)
Crying	22 (6.7)
Vomiting	21 (6.4)
Screaming	20 (6.1)
Verbal aggression	6 (1.8)
Disruptive behaviors	3 (0.9)
Biting	3 (0.9)
Pinching	2 (0.6)
Hitting	2 (0.6)
Self-injurious behaviors	1 (0.3)

치게 긴 식사시간과 편식을 가장 심각하다고 생각하는 것으로 나타났으나, 1점에서 3점으로 평가된 아동의 섭취문제 심각도 평가에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

섭취문제의 중복 여부를 살펴본 결과, 한 가지만 보이는 경우가 가장 많았으며(42.2%), 위에서 언급한 6가지의 문제를 모두 보이는 아동도 6.7%였다(Fig. 1).

3. 식사 중 나타나는 문제행동

식사 중 가장 많이 나타난 문제행동은 고개 돌리기(72명, 22.0%)였으며, 뺨기(56명, 17.1%), 음식으로 장난치기(52명, 15.9%), 구역질(48명, 15.7%), 도망가기(37명, 11.3%) 등의 순으로 나타났고, 물건을 던지거나 자해행동을 하고 욕을 하며 다른 사람을 꼬집고 무는 등 공격적인 행동을 보이는 아동은 극히 드문 것으로 나타났다(Table 5). 섭취문제를 보이는 아동의 절반 이상은

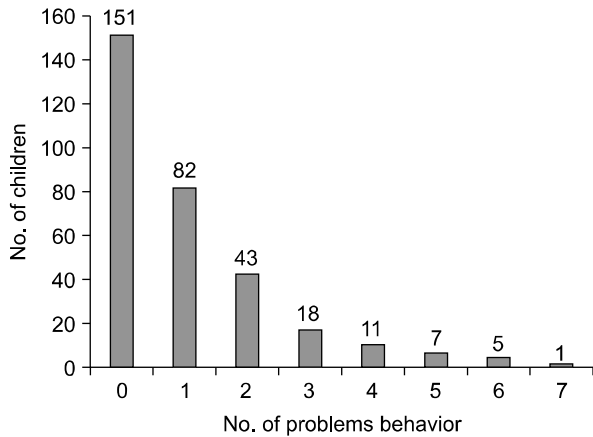


Fig. 2. Number of problem behaviors during mealtime.

식사 중 문제행동을 보이는 것으로 나타났다(171/327명, 52.3%). 그 중 25.7% (84/327명)의 아동은 식사 중 한 가지 문제행동만 있었으며, 최대 6~7개의 문제행동을 가진 아동도 6명 있었다(Fig. 2).

4. 섭취 시 부모의 대처행동

가장 많이 사용하는 방법은 어르고 달래기(34%)였으며, 이 외에 강제로 먹이기(16%), 혼내기(15.2%), 먹고 싶어 할 때만 먹이기(15.1%), 수시로 먹이기(11.8%) 등으로 나타났다(Fig. 3). 한 사람만 식사를 제공하는 방법을 사용하는 부모는 극히 적은 것으로 나타났다(1.4%).

5. 부모의 치료 필요성 인식

섭취문제를 보이는 아동의 부모 전체 306명 중 아동의 섭취에 만족하는 비율은 6.2%(19명)에 불과했으며, 절반가량의 부모가 아동의 섭취에 불만이 있는 것으로 나타났다(138명, 45.1%). 아동의 섭취문제로 스트레스를 느낀다는 부모는 310명중 124명(40.0%)에 달했으며, 특히 아동의 나이가 어릴수록 부모는 높은 스트레스를 받는 것으로 나타났다($p < 0.05$). 아동의 섭취문제가 저절로 없어지지 않을 것이라고 보고한 부모는 303명 중 65명(21.5%)로 나타났으며, 아동에게 이와 관련된 치료가 필요하다고 보고한 부모는 248명 중 86명(34.7%)로 나타났다. 전문가의 도움이 필요하다고 응답한 부모는 298명 중 58명(19.5%)이며, 아동의 나이가 어릴수록 전문가의 도움을 더욱 필요로 하고 있었다($p < 0.05$).

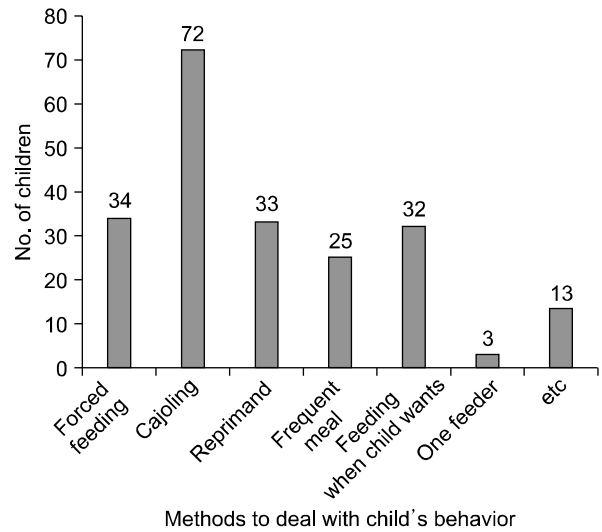


Fig. 3. Methods to deal with child's behaviors during mealtime.

Table 6. Need for Treatment among Problem Eaters

	I agree (%)	So so (%)	I don't agree (%)
Satisfied with my child's eating	6.2	48.7	45.1
Problem will be disappeared	40.9	37.6	21.5
Stressed out by feeding problem	37.9	40.1	42.3
Need professional help	19.5	28.5	52.0

(Table 6).

고찰

본 연구는 아동의 섭취문제의 현황에 대해 조사하고자 소아과 외래 방문 환자 및 지역사회포집아동을 대상으로 섭취문제에 대한 부모 설문을 실시하였다. 본 연구 결과는 섭취문제의 유무^{2,3,18)}, 섭취문제 빈도¹⁸⁾, 아동이 흔히 보이는 섭취문제의 종류^{13,14)}, 연령증가에 따른 섭취문제의 감소¹⁸⁾, 그리고 섭취문제를 다루는 부모의 대처방식¹⁹⁾ 등에서 서구의 기존 보고와 유사하게 나타나 섭취와 관련된 문제들이 문화에 관계없이 공통적인 사항임을 시사한다. 그러나, 소아과 외래 방문 집단과 지역사회 집단 간의 차이 및 부모의 섭취 문제 치료에

대한 태도 및 요구도를 조사한 서구의 선례연구가 없어 추후 연구가 필요하다.

이상의 결과를 임상현장에 적용시켜보면, 1~2개의 섭취문제나 많지 않은 식사 중 문제행동은 섭취와 관련하여 영유아 아동의 부모가 흔히 보고하는 문제로, 연령증가에 따라 저절로 사라지는 경우가 많으므로 전문적인 치료보다는 섭취에 관한 일반적인 발달추세에 관한 부모 교육만으로 충분할 수 있겠다. 그러나 부모가 아동이 2개 이상의 섭취 문제를 보이며 식사시간에 행동문제가 많다고 보고하면, 임상가는 아동 섭취행동검사와 같은 표준화된 섭취 설문지를 통해 T점수를 계산하여 문제의 심각도를 확인한 후 부모에게 어떤 형식의 도움을 줄지 결정하는 것이 좋을 것으로 생각된다. 아직까지 우리나라에 적합한 객관적 지표는 없지만, 임상수준 이하의 경우 섭취와 관련된 간단한 지침²⁰⁾에 대한 교육을 제공하고, 임상수준을 넘어선 아동의 경우 보다 전문적인 도움을 권장해야 할 것으로 보인다. T 점수 70점 이상은 통계적으로 평균에서 2표준편차 이상의 점수로 많은 평가 도구에서 절단점으로 많이 사용된다.

부모가 섭취문제를 보이는 아동에게 흔히 사용하는 방법(예, 어르고 달래기, 강제로 먹이기, 꾸짖기, 아이가 원할 때만 먹이기)은 단기적으로는 섭취를 늘일 수 있지만, 아동은 먹는 것에 대해 부정적인 경험을 쌓게 되고, 부모는 점차 지쳐서 일관성을 유지할 수 없게 되어 결국 실패할 확률이 높아진다. 따라서 섭취문제에 대한 바람직한 접근 방법은 문제의 종류나 심각도에 따라 달라져야 하지만, 일반적으로는 현재 먹고 있는 음식과 비슷한 음식을 선택하고, 소량으로 시작하며, 작은 성공에 다양하고 큰 칭찬을 주는 것과 같은 방법을 쓰는 것이 바람직하다. 식사시간은 반드시 정해져 있어야 하고, 식사는 30분 안으로 끝낼 수 있어야 하며, 같은 장소에서 일관된 방식으로 주어야 한다^{20,21)}. 앞서 언급했듯이 많은 아동들은 대부분 성장하며 섭취문제를 극복하게 되므로 특별한 조치가 필요 없으나, 아동의 섭취 문제로 부모가 양육 스트레스를 호소하거나 아이의 영양과 발달에 문제가 있다면 전문가는 부모의 대처행동을 조사하여 적절한 방법을 알려주어야 한다.

연구에 참여한 절반 이상의 부모는 아동의 섭취에 불만을 느끼며 이로 인한 스트레스를 호소하고 있었고 섭취문제의 해결을 위한 전문적인 치료의 필요성을 느

낀 것으로 조사되었지만, 우리나라에는 섭취문제에 관한 연구 결과에 근거한 부모용 지침서도 없으며, 섭취문제 아동의 치료를 위한 전문 기관이나 전문가도 극히 드문 실정이다. 이는 추후 보다 많은 연구수행과 우리나라에 적합한 제도 개선을 통해 시간을 두고 풀어야 할 문제라고 생각되며, 현재는 부모가 가진 어려움과 요구를 인식하고 이를 지지해 주며, 기존에 갖춰진 도구와 방법으로 도움 방법을 모색하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 한계점 및 추후연구를 위한 제안점은 다음과 같다. 우선 본 연구는 아동의 섭취문제 실태를 파악하기 위하여 부모의 주관적인 보고에 의존하고 있다. 이는 많은 수의 아동을 대상으로 실태 조사를 하기 위한 방편으로 이루어졌으나, 실제 아동이 이와 같은 섭취문제 및 문제행동과 일치하는 모습을 보이지 않을 가능성이 있다. 추후 연구에서는 관찰연구를 통하여 실제 다수의 아동의 본 연구에서 나타난 바와 같은 섭취문제 양상을 보이는지, 그리고 이에 부모가 어떻게 대처하는지를 평가하는 작업이 필요할 것이다. 뿐만 아니라 실제 소아과 현장에서 섭취장애 진단을 받은 아동을 대상으로 이와 관련한 연구를 진행하는 것 역시 매우 의미 있는 작업이 될 것이다. 또한 섭취문제가 가족 맥락 안에서 상호작용함을 감안하여, 추후 연구에서는 섭취문제를 경험하는 아동뿐만 아니라 이들 가족에 대한 탐색이 통합적으로 이루어져야 할 것이다.

요 약

목적: 섭취문제는 정상발달 아동에게 흔한 문제이며, 아동의 신체, 행동 및 인지 발달에 영향을 미친다. 본 연구는 섭취문제와 관련된 요소들을 파악하고자 부모를 대상으로 섭취 관련 설문을 실시하였다.

방법: 2006년 8월부터 2008년 4월까지 상계백병원, 삼성서울병원 소아과 외래를 방문한 아동의 부모 379명 및 서울 경기지역의 만 1~12세 지역사회 표집 아동의 부모 417명을 대상으로 저자들에 의하여 개발된 섭취관련 질문지 및 아동 섭취행동검사를 실시하였다. 섭취문제에 대한 부모의 주관적 보고에 따라 집단을 분류하고 이에 대한 신뢰성을 아동 섭취행동검사와 비교하여 확인하였으며, 아동이 보이는 섭취문제의 종류, 심

각도, 식사 중 문제행동, 부모의 대처방안 및 치료적 필요성에 대하여 분석을 시행하였다.

결 과: 부모의 섭취문제에 대한 주관적 보고에 따른 문제집단과 그렇지 않은 집단 간에 아동섭취행동검사에서 유의미한 차이가 나타나($p < 0.01$) 부모의 보고에 따른 섭취문제 집단 선별이 신뢰할 만한 것이라는 것을 입증하였다. 나이가 어릴수록 섭취문제를 보고한 부모의 비율이 높았으며($p < 0.01$), 성별에 따른 차이는 없었다($p > 0.05$). 모든 연령대에서 가장 흔하고 심각하다고 평가된 섭취문제는 편식(81.7%) 및 지나치게 긴 식사시간이었으며(43.1%), 절반 이상의 아동은 식사 도중 문제행동을 나타냈다. 식사 중 부모는 역기능적인 방법을 주로 사용하는 것으로 나타났으며, 섭취문제로 부모의 40.0%가 스트레스를 경험하였고, 부모의 34.7%는 아동에게 이와 관련한 치료성을 느낀 것으로 조사되었다.

결 론: 영유아기 섭취문제는 우리나라에서도 매우 흔하며, 아동이 어릴수록 그 문제는 더욱 많은 것으로 나타났다. 부모의 치료 요구도 높았다. 따라서 섭취문제에 대한 자세한 정보를 담은 부모를 위한 행동지침서 및 치료 매뉴얼의 개발이 필요하다.

참 고 문 헌

- 1) Linscheid TR. Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Beh Mod* 2006;30:6-23.
- 2) Linscheid TR. Eating problems in children. In: Walker CE, Roberts MC, editors. *Handbook of clinical child psychology*. 3rd ed. New York: Wiley, 1983:616-39.
- 3) Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:34-46.
- 4) Butler NR, Golding J. From birth to five. A study of the health and behaviour of Britain's five year olds. 1st ed. London: Pergamon Press, 1986:238-54.
- 5) Eicher PS. Feeding. In: Batshaw ML, editor. *Children with disabilities*. 5th ed. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co, 2005:549-566.
- 6) Kedesdy JH, Budd KS. *Childhood feeding disorders: biobehavioral assessment and intervention*. 1st ed. Baltimore, MD: Paul Brookes, 1998:1-32.
- 7) Duff AJ, Wolfe SP, Dickson C, Conway SP, Brownlee KG. Feeding behavior problems in children with cystic fibrosis in the UK: prevalence and comparison with healthy controls. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;36:443-47.
- 8) Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellavance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol* 2002;44:405-14.
- 9) Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnel K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Psych* 1998;27:143-7.
- 10) Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, et al. Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *J Pediatr Psych* 1992;17:81-94.
- 11) Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Feeding problems. In: Roberts MC, editor. *Handbook of pediatric psychology*. 3rd ed. New York: The Guilford Press, 2003:481-98.
- 12) Chung KM, Kahng, SW. Pediatric feeding disorders. In: Fisher JE, O'Donohue WT, editors. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. 1st ed. New York: Springer US, 2006:514-23.
- 13) Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT. Family life events and behavioral problems in preschool-aged children. *Pediatr* 1982;70:774-79.
- 14) Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. *J Dev Beh Pediatr* 1996;17:149-53.
- 15) Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psych* 1993;12:64-73.
- 16) Ammaniti M, Ambrozzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr* 2004;23:259-71.
- 17) 김혜진, 정경미, 박미정. 한국형 섭취행동검사의 표준화 연구. *정서행동장애연구* 2008;24:163-83.
- 18) Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. *J Pediatr Psych* 1991;16:629-42.
- 19) Levin L, Carr EG. Food selectivity and problem behavior in children with developmental disabilities. *Behav Modif* 2001;25:443-70.
- 20) 정경미. 섭식 문제행동에 대한 효과적인 행동전략. *대한소아소화기영양학회지* 2008;11(suppl 1):143-8.
- 21) Williams KE, Foxx RM. *Treating eating problems of children with autism spectrum disorders and developmental disabilities*. 1st ed. Autism, TX: Pro-Ed, 2007; 107-10.

부록 1. 아동 섭취관련 설문지

번호	문항			
1	아동이 음식섭취에 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	
없다면 6번 문항으로 가세요.				
2	있다면 어떤 문제가 있고, 얼마나 심각합니까? (적용되는 항목에 모두 표시하세요)	조금 심각	심각	아주심각
	<input type="checkbox"/> 완전한 음식거부	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 편식	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 씹기장애	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 식사 중 문제행동	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 음식 삼키지 않고 되씹기 혹은 토하기	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 지나치게 긴 식사시간	1	2	3
3	아동이 식사시간에 보이는 문제행동을 모두 표시해 주십시오.			
	<input type="checkbox"/> 울기	<input type="checkbox"/> 소리지르기	<input type="checkbox"/> 고개돌리기	<input type="checkbox"/> 물건 던지기
	<input type="checkbox"/> 자해행동	<input type="checkbox"/> 때리기	<input type="checkbox"/> 도망치기	<input type="checkbox"/> 꼬집기
	<input type="checkbox"/> 물기	<input type="checkbox"/> 뱉어내기	<input type="checkbox"/> 구역질	<input type="checkbox"/> 토하기
	<input type="checkbox"/> 욕하기	<input type="checkbox"/> 나쁜말하기	<input type="checkbox"/> 음식으로 장난치기	
4	이 문제로 치료가 필요하다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	
5	아이를 먹이기 위해 가장 많이 사용하는 방법을 표시해 주십시오			
	<input type="checkbox"/> 강제로 먹이기	<input type="checkbox"/> 어루고 달래기		
	<input type="checkbox"/> 혼내기	<input type="checkbox"/> 수시로 먹이기		
	<input type="checkbox"/> 먹고 싶어 할 때만 먹이기	<input type="checkbox"/> 기타: _____		
	<input type="checkbox"/> 한 사람만 먹이기			
6	아동의 섭취와 관련하여 부모님의 의견이 듣고 싶습니다.			
		그렇다	보통	아니다
	<input type="checkbox"/> 아동의 섭식에 만족한다.	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 섭식문제로 현재 스트레스를 받는다.	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 문제는 저절로 없어질 것이다.	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 전문가의 도움이 필요하다.	1	2	3