

학령기 아동의 신체적, 심리사회적 건강상태에 따른  
주관적인 삶의 질과 삶의 질에 영향을 미치는 요인\*  
- 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동을 중심으로 -

Self-Reported Quality of Life and Physical, Psychosocial Health State  
in Korean School-Age Children : Focus on Children with  
Chronic Diseases and Emotional-Behavioral Problems\*

이보람(Boram Lee)<sup>1)</sup>

박혜준(Hye Jun Park)<sup>2)</sup>

**ABSTRACT**

The purpose of this study was (1) to examine the impact of chronic diseases and emotional-behavioral problems on school-age children's self-perceived QOL, and (2) to investigate what factors were related to the QOL of children. Participants were 972 Korean 4th, 5th, & 6th grade students and 47 teachers. Children completed a questionnaire to evaluate their self-perceived well-being and subjective health. Also they reported their height/weight and physical health state indicating whether they have chronic diseases or not. Teachers reported each child's psychosocial health problems and also reported whether the child has chronic diseases or not. Major findings were as follows : 1. Physical and psychosocial health status had significant impact on school-age children's QOL. Moreover, physical and psychosocial health status were interrelated. 2. Presence of physical and psychosocial problems contributed to substantial declines in self-perceived QOL of school-age children. Children who have chronic diseases and emotional-behavioral problems reported significantly lower QOL compared with children in a normal state. 3. Peer relationship was found to be the significant factor that contribute to the QOL of all children.

**Key Words** : 학령기아동(school-age children), 주관적인 삶의 질(self-reported quality of life), 건강관련 삶의 질(health-related quality of life), 만성질환(chronic diseases), 정서행동문제(emotional-behavioral problems).

\* 본 논문은 2011년 서울대학교 석사학위 청구논문의 일부를 수정 및 정리한 내용임.

<sup>1)</sup> 서울대학교 대학원 아동가족학과 박사과정

<sup>2)</sup> 서울대학교 생활과학대학 아동가족학과 부교수

**Corresponding Author** : Hye Jun Park, Department of Child Development and Family Studies, Seoul National University, Seoul 151-742, Korea  
E-mail : hyejun@snu.ac.kr

## I. 서 론

우리나라 학령기아동의 신체적, 심리사회적 건강은 우려할만한 수준이며 아동이 느끼는 행복이나 삶의 만족도가 매우 낮다. 환경과 생활양식이 변화하면서 비만, 천식, 비염, 아토피와 같은 질환을 가진 학령기 아동이 급증하고 있으며 (Ministry of Health Prevention and Korean Centers for Disease Control and Prevention, 2009) 심리사회적 건강과 관련해서도 불안, 우울, 강박과 같은 정서문제나 주의력결핍/과잉행동장애(ADHD), 적대적 반항장애, 품행장애와 같은 행동문제 그리고 학습문제 및 인터넷 중독 가능성이 높은 아동이 급증하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2006; Management Center for Health Promotion of Seoul National University, 2009; Seoul Child & Adolescent Mental Health Center, 2005). 또한 ‘한국 어린이-청소년 행복지수’(Yonsei University Institute for Social Development, 2009)에 따르면, 우리나라 아동의 주관적 행복이 OECD 국가의 아동-청소년과 비교했을 때 최하위 수준인 것으로 나타나 우리나라 아동들의 행복이나 삶의 만족도가 매우 낮은 수준이라는 것을 알 수 있다.

일반적으로 개인을 둘러싼 객관적 요소에 대해 자신의 인지적·정서적 틀로 평가하는 주관적인 만족감이나 행복감은 ‘삶의 질(quality of life)’이라고 정의한다(Kim, 2007; Ferrans & Power, 1985; Rapley, 2003). 삶의 질은 학문적 영역에 따라 다소 다르게 정의되기도 하지만 행복감, 주관적 안녕감 및 삶의 만족도 등을 포괄하는 보다 넓은 개념이다(Phillips, 2006). 세계보건기구(WHO, 1995)는 삶의 질을 “개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 개인적으로

지각하는 자신의 삶의 지위”이라고 정의하였다. 이것은 신체적인 면, 사회적인 면, 감정적인 면, 학교생활, 직장생활, 가정생활, 서비스의 접근성, 그리고 타인에 대한 수용성 등 삶을 이루는 물리적 환경뿐만 아니라 개인의 신체적, 사회적, 심리적 측면의 모든 영역을 포함하는 다차원적인 특징을 가진 개념이다(Phillips, 2006). 따라서 삶의 질은 개인의 삶의 종합적인 상태에 대한 다차원적이고 포괄적인 평가로 측정되며, 삶의 질이 높다는 것은 자신을 둘러싼 물리적 환경 및 신체적·정신적·사회적 상태에 대한 주관적인 만족감이 높다는 것을 의미한다.

그런데 이러한 삶의 질의 의미는 WHO가 제시한 건강의 정의<sup>1)</sup>와 일맥상통한다(Eiser & Morse, 2001a). 실제로 많은 연구자들은 신체적 건강과 정신적·사회적 건강은 상당히 밀접한 관련을 가지고 있으며(Eisen, Ware, Donald, & Brook, 1979; Penedo & Jason, 2005), 신체건강 상태, 운동능력, 신체상, 자아 존중감, 자기통제감, 사회적 관계, 사회적 기능과 같은 신체적·정신적·사회적 건강이 삶의 질과 밀접한 관련이 있다고 밝혔다(Cho, 1996; Bowling, 1995; Fitzpatrick, 1996; Landgraft, Abetz, & Ware, 1996). 따라서 의학이나 간호학, 또는 보건의료관리자나 정책결정자들은 건강과 삶의 질이 밀접한 관계가 있으며, 건강이 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다는 가정에 기초하여 건강과 관련하여 삶의 질을 연구해왔다. 이는 구체적으로 건강 관련 삶의 질(Health-Related Quality of Life : HRQOL)이라고 하며, 개인의 건강에 직접적으로 연관되어서 느껴지는 신체적, 심리적, 사회적, 경제적인 상태 등 삶을 구성하는 다양한 영역에

1) 건강이란 “단순히 질병이나 장애가 없는 상태를 말할 뿐만 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태에 있는 것”이다(WHO, 1948).

대한 만족감이나 행복감을 평가하는 것으로 이루어진다.

최근에 국내에서도 건강관련 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 하지만 대부분의 연구는 노인이나 근로자, 주부, 대학생과 같은 특정 집단의 성인들을 대상으로 하고 있으며 아동에 관련된 연구들도 주로 장애나 만성질환을 가진 아동의 주양육자인 부모의 삶의 질에 초점을 두고 이루어져왔다(Lee, Kim, & Lee, 2007; Kim, Han, Park, Byun, Choi, Choi, & Myung, 2008). 아동이나 청소년의 건강관련 삶의 질이 주목받기 시작한 것은 1990년대부터로 그 역사가 길지 않은데, 아동을 대상으로 한 연구가 활발히 이루어지지 못한 데는 아동의 삶의 질을 측정하는 방법에 대한 논란이 있어왔기 때문이다.

전통적으로 아동은 자신의 삶의 질에 대해서 응답하기 위한 언어능력이나 인지기능이 부족하여 신뢰할 수 있는 대답을 할 수 없다고 여겨졌다. 그래서 아동의 삶의 질에 대해서 주 양육자나 교사가 대신 응답해 주는 것은 그렇게 어려운 일이 아닌 것으로 받아들여져 왔다(Shin, 2010; Eiser & Morse, 2001b). 그러나 삶의 질이란 주관적인 평가가 포함되어 있는 개념이기 때문에 반드시 자기보고를 바탕으로 이루어져야 한다(Compton, 2005; Diener, 1994; Fattore & Watson 2009). 최근에 아동이나 청소년의 삶의 질이 주목받기 시작하면서 아동의 자기보고를 통해 삶의 질을 측정하기 위한 설문도구들이 많이 개발되고 있는데, 이것은 아동도 자신이 느끼는 주관적인 삶의 질을 보고할 수 있다는 기본적인 가정을 전제로 한다. 아동의 삶의 질에 관련된 연구들에 의하면, 8세 이상이면 아동이 스스로 자신의 삶의 질에 대해 보고하는 것이 가능하며 간단한 용어와 표현을 사용하여 구두질문을 한다면

7세 아동에게도 적용이 가능하다(Cremeens, Eiser, & Blades, 2006; Fattore & Watson, 2009). 아동을 대상으로 한 연구가 활발히 이루어지지 못한 또 다른 이유는 성인에게 적용되는 삶의 질의 개념을 아동에게 똑같이 적용하는 데는 어려움이 있다고 보았기 때문이다. 아동은 신체적, 정서적, 심리적, 사회적 발달을 경험하면서 가정, 학교, 또래, 이웃이나 지역사회를 포함하는 다양한 사회적 환경의 영향을 받으며 성장하기 때문에 아동의 삶의 질을 평가할 때에는 아동의 고유한 발달 특성이나 환경의 영향을 포괄적으로 고려해야 한다(Matza, Swensen, Flood, Scnik, & Leidy, 2004). 실제로 많은 연구결과에 의하면, 아동의 삶의 질에는 신체적인 성장과 건강 이외에도 부모-자녀관계나 또래관계와 같은 사회적 관계, 일반적인 기분, 자아개념이나 독립성의 수준 등이 중요한 영향을 미친다고 한다(Edwards, Huebner, & Connell, 2002). 따라서 아동의 건강관련 삶의 질을 측정할 때에는 신체적 건강, 심리적 건강 이외에도 기분, 또래관계, 부모와의 관계, 경제적 자원, 자아개념, 자율성, 학교생활 및 공부 등을 하위요소로 구성해야 한다.

우리나라에서 아동을 대상으로 건강관련 삶의 질을 연구한 것은 뇌성마비 아동(Cho, Oh & Kim, 2009)과 특수교육을 받는 장애아동(Park & Kim, 2004)을 대상으로 한 것이 있는데, 이 연구들에서는 아동의 삶의 질을 부모 보고나 교사의 보고를 통해 측정하였기 때문에 아동의 주관적인 삶의 질을 평가하는 데는 한계가 있다. 아동이 직접 보고한 것을 바탕으로 한 국내의 연구로는 간질(Kim, 2006), 만성 복막투석(Shin, Cho, Jang, Cheong, Choi, & Ha, 2008), 알레르기 질환(Kim, Park, Hong, Kim, Park, Kim, & Song, 2001)과 같이 특정 질병을 가진 아동의 삶의 질을 연구한 것이 있으나, 일반 아동<sup>2)</sup>을 대상으로

삶의 질을 연구한 것은 전무한 실정이다.

건강 관련 삶의 질을 측정하는 방법은 목적에 따라 크게 두 가지로 볼 수 있는데, 특정한 질병을 가지고 있거나 기능상의 문제를 가진 환자를 중심으로 하는 질병 특이적 접근(disease-specific approach)과 일반 인구집단을 대상으로 하는 일반적인 접근(generic approach)이 있다 (Fitzpatrick, 1996). 먼저, 질병 특이적 접근은 특정한 질병을 가진 환자를 대상으로 질병과 관련된 증상, 질병에 대한 인식, 그리고 치료에 따른 환자들의 건강상태변화나 치료에 대한 주관적인 만족도 등을 평가하는 문항들로 구성된 도구로 측정한다(Bowling, 1995). 따라서 질병 특이적 접근은 특정 질병을 앓고 있는 사람들의 삶의 질을 보다 자세히 평가할 수 있으며 해당 질병의 치료과정에서 중요한 영향을 미치는 요인이 무엇인지 파악할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 질병 특이적 접근은 그 결과를 다른 질병을 가진 환자나 질병이 없는 건강한 인구집단과 비교하기 어렵다는 단점이 있다. 두 번째로, 전체 건강 상태를 평가하는 일반적인 접근은 특정한 질병과 관계없이 신체적·정신적·사회적 건강에 대한 개인의 주관적인 만족감을 묻는 문항들로 측정한다. 이러한 접근은 특정질병과 관련된 세부적인 건강상태를 판별하는 데는 어려움이 있지만, 다양한 질병을 가진 환자나 건강한 인구집단을 비교할 수 있어 사회적 관점에서 정책을 결정하거나 예방 및 개입프로그램을 계획하는데 포괄적인 정보를 제공받을 수 있다는 장점이 있다 (Shin, 2010; Patrick & Deyo, 1989). 따라서 본

2) 본 논문에서 명명하는 일반아동이란, 특정한 질병을 가지지 않은 일반인구집단을 의미한다. 이는 본 논문이 질병특이적 접근(disease-specific approach)에 따라 특정한 아동을 대상으로 한 연구가 아닌 일반적인 접근(generic approach)에 따라 일반아동을 대상으로 한 삶의 질을 연구 했다는 데 의미가 있다.

연구에서는 학령기 아동의 삶의 질을 높일 수 있는데 필요한 포괄적인 정보를 얻기 위해서 질병을 가진 아동뿐만 아니라 일반아동을 포함하여 자기보고를 바탕으로 한 삶의 질을 연구하였다.

특히 서두에 언급했던 것과 같이 우리나라 학령기아동의 건강은 우려할만한 수준이며 아동이 느끼는 행복이나 삶의 만족도 또한 매우 낮다. 보건복지부 질병관리본부의 '2008 국민건강영양조사'를 보면, 6~11세 아동에게 유병률이 높은 질병은 비만(8.0%)이외에도 천식(6.3%), 알레르기 비염(31.9%), 아토피성피부염(18.0%)과 같은 만성질환인 것으로 나타났다. 비만, 천식, 비염, 아토피성 피부염과 같은 만성질환은 발병률이 높은 반면, 증상이나 병변이 생명에 지장이 없어 다른 질환에 비해 과소평가되는 경향이 있다. 하지만 이러한 만성질환은 어릴 때 발병하여 장기간 치료를 받아야 하며 쉽게 치료되지 않는 난치성 질환이기 때문에 삶의 질에 많은 영향을 미친다(Blaiss, 2008; Bruil, 1999). 구체적으로 비만, 천식, 비염, 아토피와 같은 질병은 수면장애, 피로증가 등의 신체적 문제를 야기하며 또래관계나 학습, 운동 등에 영향을 주어 자존감 저하, 또래관계 문제와 같은 심리사회적 문제를 야기함으로써 삶의 질에 부정적인 영향을 줄 수 있다 (Kim et al., 2001; Jang, Yang, Joung, & Hong, 2006; Chmlin & Chren, 2010; Varni, Limbers, & Burwinkle, 2007). 심리사회적 건강과 관련해서도 ADHD, 우울증, 품행장애와 같은 문제를 가진 아동은 부모-자녀 관계문제, 학교적응문제, 또래관계 문제 등을 경험하며 낮은 자존감을 형성하는 등 심리사회적 발달에 많은 어려움을 갖게 된다. 많은 연구결과에 의하면 이러한 정서행동문제는 아동의 삶의 질에 매우 부정적인 영향을 미친다고 한다(Klassen, Miller, & Fine, 2004; Ravens-Sieverer, Erhart, Gosch, Nora, & The

European KIDSCREEN Group, 2008; Sawyer, Whaites, Rey, Hazell, Graetz, & Baghurst, 2002). 특히 최근에는 사춘기의 시기가 과거에 비해 빨라져 초등학교 4, 5, 6학년이면 제 2차 성장을 경험한다. 보통 여아는 13세, 남아는 15세 정도 즉, 중학교시기에 제 2차 성장이 나타난다고 알려져 있으나 Ministry of Health & Welfare, Korean Academy of Medical Sciences(2010)가 제시한 사춘기관련 자료에 의하면 우리나라 여아의 사춘기 시작은 평균 11세(범위; 8-11세), 남아는 12.7세(범위; 9-14세)이다. 즉, 초등학교 4, 5, 6학년의 후기학령기 아동은 급격한 신체적, 정서적, 심리적, 사회적 변화를 경험하며 아동기에서 청소년기로 이행하게 되는 것이다. 사춘기의 아동들은 자아개념을 형성하고 자아상을 성숙시켜가는 이 과정에서 자아존중감을 갖게 되는데, 이러한 자아개념, 자아존중감, 자기통제감 등은 아동의 주관적인 삶의 질과도 밀접한 관련이 있다 (Lena, Rätty, Larsson, Söderfeldt, & Wilde Larsson, 2005). 또한 초등학교 4, 5, 6학년인 후기학령기는 청소년기와 성인기의 건강한 삶의 근간을 이루는 중요한 시기이며 특히 이 시기에 경험하는 건강문제는 추후 성인이 된 후의 건강에도 많은 영향을 주게 된다(Bruil & Detmar, 2005). 따라서 후기학령기 아동의 건강한 신체적, 심리사회적 발달을 도모하고 그들의 주관적인 삶의 질을 향상시켜주는 것이 매우 중요하다고 생각하여 초등학교 4, 5, 6학년 아동을 연구대상으로 선정하였다. 특히 이 시기의 아동들은 자기중심성에서 벗어나 객관적인 평가를 할 수 있고 긍정과 부정의 개념을 파악할 수 있어 자기보고식 설문작성을 통해 자신의 삶의 질을 평가하는 것에 무리가 없다고 판단하였다.

다시 말해서 아동의 행복이나 삶의 질이 중요하게 생각되고 있는 동시에 한국아동의 건강이

염려되고 있는 실정을 고려해 본다면, 한국 아동이 신체적, 심리사회적 건강과 관련하여 본인이 인식하는 자신의 건강상태와 주관적인 삶의 질이 어떠한지 알아볼 필요가 있다. 따라서 이 연구에서는 초등학교 4, 5, 6학년 학령기 아동의 건강상태가 어떠한지, 그리고 신체적 건강과 심리사회적 건강은 어떠한 관계가 있는지 알아보았다. 그리고 학령기 아동의 신체적, 심리사회적 건강상태에 따라 아동이 주관적으로 인식하는 삶의 질에 차이가 있는지를 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동과의 비교를 통해 살펴보았다. 또한 각각의 대상들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 알아보았다. 이는 한국 학령기 아동의 삶의 질과 같은 주관적인 행복감을 증진시켜 줄 수 있는 방향을 설정하는 데 있어서 중요한 기초자료가 될 것이다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

본 연구는 서울, 경기도, 경상도, 전라도에 있는 초등학교 4, 5, 6학년 남녀 일반아동 총 972명을 연구대상으로 하였다. 연구 대상의 성별과 학년에 따라 살펴보면 먼저, 남아는 487명(50.1%), 여아는 485명(49.9%)으로 비슷한 비율이었다. 학년에 따라서는, 4학년이 31.5%로 306명(남아 146명, 여아 160명), 5학년이 37.1%로 361명(남아 187명, 여아 174명), 6학년이 31.4%로 305명(남아 154명, 여아 151명)이었다.

한편, 이 연구에서는 조사대상 아동의 신체적 건강상태에 따라 만성질환이 있는 아동과 그렇지 않은 아동을 분류하였는데, 연구대상 972명 가운데 만성질환이 있는 아동은 291명(29.9%)이

<Table 1> Physical health status of school-age children Unit : N(%)

Variable	Group	Number(percent)
Chronic diseases	With disease	291( 29.9)
	Without disease	681( 70.1)
	Total	972(100.0)

었고, 질병이 없는 아동은 681명(70.1%)이었다. 만성질환은 구체적으로 비염이나 축농증이 67명(28.5%)로 가장 많았고 비만이 55명(23.4%), 아토피성 피부염이 53명(22.6%), 천식이 14명(6.0%)으로 많았다. 질병이 있는 아동 가운데 56(19.24%)명은 아토피성 피부염, 천식, 비염, 비만 등과 함께 1가지 이상의 다른 질병을 중복으로 가지고 있었다.

마지막으로, 조사대상 아동의 심리사회적 건강에 따라 정상(normal), 경계선(borderline), 비정상(abnormal)으로 분류하였다. 그 결과, 교사가 평가한 735명 아동 중 정서행동문제의 정도에 따라 515명(70.1%)이 정상, 103명(14.0%)이 경계선, 117명(15.9%)이 비정상으로 분류되었다.

## 2. 연구도구

### 1) 주관적인 삶의 질(KIDSCREEN 52-Health Related Quality of Life)

아동이 주관적으로 느끼는 건강관련 삶의 질을 측정하기 위하여 아동이 스스로 보고할 수 있

도록 고안된 KIDSCREEN 52-Health Related Quality of Life(HRQOL)(The KIDSCREEN Group Europe, 2006)를 사용하였다. KIDSCREEN 52-HRQOL은 유럽위원회(European Commission)의 지원을 받아 개발된 도구로서 본 연구에서 사용하기 위해 European KIDSCREEN Group에 공동 연구양식(collaboration form)을 제출한 후 적합한 등록절차를 거쳐 허가를 받았다.

KIDSCREEN 52-HRQOL은 52개 항목으로 이루어져 있으며 건강하거나 만성적인 질병을 가진 8-18세의 아동을 위해 고안된 일반적인 접근의 건강관련 삶의 질 평가도구이다(Ravens-Sieverer et al., 2005) KIDSCREEN 52-HRQOL의 하위영역과 측정개념은 Table 3과 같다. 총 52개의 문항들은 ‘전혀 아니다’, ‘거의 아니다’, ‘그렇다/약간 그렇다’, ‘많이 그렇다/자주 그렇다’, 그리고 ‘아주 많이 그렇다/항상 그렇다’와 같이 정도와 빈도를 묻는 5점 척도로 이루어져 있는데 부정형 질문은 역산처리 하여 계산한다. 각 영역의 문항들에서 평가된 점수의 총점으로 삶의 질을 평가하며 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 각 하위영역의 점수를 비교하기 쉽게 100점 만점으로 환산하여 사용하였다.

KIDSCREEN 52-HRQOL을 한국어로 번역한 한국어판 KIDSCREEN 52-HRQOL이 있는데, 한국어판 KIDSCREEN 52-HRQOL은 각 영역들에 대한 신뢰성이 높아(Cronbach  $\alpha$  : 0.77-0.95)

<Table 2> Psychosocial health status of school-age children

Unit : N(%)

Variable	Group	Standard of classification	Number(percent)
SDQ Total score	Normal	0-11	515( 70.1)
	Borderline	12-15	103( 14.0)
	Abnormal	16-40	117( 15.9)
	Total		735(100.0)

<Table 3> Summary of KIDSCREEN 52-HRQOL sub-scales

10 sub-scales	Concepts
Physical well-being	Focuses on physical activity, energy, and fitness
Psychological well-being	Focuses on positive emotions and satisfaction with life
Moods & emotions	Focuses on negative emotions
Social support & peers	Perceptions of relationships with peers and the support available from them
Parent relation & home life	Perceptions of interactions and relationships with parents and the socio-emotional atmosphere at home
Self-perception	Perceptions of self, appearance, and body-image
Autonomy	Perceptions of freedom of choice and self-determination
School environment	Perceptions of academic abilities and feelings about school and teachers
Social acceptance(bullying)	Perceptions of rejection by peers
Financial resources	Perceptions of adequacy of financial resources relative to peers

한국 학령기 아동들에게 사용하기에 적합한 것으로 보고되었다(Hong et al., 2007). 그러나 한국 어판 KIDSCREEN 52-HRQOL은 13세-15세의 중학생 아동을 대상으로 표준화되었기 때문에 4, 5, 6학년 아동을 대상으로 적용하기에는 어려움이 있다고 판단하였다. 따라서 이 연구에서는 이 척도를 4, 5, 6학년 아동이 이해하기 쉽게 연구자가 직접 번역, 수정하였다. 번역된 질문지는 아동학을 전공한 전문가와 현직 초등학교 교사들의 확인 절차를 거친 후 4, 5, 6학년 아동 각각 4명씩 총 12명에게 설문지의 내용을 잘 이해했는지 심층적으로 질문하여 모든 아동들이 질문의 내용과 의도를 파악하고 있는 것을 확인하였다. 그 후 총 94명의 아동을 대상으로 예비조사를 실시하였다. 예비조사를 통해 수집된 자료의 신뢰도계수(Cronbach  $\alpha$ )는 .948로 매우 높았으며 하위요인별 신뢰도 계수는 .670-.890으로 나타나 학령기 아동들이 설문 내용을 이해하는 데 문제가 없음을 확인하고 본조사에 사용하였다. 본조사로부터 수집된 자료를 통해 신뢰도를 분석한 결과 삶의 질 질문지 전체 문항의 신

뢰도 계수는 .947로 매우 높았으며 하위 요인별 신뢰도 계수는 .718-.897로 대체적으로 양호한 수준으로 나타났다.

## 2) 신체적 건강

신체적 건강상태를 측정하기 위하여 먼저 오랫동안 앓고 있는 질병이나 건강상의 문제가 있는지, 있다면 어떤 것인지 구체적으로 묻는 문항을 아동용 질문지와 교사용 질문지에 포함시켰다. 아동용 설문지와 교사용 설문지의 응답이 일치할 경우에 아동에게 질병이나 건강상의 문제가 있는 것으로 판단하여 분석에 적용하였다.

그리고 아동의 키, 몸무게를 바탕으로 질병관리본부와 대한소아과학회가 제시한 2007년 소아·청소년 표준 성장도표의 성별, 신장별 표준 체중을 이용하여 비만도([실측체중-신장별 표준 체중/신장별 표준 체중]×100)를 계산하였으며 그 결과 산출된 비만도가 20% 이상인 아동을 비만으로 분류하여 만성질환을 가진 아동에 포함시켰다.

$$\text{degree of obesity} = \frac{\text{weight} - \text{standard weight by height}}{\text{standard weight by height}} \times 100$$

### 3) 심리사회적 건강

아동의 심리사회적 건강을 측정하기 위하여 교사용 강점, 난점 질문지(SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire)(Goodman, 1997)를 사용하였다. SDQ는 정서문제, 품행문제, 과잉행동/주의력결핍 문제, 또래관계문제의 네 가지 난점과 친사회성이라는 한 가지 강점을 측정하는 5개 하위요인, 총 25문항으로 구성되어 있으며, 부모용과 교사용이 있다.

부모와 교사는 아동을 가정과 학교라는 각각 다른 맥락에서 관찰하고 상호작용하는데, 교사는 학교라는 구조화된 사회적 환경 속에서 아동을 관찰하고 상호작용하며, 동일한 발달 수준의 다른 아동과 직접적인 비교를 통해 객관성을 유지할 수 있기 때문에 부모보다 더 나은 정보를 제공해줄 수 있다(Song & Kim, 2002; Lisanne et al., 2010). 따라서 이 연구에서는 아동의 심리사회적 건강에 대해 교사들이 더욱 객관적인 정보를 제공해 줄 수 있다는 판단을 하여 교사용 SDQ를 사용하였다. 특히 이 연구에서는 교사용 SDQ에서 친사회성을 제외한 정서문제, 품행문제, 과잉행동/주의력결핍문제, 또래관계문제의 총 점수를 사용하여 아동의 정서행동문제의 정도를 측정하였다.

각각의 문항은 전혀 아니다=0, 다소 그렇다=1, 분명히 그렇다=2점으로 채점하며, 점수가 높을수록 문제가 더 큰 것을 의미한다. 네 가지 영역에 대한 총 점수에 따라 0-11점은 '정상(normal)', 12-15점은 '경계선(borderline)', 16-40점은 '비정상(abnormal)'로 분류할 수 있다(Goodman, 1999).

이 연구에서는 이 척도를 연구자가 직접 번역, 수정하여 아동학 전문가의 검토를 거친 후 예비

조사를 통해 교사들이 아동의 심리사회적 건강을 측정하는데 문제가 없음을 확인하고 사용하였다. 본조사로부터 수집된 자료를 통해 신뢰도를 분석한 결과 전체 문항의 신뢰도 계수(Cornbach  $\alpha$ )는 .868로 나타나 신뢰할만한 수준으로 나타났다. 하위 요인별 신뢰도 계수는 정서문제가 .785, 품행 문제가 .720, 과잉행동/주의력결핍 문제가 .889, 또래관계 문제가 .687로 비교적 양호하게 나왔다.

### 3. 자료분석

수집된 자료의 통계적 분석을 위해 SPSS 프로그램을 사용하였고, 자료의 통계적 분석에 앞서 부정 진술문에 대해서는 역산 처리를 하였으며 각각 수집된 교사용질문지와 아동용질문지는 쌍이 될 수 있도록 분석하였다.

삶의 질 측정도구와 심리사회적 건강 측정도구의 신뢰도 수준을 알아보기 위해 문항의 내적합치도를 추정하는 방법인 신뢰계수(Cronbach  $\alpha$ )를 산출하여 검토하였다. 연구대상 아동의 구성과 일반적인 특성에 대한 빈도와 백분율을 구하였고, 아동의 삶의 질에 대한 전반적 경향을 살펴보기 위하여 평균과 표준편차를 살펴보았다. 아동의 삶의 질이 신체적 건강에 따라서 차이를 보이는지 알아보기 위하여  $t$ 검정,  $F$ 검정을 실시하였다. 단, 변량분석에서 족벌오류(family-wise error)를 해결하기 위해 Bonferroni 수정 공식을 적용하여 유의수준을 조정된 후 분석을 실시하였으며 각 집단에 따른 차이가 통계적으로 유의미한 경우 사후검증으로 Scheffé검증을 실시하였다. 마지막으로 전체아동과 만성질환아동, 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질에 영향



<Table 4> Result of cross-analysis of physical health and psychosocial health Unit : N(%)

		The degree of emotional-behavioral problems			Total
		Normal	Border line	Abnormal	
Chronic disease	With	144(63.2)	29(12.7)	55(24.1)	288(100.0)
	Without	371(73.2)	74(14.6)	62(12.2)	507(100.0)
Total		515(70.1)	103(14.0)	117(15.9)	735(100.0)

$\chi^2 = 16.625(df = 2, p = .000)$ , Cramer's  $V = .150(p = .000)$

을 미치는 요인을 분석하기 위해 중다회귀분석을 실시하였다.

### III 연구결과

#### 1. 신체적, 심리사회적 건강의 상관관계

먼저 신체적 건강과 심리사회적 건강 간에 상관관계가 있는지 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였다. 신체적 건강을 의미하는 변수인 만성질환의 유/무와 심리사회적 건강을 의미하는 정서행동문제 정도의 변수는 모두 명목척도로 되어있기 때문에 두 변수의 교차표를 작성하여 상관을 살펴보았다.

그 결과는 Table 4와 같다. 만성질환과 정서행동문제의 상관에 대한  $\chi^2$  검정결과 Cramer의  $V$  값이 .150일 때, 유의확률은 .000으로서 두 변수는 상호 독립적이라는 귀무가설이 기각된다. 즉, 만성질환과 정서행동문제는 상호 독립적 아니며, 나아가 신체적 건강과 심리사회적 건강은 상관이라고 해석할 수 있다. 이는 만성질환을 가진 아동이 정서행동문제를 동반할 가능성이 높고, 반대로 정서행동문제를 가진 아동가운데 만성질환을 가지고 있는 경우가 많을 수 있음을 의미한다.

#### 2. 신체적, 심리사회적 건강상태에 따른 삶의 질 차이

##### 1) 일반아동과 만성질환을 가진 아동의 삶의 질 차이

신체적 건강에 따른 삶의 질 차이를 살펴보기 위해 일반아동과 아토피성 피부염, 천식, 비염, 비만과 같은 만성질환을 가진 아동의 삶의 질 차이를 분석하였다(Table 5). 그 결과, 전반적으로 만성질환이 없는 일반아동의 삶의 질이 높은 양상을 보였는데, 삶의 질 전체점수( $t = 2.469, p < .05$ )와 삶의 질 하위 영역인 신체활동과 건강( $t = 3.295, p < .01$ ), 사회적 지지와 또래( $t = 2.028, p < .05$ ), 자기인식( $t = 2.023, p < .05$ ), 자유 시간( $t = 2.469, p < .05$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 일반아동이 만성질환을 가진 아동에 비해서 신체적으로 더욱 활동적이고 자신의 체력과 건강상태에 대해 만족한다는 것을 의미하며 친구와의 관계에 대해 긍정적으로 인식한다는 것을 의미한다. 또한 자기 자신과 외모 및 옷차림에 대해서 만족하며 자신을 위해 충분한 시간을 보내거나 여가를 위한 선택이나 결정에 있어서 더욱 만족감을 느낀다는 것을 의미한다.

##### 2) 일반아동과 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질 차이

교사가 평가한 정서행동문제의 정도에 따라

<Table 5> Comparisons of 10 sub-scales of children's subjective QOL by physical health (chronic diseases) (N = 972)

	Total QOL M(SD)	Sub-scales of QOL				
		Physical well-being M(SD)	Psychological well-being M(SD)	Moods & emotions M(SD)	Social support & peers M(SD)	
With disease (N = 291)	73.93(11.88)	68.37(15.37)	72.33(16.91)	81.45(16.16)	72.54(18.36)	
Without disease (N = 681)	75.92(10.62)	71.80(14.64)	74.32(15.75)	82.50(13.57)	75.03(15.27)	
<i>t</i>	2.469*	3.295**	1.770	0.965	2.028*	
	Parent relation & home life M(SD)	Self-perception M(SD)	Autonomy M(SD)	School environment M(SD)	Social acceptance M(SD)	Financial resources M(SD)
With disease (N = 291)	76.33(18.84)	74.45(16.26)	68.18(20.66)	72.01(17.39)	88.57(15.65)	64.65(22.78)
Without disease (N = 681)	78.81(16.70)	76.64(15.14)	70.88(19.18)	72.35(17.14)	89.20(14.62)	67.65(22.14)
<i>t</i>	1.940	2.023*	1.963*	0.275	0.606	1.915

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

‘정상’, ‘경계선’, ‘비정상’ 집단으로 나눈 아동의 삶의 질 차이를 분석한 결과(Table 6), 삶의 질 전체점수에서 유의한 차이( $F(2, 732) = 23.162, p < .001$ )가 나타났으며, 삶의 질 하위영역에서는 심리적 건강( $F(2, 732) = 8.917, p < .001$ ), 기분과 정서( $F(2, 732) = 19.638, p < .001$ ), 사회적 지지와 또래( $F(2, 732) = 18.548, p < .001$ ), 부모와의 관계 및 가정생활( $F(2, 732) = 8.339, p < .001$ ), 학교생활 및 공부( $F(2, 732) = 29.537, p < .001$ ), 사회적 수용( $F(2, 732) = 6.314, p < .001$ ), 경제적 자원( $F(2, 732) = 23.162, p < .01$ )에서 유의하게 나타났다.

이에 따라 어느 집단 간의 차이가 유의한지 살펴보기 위해 사후검증을 실시한 결과, 정서행동 문제가 없는 정상 아동의 삶의 질 전체점수는 경계선과 비정상으로 분류된 아동의 점수보다 높았다. 이러한 양상은 삶의 질 하위영역

인 심리적 건강, 기분과 정서, 사회적 지지와 또래, 학교생활 및 공부, 사회적 수용에서 갈게 나타났다. 이는 정서행동문제가 없는 아동이 문제가 있는 아동에 비해 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서를 가지고 생활하며 삶에 대한 만족감이 높고, 우울, 짜증, 외로움과 같은 부정적 감정이나 스트레스의 정도가 낮다는 것을 의미한다. 또한, 친구관계에 대해 더욱 만족하고, 학교생활이나 교사에 대한 만족도가 높으며 공부에 대해 더욱 좋은 느낌을 가지고 있다는 것, 그리고 또래로부터 거부당하거나 따돌림 당하는 것에 대해 덜 걱정한다는 것을 의미한다. 삶의 질 하위영역 중 부모와의 관계 및 가정생활과 경제적 자원 영역에서는 경계선 집단에서 차이가 나타나지 않았지만, 정상과 비정상 집단 간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 정서행동문제가 없는 아동이 문제의 정도

<Table 6> Comparisons of 10 sub-scales of children's subjective QOL by psychosocial health (level of emotional-behavioral problems) ( $N = 735$ )

	Total QOL $M(SD)$	Sub-scales of QOL				
		Physical well-being $M(SD)$	Psychological well-being $M(SD)$	Moods & emotions $M(SD)$	Social support & peers $M(SD)$	
Normal ( $N = 515$ )	76.37(10.79)a	70.94(14.60)	74.85(15.90)a	83.15(13.76)	76.19(14.98)a	
Border line ( $N = 103$ )	71.61(10.43)b	68.54(15.08)	69.35(15.77)b	78.20(14.44)	69.74(16.47)b	
Abnormal ( $N = 117$ )	69.55(11.82)b	68.38(16.73)	69.37(17.38)b	74.43(17.35)	67.18(20.74)b	
<i>F</i>	23.162***	2.105	8.917***	19.638***	18.548***	
	Parent relation & home life $M(SD)$	Self-perception $M(SD)$	Autonomy $M(SD)$	School environment $M(SD)$	Social acceptance $M(SD)$	Financial resources $M(SD)$
Normal ( $N = 515$ )	78.90(17.35)a	75.78(15.90)	70.34(19.78)	74.77(15.91)a	90.73(13.12)a	67.73(22.05)a
Border line ( $N = 103$ )	73.98(18.01)ab	74.17(14.69)	67.53(19.41)	66.60(16.28)b	84.79(15.83)b	64.21(19.49)ab
Abnormal ( $N = 117$ )	72.31(20.16)b	72.68(15.54)	66.50(21.05)	63.19(18.80)b	81.77(19.80)b	60.00(23.47)b
<i>F</i>	8.339***	2.054	2.259	29.547***	21.313***	6.314**

\*\*\* $p < .001$ .

가 높은 아동에 비해서 부모님과과의 관계를 긍정적으로 인식하고 가정에 있을 때 행복하다고 느끼며, 자신을 위해 혹은 친구들과 함께 어울리기에 충분한 돈을 가지고 있다고 생각한다는 것을 의미한다.

### 3. 신체적, 심리사회적 건강상태에 따른 삶의 질에 영향을 미치는 요인

1) 학령기아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인  
학령기 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 무엇이며 그 영향력의 양상이 어떠한지 알아보기 위하여 삶의 질 전체점수를 종속변수로, 아

동의 사회인구학적 변수, 가족관련 변수, 학교생활 변수와 신체적·심리사회적 건강관련 변수를 독립변수로 중다회귀분석을 실시하였다. 학령기 아동의 전반적인 삶의 질을 측정하는 모형은 통계적으로 유의미( $F(9,720) = 30.134, p < .001$ )하며, 상관계수는  $.523(Adj-R^2 = .265)$ 로 나타나 학령기 아동의 삶의 질 전체점수의 26.5%가 모형에 포함된 독립변수들에 의해 설명되고 있다(Table 7). 독립변수 간의 공차한계는 최대가 .988, VIF는 1.012로서 다중공선성의 문제가 없었다. 도출된 회귀식에 의해 개별 독립변수 중 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수를 살펴보면, 학년( $t = -2.119, p < .05$ ), 가정의 경제수준( $t = 4.026,$

&lt;Table 7&gt; Results of multiple regression of QOL on overall participation of school-aged children (N = 730)

Independent variables		B	S.E	$\beta$	t
Child related variables	Grade	-.996	.470	-.069	-2.119*
	Gender	-.108	.739	-.005	-.147
Family related variables	Family form	-1.742	.983	-.057	-1.772
	Birth order	.220	.332	.021	.662
	SES	1.868	.464	.135	4.026***
School related variables	School record	1.496	.401	.128	3.728***
	Friendship	3.713	.349	.356	10.644***
Health related variables	Chronical diseases	-1.759	.776	-.072	-2.268*
	Emotional-behavioral problem	-3.341	.833	-.136	-4.012***
Invariable		52.903	2.690		19.665***
R				.523	
$R^2$ (Adj- $R^2$ )				.274(.265)	
F				30.134***	

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

$p < .001$ ), 학업성적( $t = 3.728$ ,  $p < .001$ ), 교우관계( $t = 10.644$ ,  $p < .001$ )이며, 건강관련변수는 만성질환 유/무( $t = -2.268$ ,  $p < .05$ )와 정서행동문제( $t = -4.012$ ,  $p < .001$ )가 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다. 각 독립변수의 상대적 기여도를 나타내는 표준화계수에 의하면 교우관계( $\beta = .356$ ), 정서행동문제( $\beta = -.136$ ), 가정의 경제수준( $\beta = .135$ ), 학업성적( $\beta = .128$ ), 만성질환 유/무( $\beta = -.072$ ), 학년( $\beta = -.069$ )의 순으로 학령기 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 학령기 아동의 교우관계가 좋을수록, 정서행동문제의 정도가 낮고, 가정의 경제수준이 높을수록, 학업성적이 좋을수록, 만성질환이 없고, 학년이 낮을수록 삶을 구성하는 다양한 하위영역에 대해 전반적으로 만족감, 행복감이 높다는 것을 의미한다.

## 2) 만성질환을 가진 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

만성질환 아동의 전반적인 삶의 질을 측정하는 모형은 통계적으로 유의미( $F(8,282) = 11.409$ ,  $p < .001$ )하며, 상관계수는 .542(Adj- $R^2 = .268$ )로 나타나 만성질환 아동의 삶의 질 전체점수의 26.8%가 모형에 포함된 독립변수들에 의해 설명되고 있다(Table 8). 독립변수 간의 공차한계는 최대가 .954, VIF는 1.048로서 독립변수 간의 다중공선성의 문제가 없었다. 도출된 회귀식에 의해 개별 독립변수 중 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수를 살펴보면, 교우관계( $t = 6.643$ ,  $p < .001$ )와 정서행동문제( $t = -2.880$ ,  $p < .01$ )인 것으로 나타났다. 각 독립변수의 상대적 기여도를 나타내는 표준화계수에 의하면 교우관계( $\beta = .398$ ), 정서행동문제( $\beta = -.179$ )의 순으로 만성질환 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 만성질환을 가지고 있더라도 교우관

<Table 8> Results of multiple regression of QOL on school-aged children with chronic diseases (N = 291)

Independent variables		B	S.E	$\beta$	t
Child related variables	Grade	-1.381	.893	-.090	-1.547
	Gender	-1.379	1.405	-.058	-.982
Family related variables	Family form	-.662	1.941	-.020	-.341
	Birth order	-.091	.616	-.009	-.148
	SES	1.478	.803	.110	1.840
School related variables	School record	1.118	.762	.091	1.467
	Friendship	4.156	.626	.398	6.643***
Health related variables	Emotional-behavioral problem	-4.426	1.537	-.179	-2.880**
Invariable		54.610	4.738		11.525
R				.542	
R <sup>2</sup> (Adj-R <sup>2</sup> )				.294(.268)	
F				11.409***	

\*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

계가 좋고, 심리사회적 건강에 문제가 없다면 주관적으로 자신의 삶을 이루는 다양한 영역에 대해 만족감을 가진다는 것을 의미한다.

하는 다양한 하위영역에 대해 전반적으로 만족감, 행복감이 높다는 것을 의미한다.

### 3) 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

정서행동문제 아동의 전반적인 삶의 질을 측정하는 모형은 통계적으로 유의미( $F(8, 209) = 7.089, p < .001$ )하며, 상관계수는  $.462(Adj-R^2 = .183)$ 로 나타나 정서행동문제 아동의 삶의 질 전체점수의 18.3%가 모형에 포함된 독립변수들에 의해 설명되고 있다(Table 9). 독립변수 간의 공차한계는 최대가 .958, VIF는 1.044로서 다중 공선성의 문제가 없었다. 도출된 회귀식에 의해 개별 독립변수 중 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수를 살펴보면, 교우관계( $t = 5.927, p < .001$ )가 유일하게 나타났다. 이는 정서행동문제를 가진 아동의 경우, 교우관계가 좋을수록 삶을 구성

## IV. 결론 및 논의

이 연구는 한국 학령기아동의 삶의 질이 다른 나라의 아동들에 비해 현저히 낮고 신체적·심리사회적 건강이 우려할만한 수준이라는 문제의식을 바탕으로, 학령기 아동의 신체적·심리사회적 건강이 주관적으로 느끼는 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보았다. 먼저 신체적 건강과 심리사회적 건강은 유의한 상관관계가 있는지 검토하고, 실제로 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질이 일반아동과 차이가 있는지, 학령기 아동 및 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 각각 살펴보았다. 이러한 연구목적

<Table 9> Results of multiple regression of QOL on school-aged children with emotional-behavioral problems ( $N = 218$ )

Independent variables		<i>B</i>	<i>S.E</i>	$\beta$	<i>t</i>
Child related variables	Grade	-.981	.930	-.067	-1.055
	Gender	-.268	1.489	-.012	-.180
Family related variables	Family form	-.225	1.431	-.010	-.157
	Birth order	.126	.649	.012	.194
	SES	1.477	.871	.112	1.695
School related variables	School record	1.086	.788	.091	1.379
	Friendship	4.042	.682	.379	5.927***
Health related variables	Chronical diseases	-2.459	1.446	-.107	-1.700
Invariable		52.402	5.122		10.035***
<i>R</i>				.462	
$R^2$ (Adj- $R^2$ )				.213(.183)	
<i>F</i>				7.089***	

\*\*\* $p < .001$ .

을 달성하기 위해 서울, 경기도, 경상도, 전라도에 있는 초등학교 4, 5, 6학년 아동 972명과 담임 교사 47명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 수집된 자료 분석을 통해 나타난 주요 연구결과를 토대로 다음과 같은 논의점과 시사점을 제시할 수 있다.

첫째, 신체적·심리사회적 건강상태는 아동의 주관적인 삶의 질에 영향을 미친다. 학령기 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이 무엇인지 알아본 결과, 교우관계, 심리사회적 건강, 가정의 경제수준, 학업성적, 신체적 건강, 학년순으로 나타났다. 교우관계, 가정의 경제수준, 학업성적, 학년과 같은 건강 외적인 변수 역시 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났지만, 신체적, 심리사회적 건강이 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나왔다는 점을 간과할 수 없다.

특히 이 연구에서 신체적 건강과 심리사회적 건강은 서로 상관관계가 높은 것으로 밝혀졌다.

만성질환을 가진 아동이 정서행동문제를 동반할 가능성이 높고, 반대로 정서행동문제를 가진 아동이 만성질환을 가지고 있는 경우가 많은 것으로 나타났다. 그리고 만성질환아동의 경우, 정서행동문제가 동반되지 않을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 신체적·심리사회적 건강이 상당히 밀접한 관련을 가지고 있다는 관점(Eisen et al., 1979; Penedo & Jason, 2005)과 일치하며 신체적 건강 상태와 정신건강의 관계를 조사한 연구에서 정신건강이 양호한 사람일수록 만성적 신체질환으로 고통 받을 가능성이 3배 가까이 낮다는 결과(Keyes, 2005)와 관련이 있다고 할 수 있다. 또한 WHO(1948)가 제시한 건강의 정의를 바탕으로, 건강한 사람은 질병이나 장애가 없을 뿐만 아니라 신체적·정신적·사회적으로 만족감이 높은 사람이라는 것을 확인할 수 있는 결과이다. 따라서 학령기 아동의 삶의 질을 증진시켜 주기 위해서는 단순히 아동의 신체적인 질병을 예방·치료하거나, 정

서행동문제를 가진 아동을 대상으로 상담·교육을 실시하기 보다는 신체적, 심리사회적 건강을 함께 고려한 교육 프로그램이나 개입프로그램이 제공되어야 한다는 것을 알 수 있다.

둘째, 건강에 문제가 있는 아동은 자신의 건강 상태에 대해 부정적으로 인식하며 삶을 구성하는 다양한 영역에 대한 주관적인 만족감이 낮다. 이 연구에서 비만, 아토피성피부염, 천식, 비염 등과 같은 만성질환을 가진 아동의 경우, 질병이 없는 아동에 비해서 자신의 체력과 건강상태에 대해 만족하지 못하고, 자기 자신이나 외모 및 옷차림에 대해 걱정하는 것으로 나타났다. 그리고 친구와의 관계에 만족감을 느끼지 못하며 자신을 위한 시간이나 여가시간을 만족스럽게 보내지 못한다고 느꼈다. 이는 질병이 아동의 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다는 기존의 연구결과와 일치한다고 할 수 있다(Kim et al., 2001; Blaiss, 2008; Chmlin & Chren, 2010; Rutishauser et al., 1998; Schwimmer et al., 2003; Varni et al., 2007; Williams et al., 2005). 그러나 본 연구에서 심리적 건강, 기분과 정서, 부모와의 관계 및 가정생활, 학교생활 및 공부, 사회적 수용, 경제적 자원에서는 만성질환을 가진 아동이 만성질환을 가지지 않은 일반아동과 비슷한 수준의 행복감이나 만족감을 보였다. 이는 질병이 아동에게 부정적인 영향만을 주는 것은 아니라는 관점에서(Drotar, 1981) 해석할 수 있다. 이러한 관점은 장애나 만성적인 질병이 있더라도 자신의 질병에 대해 이해하고 감정을 잘 조절하며, 삶의 목적이나 의미를 찾아간다면 정신적, 사회적 건강을 유지할 수 있다고 본다(Albrecht & Devlieger, 1998). 학령기 아동이 많이 가지고 있는 만성질환은 대부분 아토피성피부염, 비염, 천식, 비만과 같이 일상생활에 어려움을 줄 수 있지만, 평소에 청결을 유지하고 식사조절 및 운동 등을 통

해 꾸준히 건강관리를 한다면 어느 정도 극복이 가능한 질병이다. 따라서 만성질환을 가진 아동이 자신의 질병을 잘 이해하고 관리할 수 있도록 돕는다면, 건강한 발달을 도모하고 삶의 질을 증진시켜줄 수 있을 것이다. 특히 만성질환을 가진 아동의 경우 정서행동문제가 동반되지 않을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났기 때문에 만성질환을 가진 아동의 삶의 질을 증진시켜주기 위해서는 단순히 아동의 신체적인 질병을 예방·치료하기보다는 질병으로 인해 우울, 불안과 같은 부정적인 감정을 느끼지 않도록 도움을 주는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다.

한편, 정서행동문제를 가진 아동의 경우는 삶의 질을 구성하는 대부분의 하위영역에서 낮은 만족감을 보였다. 이러한 결과는 우울증, ADHD, 품행장애와 같은 정서행동문제를 가진 아동이 부모-자녀 관계문제, 학교적응문제, 또래 관계 문제 등을 경험하며 낮은 자존감을 형성하는 등 발달상에 많은 어려움을 갖는다는 연구결과와 일치한다(Klassen et al., 2004; Landgraf et al., 2002; Ravens-Sieverer et al., 2008; Sawyer et al., 2002; Valois et al., 2001). 이 연구에서 정서행동문제는 교사가 아동에 대해 평가한 것을 바탕으로 하였다. 이는 교사가 아동의 심리사회적 건강을 객관적으로 판단하고 문제가 있는 아동을 조기 발견할 수 있다는 것을 의미한다. 학령기 아동은 방학을 제외하고 일 년 중 210일 정도 학교에 가며 하루 일과 대부분을 학교에서 보낸다. 따라서 학교는 아동의 심리사회적 건강을 증진시키거나 문제를 예방하고 조기개입에 관여할 수 있는 중요한 역할을 할 수 있다.

셋째, 학령기 아동에게 교우관계는 매우 중요하다. 교우관계는 연구에 참여한 전체아동을 대상으로 했을 때 삶의 질에 가장 많은 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 이는 성인을 대상으로

한 연구(Park & Kim, 2009a; Suh et al., 2010; Bowling, 1995)에서 가족·친구·직장동료와의 원만한 관계가 심리적 안정이나 행복감에 많은 영향을 미친다는 결과가 나온 것과 같이, 아동에게도 관계적 측면의 안정감이 삶의 질에 중요한 영향을 미친다는 것을 보여준다(Park & Kim, 2009b; Detmar et al., 2006). 특히 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동의 경우 전체아동을 대상으로 했을 때와는 달리 가정의 경제수준, 학업 성적, 학년이 삶의 질에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났지만, 교우관계는 전체아동을 대상으로 했을 때와 마찬가지로 삶에 질에 영향을 미치는 중요한 요인으로 나타났다. 만성질환아동과 정서행동문제를 가진 아동의 주관적인 삶의 질에서 또래관계에 대한 만족도가 낮았다는 점을 감안하면, 건강상에 문제가 있는 아동에게 친구와 좋은 관계를 맺는 것이 더욱 중요하게 여겨진다는 것을 알 수 있다.

마지막으로, 이러한 결론을 바탕으로 학령기 아동들에게 신체활동이나 문화체험, 예술 활동 등 친구들과 함께 할 수 있는 다양한 활동을 할 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다고 제안한다. 이는 아동에게 긍정적인 정서를 경험하고 교우관계를 증진시킬 수 있는 기회가 되어 건강한 발달과 주관적인 삶의 질을 높이는 방안이 될 것이다.

위와 같은 결론을 일반화하는 데에는 다음과 같은 제한점이 있으며, 그것을 보완하기 위한 후속 연구를 제안하고자 한다. 첫째, 이 연구에 사용한 삶의 질 측정도구는 외국에서 개발된 것으로서 우리나라 아동에게 그대로 적용하기에는 제한점이 따른다. 따라서 우리나라 아동의 발달 특성과 발달에 영향을 미치는 환경에 대한 이해를 바탕으로 한 삶의 질 측정도구의 개발이 필요하다. 둘째, 아동의 심리사회적 건강을 측정하는

도구로 강점·난점 질문지(SDQ)를 사용하였지만 네 가지 난점(정서문제, 품행문제, 과잉행동/주의력결핍문제, 또래관계문제)의 총점만을 사용하여 분석하였다. 후속연구에서는 아동의 강점이나 긍정적인 특질을 포괄적으로 평가하여 심리사회적 건강이 아동의 삶의 질에 미치는 영향을 분석할 필요가 있다. 셋째, 후기 학령기인 초등학교 4, 5, 6학년 시기에 제 2차 성징이 나타나며 급격한 신체적, 정신적, 사회적 변화를 경험하게 된다는 기존의 연구들을 바탕으로 이 시기 아동들을 연구대상으로 선정하였다. 그러나 이 연구의 대상 아동들이 실제로 2차 성징과 같은 생리적 신체변화를 경험하고 있는지 확인하지 못했다. 후속연구에서는 이 시기 아동들이 2차 성징으로 인해 경험하는 신체적 변화가 삶의 질에 영향을 미치는지 심층적으로 분석해볼 필요가 있다. 마지막으로, 이 연구는 아동의 자기보고와 교사의 보고를 바탕으로 이루어져 있다. 아동의 심리사회적 건강에 대한 객관적인 정보를 얻기 위해 교사의 평가를 분석에 활용하였다. 그러나 아동에게 가장 많은 영향을 미치는 환경이 가정이라는 점을 고려하여 부모 보고를 포함하였다면 아동의 삶의 질을 더욱 포괄적인 시각으로 분석할 수 있었을 것이다. 특히 부모는 자녀의 신체변화를 가까이에서 살펴볼 수 있기 때문에 제 2차 성징이나 질병과 관련된 객관적인 정보를 제공할 수 있을 것이다.

삶의 질은 신체적·심리적·사회적·경제적인 상태 등 개인의 삶을 구성하는 다양한 영역에 대한 만족감이나 행복감을 평가하는 것으로 이루어진다. 이는 건강상에 문제가 있거나 도움이 필요한 사람을 식별하고, 그들의 건강한 발달과 적응을 도울 수 있는 예방·개입프로그램 및 사회적인 정책을 마련하는 데 있어서 중요한 정보를 제공해준다. 따라서 학령기 아동이 자신



의 삶을 어떻게 인식하고 있는지 살펴본 이 연구는 아동의 건강한 발달을 지원하기 위한 유용한 지표가 될 것이다. 특히 이 연구에서는 학령기 아동의 신체적·심리사회적 건강상태가 주관적으로 느끼는 삶의 질에 영향을 미친다는 것을 확인하였다. 만성질환과 정서행동문제를 가진 아동의 삶의 질이 일반아동에 비해 낮고, 신체적·심리사회적 건강은 서로 상관관계가 있으며, 교우관계와 같은 관계적인 측면의 안정감이 학령기 아동의 삶의 질에 많은 영향을 미친다는 것을 밝혔다. 이러한 결과는 학령기 아동의 건강 관련 삶의 질을 증진시킬 수 있는 예방 및 개입전략을 마련하는데 있어서 중요한 기초 자료가 될 것이다.

## 참 고 문 헌

- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1998). The disability paradox : High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanili, A. (1999). Comorbidity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 57-87.
- Blaiss, M. S. (2008). Pediatric allergic rhinitis : Physical and mental complications. *Allergy and Asthma Proceedings*, 29, 1-6.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(1), 447-462.
- Bruil, J. (1999). *Development of a quality of life instrument for children with chronic illness*. The Netherlands : Health Psychology, Leiden University.
- Bruil, J., & Detmar, S. B. (2005). Measuring health-related quality of life in children : difficulties and challenges. *Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 5(5), 511-514.
- Chmlin, S. L., & Chren, M. M. (2010). Quality of life outcomes and measurement in childhood atopic dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 30(3), 281-288.
- Cho, G. H. (1996). Quality of life and subjective well-being. *Sogang University Institute of Social Sciences*, 5, 229-283.
- Cho, S. M., Oh, D. W., & Kim, S. Y. (2009). Comparison of parent-reported quality of life associated with functional levels in school-aged children with cerebral palsy. *The Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 17(1), 29-37.
- Compton, W. C. (2005). *An Introduction to Positive Psychology*. CA : Thomson Learning, Inc.
- Cremeens, J., Eiser, C., & Blades, M. (2006). Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years : A review of the literature. *Quality of Research*, 15, 739-754.
- Eisen, M., Ware, J. E., Donald. C. A., & Brook. R. H. (1979). Measuring components of children's health status. *Medical Care*, 18(9), 902-921.
- Detmar, S. B., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Bisegger, C., & the European KIDSCREEN group. (2006). The use of focus groups in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Quality of Life Research*, 15, 1345-1353.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being : Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Drotar, D. (1981). Psychological perspectives in chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 6(3), 211-228.
- Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A., & Patrickm, D. L. (2002). Adolescent quality of life, part I : conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25(3), 257-286.

- Eiser, C., & Mors, R. (2001a). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood, 84*, 205-211.
- Eiser, C., & Mors, R. (2001b). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research, 10*, 327-357.
- Fattore, T., Mason, J., & Watson, E. (2009). When children are asked about their well-being? : Towards a framework for guiding policy. *Child Indicators Research, 2*, 57-77.
- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index : Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science, 8*(1).
- Fitzpatrick, R. (1996). *Alternative approaches to the assessment of health-related quality of life*. in Offer, A. (1996). In Pursuit of the Quality of Life. New York : Oxford University Press Inc.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire : A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Hong, S. D., Yang, J. W., Byun, H., Lee, M. S., Kim, H. S., Oh, M. Y., & Kim, J. H. (2007). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL) : reliability and validity of the Korean version. *Journal of Korean Medical Science, 22*, 446-452.
- Hyun, M. Ho., You, J. M., & Lee, S. H. (2002). The effects of obesity, body image dissatisfaction, and binge eating on depression in middle school girls : testing structural equation modeling. *The Korean Journal of Clinical Psychology, 21*(3), 565-580.
- Jackson, S., & Bosma, H. A. (1992). Developmental research on adolescence : European perspective for the 1990s and beyond. *British Journal of Developmental Psychology, 10*(4), 319-337.
- Keyes, C. L. M. (2005). Chronic physical conditions and aging : Is mental health a potential protective factor?. *Aging International, 30*, 88-104.
- Kim, C. W., Park, J. W., Hong, C. S., Kim, Y. S., Park, J. W., Kim, G. Y., & Song, Y. S. (2001). The comparison of quality of life and stress among health, allergy and other-diseases groups. *The Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology, 21*(4), 647-656.
- Kim, H. J. (2007). The Effects of Emotional Intelligence and Social Intelligence on Quality of Life of Adolescents. Unpublished master's thesis, Graduate School Inha University.
- Kim, S. H., Han, D. H., Park, H. J., Byun, J. Y., Choi, Y. W., Choi, H. Y., & Myung, K. B. (2008). The relationship between Child and Adolescent Atopic Dermatitis, attachment and the quality of parental life. *Korean Journal of Dermatology, 46*(11), 1257-1462.
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004) Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Pediatrics, 114*(5), 541-547.
- Lee, J. H., Kim, H. Y., & Lee, J. H. (2007). Mothers of children with disabilities, rearing stress, quality of life. *Korean Journal of Child Health Nursing, 13*(1), 5-12.
- Landgraf, J. M., Rich, M., & Rappaport, L. (2002). Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families : development and evaluation of a new tool. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156*, 384-391.
- Lena, K. A., Rätty, Larsson, G., Söderfeldt, B. A., & Wilde Larsson, B. M. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence : the influence of gender, and general self-concept. *Journal of Adolescent Health, 36*, 21-28.
- Lisanne, L. S., Roy, O., Rutger, C. M., Engels, A.

- Vermulst, Jan, M. A., & Janssens, M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds : A review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13, 254-274.
- Management Center for Health Promotion of Seoul National University (2009). Development of mental health screening and case management system for Child & Adolescent.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children : a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7(1), 79-92.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Banfield, S. (2001). Body image and strategies to change muscle and weight and puberty : do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 2, 129-149.
- Mcgrath, E. P., & Reipetti, R. L. (2002). A longitudinal study of children's depressive symptom, self-perceptions and cognitive distortions about the self. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 77-87.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39(153), 146-166.
- Ministry of Health & Welfare (2006). Children's mental health screening results (the first half of 2006).
- Ministry of Health & Welfare, Korean Academy of Medical Sciences (2010). Normal growth and development : puberty. from <http://health.mw.go.kr> on November 8, 2010.
- Ministry of Health Prevention and Korean Centers for Disease Control and Prevention (2009). 2008 national health statistics : national nutrition survey report.
- Park, S. W., & Kim, Y. W. (2004). The comparison to self-determinaion and quality of life on type of disability and age of students with special learned needs. *The Journal of Special Education : Theory and Practice*, 15(4), 251-270.
- Park, Y. S., & Kim, U. C. (2009a). Psychological, relational and financial resources : How do they influence happiness among Koreans? *Korean Journal of Psychological and Social Issues*, 15(1), 95-132.
- Park, Y. S., & Kim, U. C. (2009b). Factors influencing happiness among Korean adolescents : with specific focus on the influence of psychological, relational and financial resources and academic achievement. *Korean Journal of Psychological and Social Issues*, 15(3), 399-429.
- Patrick, D. L., & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27(3), 217-232.
- Penedo, F. J., & Jason. D. R. (2005). Exercise and well-being : a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Petersen, A. C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 29, 583-607.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life : Concept, Policy and Practice*. NY : Routledge.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research : A Critical Introduction*, London : Sage.
- Ravens-Sieverer, U., Gosch, A. Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., & Duer, W. et al. (2005). The European KIDSCREEN Group : KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- Ravens-Sieverer, U., Michael Erhart, Angela Gosch, Nora Wille, & The European KIDSCREEN Group (2008). Mental health of children and adolescents

- in 12 European countries- results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 154-163.
- Rutishauser, C., Sawyer, S. M., & Bowes, G. (1998). Quality of life assessment in children and adolescents with asthma. *European Respiratory Journal*, 12(2), 486-494.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 41, 530-537.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *American Medical Association*, 289(14), 1813-1819.
- Seoul Child & Adolescent Mental Health Center (2005). 2005 epidemiology report : Prevalence of mental disorders survey of Pediatrics, Seoul.
- Shin, M. S., Cho, S. C., Jang, J. Y., Cheong, H. I., Choi, Y., & Ha, I. S. (2008). Development of a quality of life scale for children on chronic peritoneal dialysis. *The Korean Journal of Society of Pediatric Nephrology*, 12(2), 202-212.
- Shin, S. J. (2010). Patterns of Health-related Quality of Life and Factors Associated with Health Risks among Korean adults. Unpublished master's thesis. Seoul National University. Seoul, Korea.
- Stice, E., Prenell, K., & Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 32, 636-646.
- Song, S. M., & Kim, J. H. (2002). Agreement between parent's and teacher's ratings about problem behavior of children with ADHD and depression/anxiety. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 859-869.
- Suh, E. K., Koo, J. S., Lee, D. G., Jung, T. Y., & Choi, I. C. (2010). Meaning of Happiness in Korean. *The Korean Psychological Association*, 2010, 213-232.
- Kim, S. E. (2006). Clinical Factors affecting Quality of Life in Children with Epilepsy. Unpublished master's thesis. University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, Korea.
- Swarr, A. E., & Richards, M. H. C. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 17, 608-619.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires : Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents Handbook*. Lengerich, Germany : Pabst Science Publishers.
- Valois, R. F., Zulling, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25, 353-366.
- Varni, J. W., Limbers, C., & Burwinkle, T. M. (2007). Impaired health related quality of life in children and adolescents with chronic conditions : a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. Health and Quality of Life Outcomes. 5.
- WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life(WHOQOL) assessment : position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Williams, J. M., & Currie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence : Pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 20(2), 129-149.
- Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Water, E. (2005). Health-related quality of life of overweight and obese children. *American Medical Association*, 293(1), 70-76.

Won Seok Jang, Jae Won Yang, Yoosook Joung & Sungdo D. Hong (2006). Relationship between quality of life and body mass index in middle school students. *Korean Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 3-9.

Yonsei University Institute for Social Development (2009). 2009 Collection of Korean Child Well-being Index and Its International Comparison with other OECD Countries.

---

2011년 10월 27일 투고, 2012년 2월 8일 수정  
2012년 2월 10일 채택