

청소년 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이가 청소년 우울에 미치는 영향

김정현*·천성수**†

*삼육대학교 대학원, **삼육대학교 보건관리학과

Correlates of Depression and Perception Gap of Adolescents' Health-Related Quality of Life between Parents and Children

Jeoung-hyun Kim*·Sungsoo Chun**

*Department of Public Health, Graduate School, Sahmyook University

**Department of Health Management, Sahmyook University

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study is to evaluate the correlates of depression and perception gap of adolescents' Health-Related Quality of Life (HRQOL) between Parents and Children.

Methods: Research targets are all students and their parents who are enrolled in from 1st~3rd grade of middle school to 1st grade of high school which was selected intentionally. The survey was conducted from May 16th to June 9th in 2014 by research staffs equipped with structured questionnaire. PedsQL™4.0 Generic Core Scales and Korean form of the Kovacs' Children's Depression Inventory were the main tool for measuring the HRQOL and depression. Data of 985 respondents, both of parents and children, was used for analysis of this study.

Results: In terms of gender difference of depression, 5.8% of adolescents, 3.2% of male and 8.5% of female ($p<0.001$), are shown depression symptom. Depression rate of the low level students of academic achievement was 11.0% which is the lowest rate to compare to 4.3% of middle level and 2.6% of high level students ($p<0.001$). The case that parents overestimated their children's overall HRQOL is 3.699 times more likely to have depression symptom than the case which is in concurrence between parents and children. Especially the overestimation in social, emotional, and academic area of HRQOL promote depression 3.918 times, 3.371 times, and 2.258 times more than the agreement occurred of each areas. In contrast underestimation

접수일 : 2016년 3월 1일, 수정일 : 2016년 4월 30일, 채택일 : 2016년 6월 7일

교신저자 : 천성수(01795, 서울특별시 노원구 화랑로 815)

Tel: 02-3399-1668 Fax: 02-3399-1640 E-mail: chss97@syu.ac.kr

in physical area of HRQOL reduce depression 0.266 times less than the agreement occurred of the area.

Conclusion: The perception gap of adolescents' HRQOL between parents and children is the most influential factor to adolescents' depression among all variables which was evaluated in this study.

Key words: Depression, Quality of life, HRQOL, Adolescent, Perception gap of parents and children

I. 서론

우리나라 청소년의 23.6%(남학생 19.7%, 여학생 27.8%)가 지난 일 년 동안 우울감을 경험하고 있다(질병관리본부, 2015). 우울은 삶의 질과 연관이 깊다. 청소년의 삶의 질은 청소년의 급성질병으로부터 만성질병까지, 그리고 난치성 질병에서부터 예방 가능한 손상과 질병까지의 역학적 변화에 일차적으로 기여하며, 우울의 정도를 예측하는 중요한 척도로 권장되고 있다(Gerharz, Eiser와 Woodhouse, 2003). 청소년 대상 연구(이명순, 2007)에서 우울의 정도가 높을수록 삶의 질이 낮았고, 다양한 변수들 가운데 우울이 청소년의 삶의 질에 미치는 영향의 정도가 가장 크다. 심지어 우울이나 정신적인 문제가 있는 청소년이 신체적인 질병을 가지고 있는 청소년보다 건강관련 삶의 질의 수준이 낮은 것으로 보고되기도 하였다(Sawyer 등, 2002). 우울증은 삶의 질을 저하시킬 뿐 아니라 신체적 정신적 건강에 부정적인 영향을 주어 질병과 사망을 증가시키는 주요 원인이 된다(Frasure-Smith, Lesperance와 Talajic, 1993). 실제로 청소년에게 있어 우울은 장애보정손실연수(disability-adjusted live years lost, DALYs)에 가장 크게 기여하는 원인이다(WHO, 2014). 특히 우리나라 청소년의 사망원인 1위인 자살(통계청, 2014)은 우울과 관련이 깊다. 자살 및 자살시도가 주요우울장애와 밀접한 관련이 있어, 자살로 사망한 사람의 60%가 우울증을 앓은 것으로

보고된 적도 있다(전홍진, 2012). 한편 청소년의 자살은 성인과 다른 위험요인이 존재한다. 우울증과 충동성 등의 개인요인과 가정불화 및 부모와의 갈등, 교우관계 및 학업스트레스 등의 요인과 같은 다양한 위험요소들이 작용하고 있다(전홍진, 배주미와 우종민, 2013). 따라서 청소년의 삶의 질을 향상시키기 위해 청소년의 우울을 정확하게 측정하고 예방하는 것은 매우 중요한 보건과제 중 하나이다.

청소년기의 우울장애에는 정서적, 생물학적, 인지적 관점 등 다양한 인과요인들(이희연과 하은혜, 2015)이 기여하고 있으므로, 성, 연령, 경제수준, 성격, 부모의 양육태도 및 부모와의 관계 등과 깊은 관련이 있다(김빛나와 박주희, 2013; Roberts, Roberts와 Chen, 1997). 특히 부모자녀 관계와 부모의 양육태도 등은 아동청소년의 우울과 밀접한 관련이 있다. 부모의 양육태도는 자녀의 성격을 비롯한 인지 발달과 사회성 등에 중요한 영향(김기정, 1984)을 미치는데, 예를 들어, 부모의 양육태도가 수용적이고 자율적이라고 인식하는 청소년은 우울증상이 낮으며, 부모의 양육태도를 애정이 없고 무관심하며, 과보호와 간섭이 심하다고 인지하는 경우 청소년의 우울증상은 증가한다(김보경과 민병배, 2006).

또한 삶의 질에 대한 청소년의 자기 주관적 인식 역시 중요하다(WHO, 1993). 세계보건기구에서는 국제아동정신협회의의 기준에 부응하기 위해, 청소년의 삶의 질이 그들의 주관적 인식에 의한 자기 보고에 의해 측정이 될 수 있도록 권장하고 있

다(WHO, 1993). 일반적으로 청소년의 삶의 질 측정에 있어서 어머니의 보고에 기초하여 측정되는 경우가 많으나 이와 같은 방식보다는 청소년에게 직접 정보를 수집하는 것이 바람직하다. 그러나 어머니와 자녀 간에 다른 관점이 존재할 수 있음에 대하여 주의를 지적하고 있다(Gerharz, Eiser와 Woodhouse, 2003). 이와 관련된 최은석(2005)의 건강관련 삶의 질(신체, 정서, 사회, 학업 영역)에 대한 청소년과 부모의 일치도 결과, 대부분의 경우 정서, 사회, 학업 영역에서 자녀와 부모 간에 일치되지 않은 결과를 보였다. 심지어 청소년 암환자의 경우 암 치료와 관련된 부분을 제외한 신체적인 영역의 인식도에서조차 자녀와 부모 간에 일치하지 않는 경향을 보였다(Sawyer 등, 1999). 더구나 주관적이며 내면화된 영역인 경우, 부모의 관찰에 의한 측정과 자녀의 자기 보고식 측정 간에 상관성은 낮았다(곽금주, 2002). 따라서 최근에는 건강관련 삶의 질의 측정에 있어서는 부모와 청소년으로부터 각각 정보를 얻어서 비교하는 것이 활용성의 측면에서 타당하다는 지적이 있다(Kolotkin 등, 2006). 건강관련 삶의 질 측정도구인 PedsQL™ 4.0 generic core scales로 측정한 결과, 부모가 지각하는 자녀에 대한 건강상태가 의료의 이용에 더 크게 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Janicke, Finney와 Riley, 2001). 대체로 암처럼 위중한 질병인 경우 부모와 자녀 간에 건강관련 삶의 질에 대한 일치도가 비교적 높으나(최은석, 2005; Sawyer 등, 1999), 일반 청소년에 대한 부모의 자녀에 대한 보고는 대체로 자녀의 상태가 정확하게 반영되지 않은 경우가 많기 때문에 자녀와 부모가 동시에 정보를 제공하여 이들 간의 차이가 주는 정보에 대해 고려할 필요가 있음을 지적하고 있다(Sawyer 등, 1999).

부모의 자녀에 대한 관심과 과보호 정도에 대한 판단은 자녀의 삶의 질에 대한 부모·자녀 간인식 차이로 어느 정도 명확화 할 수 있는데, 이는 청소년 자녀와 부모 간 갈등의 주요 원인이 상호간의 인식과 가치관 차이로 흔히 유발되기 때문이다. 자

녀의 삶의 질에 대한 부모와 자녀 간의 인식차이는 갈등적 사고를 발생시켜 불편한 감정과 정서로 이어지므로 우울한 감정에 노출될 가능성이 높아진다(Rice와 Dolgin, 2008). Kolotkin 등(2006)은 청소년 대상의 체중관련 삶의 질의 측정도구를 개발하는 과정에서 부모의 자녀에 대한 건강관련 삶의 질에 관한 인식수준뿐만 아니라 자녀 스스로 건강관련 삶의 질을 측정한 결과 역시 함께 반영되도록 하므로써 도구의 정확도를 평가하였다. 국내의 부모·자녀 간 인식 차이에 대한 연구는 다수 있으나(곽금주, 2002; 최은석, 2005; 백현옥, 2011), 아직 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀 간의 인식 차이가 청소년의 우울에 미치는 영향에 대한 연구는 많지 않다.

아울러 본 연구를 통해 청소년 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이가 청소년의 우울에 미치는 영향을 파악하여, 부모 자녀 간에 건강과 관련된 인식의 공유를 통해 우울을 예방할 수 있는 프로그램 개발의 기초 자료를 제공하고자 하는 목적에서 본 연구는 수행되었다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 조사방법

본 연구는 구조화된 설문지에 의한 단면조사연구로서 청소년과 해당부모(부모대리인 포함)를 대상으로 조사를 실시하였다. 경기지역의 중·고등학교 1개교를 임의 선정하여 중학교 전 학급과 고등학교 1학년 전 학급의 학생과 그들의 부모를 연구 대상으로 하였다. 배포한 설문지 1,000부(청소년용 1,000부, 부모용 1,000부) 중 989부가 회수되었으며, 응답이 성실하지 못한 4부를 제외한 985부를 분석 대상으로 하였다.

연구의 수행 전 연구윤리위원회(SYUIRB2014-035)의 승인을 득하였으며, 조사 전 해당 중·고등

학교의 행정자를 방문하여 취지를 설명하고, 공식적인 조사협조 요청 공문을 접수하여 조사의 허락을 득하였다. 또한 조사대상 학교의 담임선생님들에게 훈련된 연구원이 직접 방문하여 학생과 학부모의 설문방법에 대하여 사전에 충분히 교육을 실시하였으며, 조사내용상 익명성이 보장될 수 있도록 설문지와 함께 밀봉할 수 있는 봉투를 제공하여 수거될 수 있도록 하였다. 원 도구의 저자인 Kolotkin 등(2006)의 방법과 동일하게 청소년설문지는 현장에서 작성될 수 있도록 하여 직접 배포된 봉투에 봉합하도록 하여 수거하였으며, 부모의 설문은 설문지와 함께 봉합용 봉투를 함께 학생들에게 주어 부모의 응답지를 부모가 직접 봉인하여 학교로 제출하도록 하였다. 또한 보호자설문동의서를 설문지에 첨부하여 서명이 함께 회수될 수 있도록 조치하였다. 조사는 2014년 5월 16일부터 6월 9일까지 약 3주간에 걸쳐 진행되었다.

2. 조사도구

부모에게는 응답자의 분류사항과 자녀의 건강관련 삶의 질(PedsQL™4.0 Generic Core Scales)만

조사하였고, 청소년에게는 인구사회변수와 건강관련 삶의 질, 우울(Korean form of the Kovacs' Children's Depression Inventory) 등의 조사를 하였다.

건강관련 삶의 질 측정도구인 PedsQL™4.0 Generic Core Scales는 Varni, Seid와 Kurtin(2001)이 개발한 23문항의 척도인데 최은석(2005)에 의해 번안된 후 13-18세의 청소년을 대상으로 신뢰도와 타당도가 검증된 도구이다. 이 도구는 신체영역(8문항), 정서영역(5문항), 사회영역(5문항), 학업영역(5문항)으로 구성되어 있으며, 5점 리커트 척도로 이루어져 있다. 이 도구의 개발시 각 문항을 0=100점, 1점=75점, 2점=50점, 3점=25점, 4점=0점으로 변환하여 분석하도록 권장(최은석, 2005)한 점을 따랐으며, 본 연구에서는 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 해석되도록 하였다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도는 자가 설문도구가 0.88, 부모 설문도구는 0.90이었고, 최은석의 연구(2005)에서 청소년 자가 설문도구의 신뢰도는 0.93이었다. 본 연구에서는 청소년 자가 설문도구의 신뢰도는 0.904였고, 부모 설문도구의 신뢰도는 0.916이었다. 각 하위영역에 대한 신뢰도는 <표 1>에 제시하였다.

<표 1> 우울과 삶의 질 척도의 신뢰도

척도	단위 : Cronbach's α	
	청소년 자기보고	부모 보고
우울척도	0.886	-
전반적인 삶의 질(23문항)	0.904	0.916
신체영역(8문항)	0.789	0.850
정서영역(5문항)	0.828	0.829
사회영역(5문항)	0.841	0.905
학업영역(5문항)	0.727	0.786

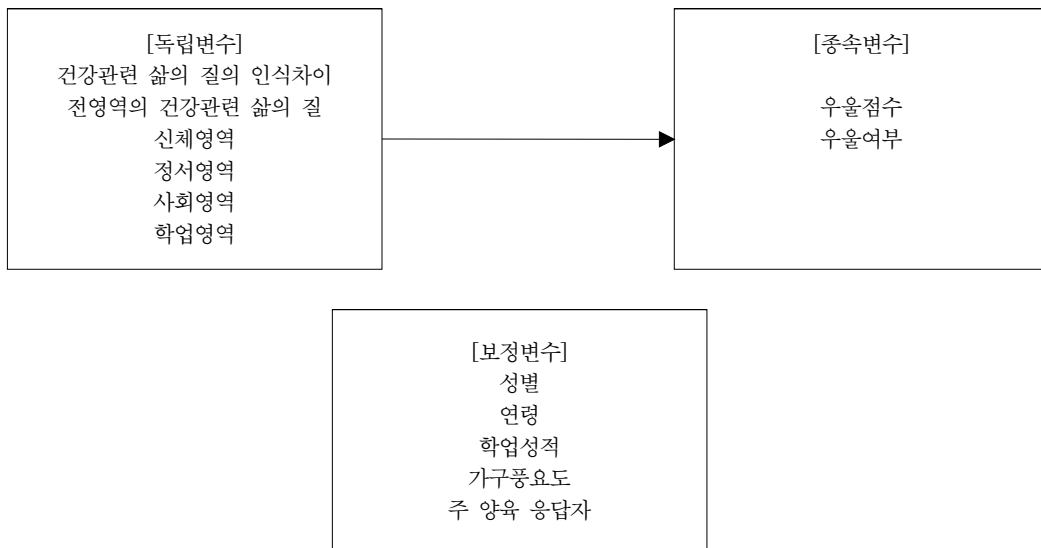
청소년의 우울을 측정하기 위하여, 소아우울척도(Children's Depression Inventory: CDI)를 사용하였다. 이 척도는 Kovacs(1985)가 Beck의 우울척도를 소아 연령에 알맞게 변형시킨 도구로 Cho와 Lee(1990)에 의해 한글판으로 표준화되었고 신

뢰도가 검증되었다. 이 도구는 모두 27문항으로 부정적 감정, 대인 관계문제, 비 효능감, 무욕감, 부정적 자존감의 5개 영역으로 구성되고 3점 척도(0~2점)로 구조화되어 있다. 지난 2주일 동안의 자신의 마음 상태를 자기보고식으로 평가하도록 되어있으

며, 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것으로 평가된다(Park 등, 2003). 이 도구의 개발 당시 신뢰도는 0.87이었으며, Cho와 Lee(1990)의 한국어판은 0.88이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 0.886이었으며(표 1), 하위 영역은 활용하지 않았으므로 하위 영역에 대한 신뢰도는 제시하지 않았다.

본 연구에서 독립변수는 청소년자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이며, 종속변수는 청소년 자녀의 우울이다. 보정변수로는 우울에 영향을 미치는 인구사회변수인 성(Kessler 등, 1993), 연령(Twenge와 Nolen-Hoeksema, 2002), 학업성적(Bhasin, Sharma와 Saini, 2010), 가구풍요도(Roberts, Roberts와 Chen, 1997), 그리고 부모(Sawyer 등, 1999)로 선정하였다. 본 연구의 분석틀은 [그림 1]과 같다.

3. 분석틀 및 분석방법



[그림 1] 연구 분석틀

우울의 진단은 총 점수에서 21점은 정상으로, 22점 이상을 우울로 분류하였으며(Cho와 Lee, 1990), 교차비 산출을 위해 정상을 0으로 우울을 1로 입력하였다. 청소년자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 차이를 위해 부모의 점수에서 자녀의 점수를 감하였다. 본 연구에서 부모와 자녀의 점수 차이에서 발생하는 상황을 함축적으로 표현하기 위한 용어를 다음과 같이 조작적으로 정의하였다. 즉, (-)부호는 자녀의 삶의 질을 좀 더 예민하게 낮게 평가한 것(과소불일치)을 의미하며, (+)부호

는 자녀의 삶의 질을 과대하게 높게 평가한 것(과대불일치)을 의미한다. 다시 말하면, 과소불일치는 부모가 자녀의 삶의 상태에 대해 자녀가 인식하고 있는 것보다 지나치게 세심하고 민감하게 평가한 것을 의미하고, 과대불일치는 부모가 자녀의 삶의 상태에 대해 자녀가 인식하고 있는 것보다 둔감하고 안일하게 평가한 것을 의미한다. 교차비 산출을 위해 문항 수를 고려하여 정서영역, 사회영역, 학업영역은 -1~+1을 일치의 범주에, 신체영역은 -2~+2를 일치의 범주에, 전영역의 건강관련 삶의

질의 경우는 -5~+5를 일치로 분류하였다. 일치영역 미만을 과소불일치로, 초과(이상)를 과대불일치로 분류하였다. 교차비의 산출을 위하여 과소불일치의 경우는 정상을 0으로 과소불일치를 1로, 과대불일치의 경우는 정상을 0으로 과대불일치를 1로 각각 범주화하였다. 보정변수 역시 교차비 산출을 위해 우울 유병률(표 2)을 고려하여 남자를 0, 여자를 1로, 13세 이상을 0, 12세를 1로, 성적과 가구풍요도는 각각 중상을 0, 하를 1로, 주 양육 응답자의 경우 아버지와 기타는 0으로 어머니는 1로 각각 범주화하였다.

인구사회변수에 따른 우울수준의 차이를 비교하기 위해 교차분석을 실시하였으며, 건강관련 삶의 질의 영역별 차이비교를 위해 t-test와 ANOVA-test를 실시하였다. 보정변수와 우울의 관련성 분석을 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하여, 단순교차비와 보정변수를 투입하여 최종교차비를 분석하였다. 청소년자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이와 우울의 관련성을 분석을 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하여 단순교차비와 최종교차비를 산출하였다. 최종교차비 산출 시 보정변수와 우울의 관련성 분석 중 최종교차비에서 유의미한 결과를 보인 성, 연령, 그리고 학업성적만으로 통제하였다. 분석에 사용된 통계프로그램은 SPSS 21.0버전이다.

<표 2> 인구사회변수에 따른 청소년 우울 차이

				단위 : %
	변수	우울비율	χ^2	p
성별	남자(n=503)	3.2	12.803	0.000
	여자(n=482)	8.5		
연령	12세(n=147)	8.8	4.022	0.403
	13세(n=251)	5.6		
	14세(n=278)	6.1		
	15세(n=219)	4.1		
	16세 이상(n=90)	4.4		
성적	하(n=310)	11.0	23.248	0.000
	중(n=323)	4.3		
	상(n=352)	2.6		

Ⅲ. 연구결과

1. 인구사회변수에 따른 청소년 우울 차이

<표 2>는 인구사회변수에 따른 청소년 우울증상률의 차이를 정리한 것이다. 조사대상 청소년의 우울증상률은 5.8%였으며, 특히 여학생의 우울증상률은 8.5%로 남학생 3.2%의 2배 이상이었다($p < 0.001$). 연령별 우울증상률에서는 12세가 8.8%로 가장 높고, 15세가 4.1%로 가장 낮았다. 그러나 연령별 우울증상률은 통계적으로 유의하지 않았다. 성적 분포에 따른 우울증상률은 하에 해당하는 학생의 11.0%가 우울에 노출되어 있으며, 중과 상은 4.3% 및 2.6%로 각각 통계적으로 유의하게 낮았다($p < 0.001$). 가구풍요도에 따른 우울증상률에서는 하위층이 11.1%로 가장 높으며, 중간층이 6.5%, 상위층이 4.7%의 순이었으나 통계적 유의성은 없었다. 자녀의 건강관련 삶의 질에 대해 어머니가 응답한 청소년의 우울증상률은 5.9%로 아버지나 기타 양육자가 응답한 청소년의 우울증상률 4.8%보다 수치상으로는 다소 높았으나 통계적으로 유의미하지는 않았다.

	변수	우울비율	χ^2	p
가구풍요도	하(n=45)	11.1	3.843	0.146
	중(n=448)	6.5		
	상(n=492)	4.7		
응답 부모	어머니(n=774)	5.9	0.375	0.604
	아버지와 기타(n=188)	4.8		
계(N=985)		5.8		

2. 인구사회변수와 우울의 관련성

<표 3>은 인구사회변수에 따른 우울의 교차비를 정리한 표이다. 먼저 단순교차비에서 보면, 남학생에 비해서 여학생의 우울 가능성이 2.830배 더 크며, 13세 이상에 비해서 12세 학생의 우울 가능성이 1.751배 더 크다. 성적이 하위에 있을 경우 중이나 상에 위치할 경우보다 3.492배 우울에 노출될

가능성이 더 크다. 그러나 가구풍요도와 응답부모자에 따른 우울증 발생 가능성의 차이는 통계적 유의성이 없었다. 성, 연령, 학업성적, 가구풍요도, 응답부모를 모두 투입하여 통제된 최종 모델에서, 성적하위자가 우울증으로 분류될 가능성이 3.477배로 가장 컸으며, 여학생이 남학생에 비해 3.012배, 12세가 그 이상의 연령보다 1.963배로 각각 더 높았다.

<표 3> 보정변수와 우울의 관련성

변수		단순		최종	
		교차비(95%CI)	p	교차비(95%CI)	p
성별	남학생	1	0.001	1	0.000
	여학생	2.830(1.566, 5.115)		3.012(1.635, 5.550)	
연령	13세 이상	1	0.089	1	0.049
	12세	1.751(1.918, 3.338)		1.963(1.003, 3.841)	
학업성적	중상	1	0.000	1	0.000
	하	3.492(2.020, 6.038)		3.477(1.961, 6.165)	
가구풍요도	중상	1	0.129	1	0.321
	하	2.135(0.809, 5.636)		1.682(0.602, 4.696)	
응답부모	아버지 및 기타	1	0.541	1	0.538
	어머니	1.257(0.604, 2.615)		1.267(0.597, 2.687)	

주) 최종교차비는 이상의 5가지 변수가 모두 투입되어 산출된 값임

3. 인구사회 변수에 따른 청소년 건강관련 삶의 질의 영역별 차이

<표 4>는 인구사회변수에 따른 청소년 건강관련 삶의 질의 영역별 평균점수를 정리한 것이다. 0~4점이 평균 점수범위이므로 2점이 중앙에 해당

된다. 청소년이 스스로 평가한 건강관련 삶의 질의 평균은 3.36점이며, 정서영역과 학업영역이 각각 3.20점으로 낮은 편이고, 사회영역이 3.57점으로 상대적으로 높다. 성별에 따른 차이를 보면, 남학생이 삶의 질의 전 영역에서 3.48점으로 여학생의 3.23점보다 높다($p < 0.001$). 모든 영역에서 여학생의 삶의

질에 대한 인식이 남학생에 비해 낮으며, 특히 여학생의 정서영역에서의 인식이 2.99점으로 현저히 낮은 것을 볼 수 있다($p < 0.001$). 연령별로는 모든 영역에서의 삶의 질에서 차이가 없다. 성적별로는 하위에서 상위로 갈수록 전반적인 삶의 질을 높게 인식하는 경향이 있고($p < 0.001$), 신체영역과 정서영역에서는 계층 간 학업성적수준에 따른 차이가 없으나, 사회영역과 학업영역에서는 성적이 하층에서 상층으로 갈수록 삶의 질을 양호하게 인식하고 있다($p < 0.001$). 가구풍요도에 있어서는 하위층에서

상위층으로 갈수록 전반적인 건강관련 삶의 질을 양호하게 인식하고 있으나($p < 0.01$), 정서영역과 학업영역에서는 통계적 차이를 보이고 있지 않다. 반면, 신체영역($p < 0.01$)과 사회영역($p < 0.001$)에서는 상위층에서 건강관련 삶의 질을 높게 인식하고 있다. 응답부모의 차이에서는 사회영역에서 어머니가 응답자인 경우 3.59점으로 아버지 및 기타 3.50점보다 통계적으로 유의한 점($p < 0.05$)을 제외하고 다른 영역에서는 통계적 차이가 없었다.

<표 4> 인구사회 변수에 따른 청소년 건강관련 삶의 질의 영역별 차이

단위 : 평균±표준편차

변수		삶의질 전영역	신체영역	정서영역	사회영역	학업영역
성별	남자(n=502)	3.48±0.44	3.56±0.46	3.29±0.67	3.63±0.52	3.29±0.60
	여자(n=480)	3.23±0.50	3.28±0.56	2.99±0.80	3.51±0.61	3.11±0.60
	p	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000
연령	12세(n=146)	3.40±0.48	3.49±0.48	3.24±0.56	3.57±0.56	3.24±0.64
	13세(n=251)	3.36±0.50	3.44±0.53	3.21±0.76	3.52±0.62	3.22±0.58
	14세(n=276)	3.34±0.49	3.43±0.53	3.16±0.79	3.57±0.59	3.14±0.64
	15세(n=219)	3.35±0.46	3.36±0.52	3.21±0.72	3.61±0.51	3.21±0.59
	16세 이상(n=90)	3.37±0.50	3.38±0.56	3.18±0.77	3.55±0.46	3.24±0.57
	p	0.866	0.253	0.884	0.243	0.403
학업 성적	하(n=309)	3.25±0.52	3.37±0.56	3.14±0.81	3.47±0.63	2.94±0.67
	중(n=321)	3.37±0.46	3.42±0.53	3.21±0.75	3.60±0.52	3.21±0.53
	상(n=352)	3.44±0.46	3.47±0.50	3.23±0.74	3.64±0.54	3.42±0.53
	p	0.000	0.070	0.341	0.000	0.000
가구 풍요도	하(n=45)	3.20±0.56	3.29±0.56	3.15±0.86	3.31±0.80	3.02±0.62
	중(n=446)	3.33±0.49	3.37±0.54	3.17±0.74	3.54±0.59	3.19±0.60
	상(n=491)	3.40±0.47	3.48±0.50	3.22±0.78	3.63±0.51	3.23±0.62
	p	0.005	0.003	0.540	0.000	0.061
응답 부모	어머니(n=772)	3.36±0.48	3.42±0.52	3.19±0.77	3.59±0.56	3.22±0.60
	아버지와 기타(n=187)	3.34±0.49	3.41±0.54	3.25±0.75	3.50±0.62	3.15±0.62
	p	0.535	0.885	0.370	0.043	0.198
계(N=982)		3.36±0.49	3.42±0.53	3.20±0.77	3.57±0.56	3.20±0.61

4. 우울점수와 건강관련 삶의 질 상관관계

<표 5>는 우울점수와 건강관련 삶의 질의 상관계수를 정리한 표이다. 우울점수는 자녀의 자기보

고 건강관련 삶의 질, 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모의 보고, 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식 차이 점수와 모두 유의미한 강한 상관성이 있다($p < 0.001$). 먼저 자녀가 스스로 보

고한 건강관련 삶의 질의 영역별 상관계수를 보면, 자기보고 건강관련 삶의 질의 평가와 우울은 강한 역상관성을 보이고 있다($r=-0.642$). 영역별로 보면, 정서영역에서의 역상관성($r=-0.610$)이 가장 크며, 학업영역($r=0.513$), 사회영역($r=-0.486$), 신체영역($r=-0.446$)의 순이다. 부모의 자녀에 대한 건강관련 삶의 질의 평가점수와 자녀의 우울점수 간에 역상관성($r=-0.317$)을 보이고는 있으나, 자녀가 스스로 평가한 건강관련 삶의 질의 점수와 우울점수의 역상관성($r=-0.610$)보다는 상대적으로 현저히 적다. 부모의 보고 중 신체영역($r=-0.296$)과 정서영

역($r=-0.296$) 보다 사회영역($r=-0.227$)에서의 역상관성이 상대적으로 적은 것이 특징이다. 부모와 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 인식의 차이와 자녀 우울의 상관성을 보면, 인식의 차이가 크게될수록 우울점수와 정의 상관관계를 보이고 있다($p<0.001$). 각 영역들 가운데 가장 강한 상관성은 정서영역에서의 차이인데, 그 차이가 클수록 우울과의 상관계수($r=0.353$)가 크다. 사회영역($r=0.275$), 학업영역($r=0.223$), 신체영역($r=0.204$)의 상관계수와 비교해 보면, 정서영역의 차이가 우울과 더 큰 상관관계를 보이고 있음을 알 수 있다.

<표 5> 우울점수와 건강관련 삶의 질 점수의 상관관계

		삶의 질의 영역	상관계수
보 고	자녀의 보고	삶의 질 전 영역	-0.642
		신체영역	-0.446
		정서영역	-0.610
		사회영역	-0.486
		학업영역	-0.513
주 체	부모의 보고	삶의 질 전 영역	-0.317
		신체영역	-0.296
		정서영역	-0.296
		사회영역	-0.227
		학업영역	-0.283
부모와 자녀보고의 차이	삶의 질 전 영역	신체영역	0.346
		신체영역	0.204
		정서영역	0.353
		사회영역	0.275
		학업영역	0.223

주) 모든 상관계수가 유의수준 0.001의 수준에서 유의함

5. 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이와 청소년 우울의 관련성

<표 6>은 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이와 청소년 우울의 교차비를 정리한 것이다. 전반적인 건강관련 삶의 질에서 부모가 자녀의 삶의 질을 과대하게 평가하여 발생한 불일치하게 될 경우(과대불일치), 일치하게 평가한

경우에 비해서 자녀가 우울증에 노출될 가능성이 4.190배나 크다. 성, 연령 및 학업성적으로 통제를 한 최종 모델에서도 3.699배나 더 큰 것을 확인할 수 있다. 그러나 과소하게 평가한 경우(과소불일치)는 통계적 차이는 없었다. 사회영역에서의 과대 불일치한 경우, 단순교차비에서는 4.489배, 최종모델에서는 3.918배로 우울 가능성이 가장 높았으며, 다음으로는 정서영역에서 과대불일치한 경우 단순

교차비에서는 3.596배, 최종모델에서는 3.371배로 높았다. 학업영역에서의 과대불일치인 경우는 단순 교차비에서 2.624배, 최종모델에서는 2.258배 높은 것으로 나타났다. 반면에 신체영역에서는 과소불일

치한 경우에 오히려 교차비가 0.268배(단순교차비), 0.266배(최종모델)로 우울 가능성이 통계적으로 더 낮았다.

<표 6> 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이와 청소년 우울의 관련성

삶의 질의 영역		단순		최종	
		교차비(95%CI)	p	교차비(95%CI)	p
전반적인 건강관련 삶의 질	일치	1		1	
	과소불일치	1.228(0.379, 3.982)	0.732	1.224(0.377, 4.107)	0.720
	과대불일치	4.190(2.066, 8.499)	0.000	3.699(1.803, 7.586)	0.000
신체영역	일치	1		1	
	과소불일치	0.268(0.119, 0.606)	0.002	0.266(0.115, 0.619)	0.002
	과대불일치	5.250(0.642, 42.904)	0.122	4.991(0.493, 50.550)	0.174
정서영역	일치	1		1	
	과소불일치	1.091(0.397, 2.996)	0.866	1.021(0.362, 2.884)	0.969
	과대불일치	3.596(1.806, 7.160)	0.000	3.371(1.660, 6.845)	0.001
사회영역	일치	1		1	
	과소불일치	1.249(0.446, 3.499)	0.672	1.251(0.442, 3.538)	0.673
	과대불일치	4.489(2.408, 8.370)	0.000	3.918(2.076, 7.396)	0.000
학업영역	일치	1		1	
	과소불일치	0.848(0.303, 2.374)	0.754	0.762(0.268, 2.165)	0.610
	과대불일치	2.624(1.409, 4.886)	0.002	2.258(1.196, 4.264)	0.012

주) 최종교차비는 성별, 연령, 성적으로 통제되었음

IV. 논의

본 연구의 결과 청소년의 건강관련 삶의 질과 우울은 서로 관련성이 크다. 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 남녀 청소년 모두 자율적인 가정 환경이 공통적으로 중요하지만(김해영, 2000), 부모와 자녀가 바라보는 삶의 질의 관점이 다르기 때문에(Holmbeck와 O'Donnell, 1991), 본 연구에서도 청소년 자녀의 삶의 질에 대한 인식에 대한 부모와 자녀 간에 상당한 불일치가 나타났다. 이러한 결과를 보이는 이유는 주관적이며 내면화된 영역인 경우, 부모 관찰에 의한 측정과 자녀 자기 보고측정 간에 상관성이 낮기 때문이다(곽금주, 2002). 특히

본 연구에서 신체영역을 제외하고 정서, 사회, 학업 영역에서 부모인식의 과대불일치 현상이 청소년 우울에 더 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. Waters, Stewart Brown과 Fitzpatrick의 연구(2003)에서도 모든 청소년들이 자신의 건강과 안녕상태를 부모들보다 덜 낙관적으로 평가하였던 결과와 일치한다.

일반적인 건강관련 삶의 질 평가에서는 청소년이 부모보다 낮게 평가(Britto, 2004)하여 부모의 과대불일치가 이루어지지만, 질병에 이환된 경우 청소년이 부모보다 덜 민감하게 평가하는 경향(Britto, 2004)으로 인해 부모의 과소불일치 현상이 나타난다. 특히 청소년 자녀와 부모의 관계에 있어

서 부모와 자녀의 역할에 대한 인지부조화가 발생되어, 자녀에 대한 건강관련 삶의 질의 평가에서의 부모와 자녀의 불일치는 우울 등의 갈등 현상으로 발현된다.

본 연구 결과 청소년자녀의 건강관련 삶의 질 영역에서 사회영역과 정서영역에서의 부모의 과대 불일치가 청소년 우울에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 6). 부모와 자녀의 정서영역에서의 차이가 청소년 우울에 가장 민감하게 반응하고 있다. 그 다음이 사회영역이다(표 5). 특히 정서영역에서의 평균점수가 다른 영역과 비교하여 상대적으로 가장 낮은 반면(표 4). 정서영역과 우울의 상관관계가 매우 큰 점을 볼 때, 부모와 자녀의 인식차이가 청소년 우울에 민감하게 반응하는 이유를 설명하는 대목이다. 삶의 질에서 정서영역은 부모와 자녀의 정서적 교감과 민감하게 반응한다(Collins과 Russell, 1991). 특히 부모의 양육태도(김기정, 1984)는 자녀의 정서적 삶의 질에 영향을 미친다. 양육태도란 부모가 자녀양육시 일반적으로 나타내는 태도(이숙, 1988)이기 때문에 수용과 거부, 자율과 통제, 과잉과 비과잉(김기정, 1984)에 의해 자녀의 정서발달에 기여한다. 부모의 태도가 따뜻하고 수용적일 때, 자녀는 자율성과 창의성을 기반으로 자기주도적 사회활동을 유지하지만, 부모의 태도가 적대적이고 제한적일 때는 자녀는 스스로에게 공격적이 되거나 위축되어 내면적 갈등을 경험하게 된다(이숙, 1988).

삶의 질의 사회영역은 청소년기에서 매우 중요한 부분을 차지한다. 성인보다 청소년이 다른 사람들과의 활동에서 더 많은 스트레스에 노출된다(Goyen와 Anshel, 1998). 특히 청소년기에는 이성교제에 대한 관심이 두드러지게 되면서 부모와 갈등을 경험하게 되는데, 청소년 자녀는 부모보다 이성교제로 인한 갈등을 경미하게 인식하므로(백옥현, 2011), 이성교제에 대해 부모가 긍정적인 관점을 가질수록 부모와 자녀의 갈등수준이 낮았다(백옥현, 2011). 또한 청소년기에는 가정의 지도로부터

많은 시간을 떨어져 보내기 때문에, 부모와 자녀의 사회영역에 대한 인식의 차이가 커진다(Collins와 Russell, 1991).

우울은 지속적인 슬픈감정, 외로움 등의 정서적 증상, 자기비난, 죄의식 등의 인지적 증상, 그리고 불면증, 식욕감퇴, 체중변화 등의 생리적 증상을 동반할 뿐만 아니라 사회적 관계의 손상과도 관련이 깊다(Beck, 1967). 주목할 점은 청소년기 우울증은 성인과 달리 첫 번째, 충동적 행동, 약물남용이나 행동장애가 동반되며(Frances 등, 1994), 두 번째, 일시적인 우울증세가 반복되는 경향을 보인다(Pamella와 Williams, 1998). 본 연구 결과 인구사회변수별로 우울의 관계에서 여학생이 남학생에 비해 우울장애가 현저히 높고(3.012배), 성적이 하위에 해당하는 학생이 중·상위에 해당하는 학생에 비해 우울장애율이 매우 높으며(3.477배), 12세의 학생이 13세 이상의 학생에 비해 우울장애율이 높다(1.963배). 반면 가구풍요도와 응답부모의 차이는 우울장애와 통계적으로 유의하지 못하였다.

여성이 남성에 비해 우울장애에 더 많이 노출되며, 심각한 경우 자살로까지 이어진다(WHO, 2014). 전 생애에서 보면 여성이 남성에 비해서 DSM-III-R 우울장애를 가질 가능성이 1.7배(Kessler 등, 1993)로, 청소년 초기(Kessler 등, 1993) 또는 청소년중기 이후(이희연과 하은혜, 2015)에 우울장애 비율에서 성별 차이가 뚜렷하고, 여자청소년의 우울증상이 심화되기 시작하여 50대 중반까지 그 차이가 유지된다(Kessler 등, 1993). 초·중·고 학생을 대상으로 한 연구(신민정, 정경미와 김은성, 2012)에서, 우울 및 불안 증상의 성차가 중학교1-2학년 때 발현되나, 고등학교 때는 이 같은 성차가 사라지는 것으로 보고되기도 하였다. 여학생의 반추 반응양식, 즉 우울한 감정을 느낄 때 그 의미와 결과를 수동적으로 반복하여 생각하는 경향이 남학생보다 높은 점(김빛나와 박주희, 2013)이 그러한 성 차이를 유발하는 것으로 해석된다.

연령과 우울의 관계는 대체적으로 상반된 결과

와 견해를 보여주고 있다. 저소득층 초등학생과 중학생대상 연구에서, 연령에 따른 우울에서 차이가 발견되지 않았으며(문지혜, 윤희경와 박혜원, 2011), 특히 남자아동의 경우 연령에 따른 우울의 발현이 통계적으로 유의하지 않으나, 여자아동의 경우 아동에서 청소년으로 이어지는 시기에 우울의 발현이 현저히 높아지는 경향을 보여주기도 한다. 특히 12세에서 우울점수가 두드러지게 높아지는 현상을 보이면서, 15세까지 우울점수가 조금씩 증가하는 경향이 있다(Twenge와 Nolen-Hoeksema, 2002). 한편 1990년대 이후 우울발병연령은 서서히 낮아지고 있는 추세인데(MOO-ESTRELLA와 Jesús 등, 2005), 이는 과거보다 빨라진 사춘기로 인한 신체적 변화(박광숙, 이영희, 고성희, 2012), 과도한 학업(유기영 등, 2000)과 부모의 양육행동변화(김혜영, 2000) 등과 관련성을 추측해 볼 수 있다. 또한 최근 조기 성숙과 급격한 교육환경 등의 변화로 인해 우울과 스트레스의 영향이 낮은 연령층으로 이동하고 있을 가능성도 제기되고 있다. 또한 신민정 등의 연구(2012)에서 남·녀 모두 중학교 1학년이 고등학교 1학년 보다 우울 점수가 더 높았던 결과도 본 연구의 결과에 의미를 더해 준다.

성적과 우울의 관계는 경쟁에 내몰리는 우리나라의 현실에서 관련성이 깊어, 성적이 하위권일수록 우울장애가 높으며(이경금, 2012), 미국의 9-12 학년을 대상으로 한 연구(Bhasin, Sharma와 Saini, 2010)에서도 우울, 걱정 및 스트레스 등은 학업성취도와 역상관계가 있음을 보고하고 있다. 가구 풍요도는 행복감과 건강감과 관련이 있는 것으로 보고된 연구(김태형, 2015), 가구 풍요도와 우울 간에 상관없는 연구(Twenge와 Nolen-Hoeksema, 2002) 등 상반된 결과들이 있다. 12-19세 청소년이 인지하는 우울의 경우에 부모의 사회경제적 수준이 낮은 집단에서 더 높은 분포(박다혜와 장숙량, 2013)를 보이기도 하고, 극빈층과 고소득층에서 우울장애가 높게 나타난 연구(이경금, 2012), 그리고 학년이 올라감에 따라 극빈층에서 우울증가율이 가장

두드러진 결과 등 다양한 견해가 있다. 그리스의 아동(8-12세)연구에서도 가구 풍요도와 우울의 상관관계를 발견하지 못하였다. 부모의 양육태도와 우울의 관계도 각각 다른 결과를 보이고 있다. 그것은 남학생과 여학생이 부모의 양육태도에 따라 각각 다르게 영향을 받기 때문으로, 남학생은 아버지의 방치나 과잉기대, 어머니의 지나친 감독과 방치 등이 우울과 관련이 있고, 여학생은 아버지의 과잉간섭과 낮은 애정, 어머니의 과잉간섭, 방치, 낮은 애정 등이 우울과 관련이 있기 때문에(정지영, 2009), 자녀의 삶의 질에 대한 어머니 혹은 아버지의 평가는 자녀의 우울과 관련성이 약한 것으로 해석된다. 홀 부모는 두 부모의 경우보다 청소년 자녀의 심리사회적 기능을 낮게 보고하는 경향(Sawyer 등, 1999)이 있지만, 본 연구에서는 홀 부모여부에 대한 것이 아니라 부모에 대한 질문으로 응답부모에 따른 차이는 발견하지 못하였다.

본 연구결과 학업영역에서 부모의 과대불일치에서 정서영역이나 사회영역의 과대불일치에 비해 청소년우울가능성이 상대적으로 낮다. 우리나라에서 학업은 어느 다른 영역보다 중요한 과제이다. 부모는 자녀의 학업상태에 대해 많은 부분에서 자녀와 공유하는 영역이 많기 때문에 이러한 결과가 산출된 것으로 해석된다. 특이한 점은 신체영역에서 부모의 과소불일치가 청소년의 우울을 낮추는 것으로 나타난 결과이다. 부모가 보고한 자녀의 삶의 질에 대한 점수와 우울점수와의 상관계수에서 신체영역이 정서영역과 동일하게 높은 상관관계를 보이고 있으나(표 5), 부모와 자녀의 인식차이와 우울점수와의 상관계수는 모든 영역 중 신체영역의 상관계수가 가장 낮다. 아동청소년이 질병이나 건강상 문제가 있는 경우 자녀의 보고가 종종 신뢰할 만하지 못하여, 어머니의 보고를 함께 고려하도록 한다(Gerharz, Eiser와 Woodhouse, 2003). 청소년 자녀는 자신의 건강상의 문제를 가볍게 생각하는 반면 부모는 자녀의 건강상 문제를 보다 중하게 평가하는 경향이 있기 때문에(Eiser와 Morse, 2001),

부모가 자녀의 삶의 질에 대해 낮게 평가(과소불일치)하게 된다. 이 경우 자녀의 건강상태나 우울을 예측하는데 있어 부모의 평가가 자녀 스스로의 평가보다 더 정확한 것을 의미한다. 그래서 건강관련 삶의 질 영역 중 부모 자녀 간 비가시적 영역에 비해 가시적 영역의 일치도가 높거나 부모의 평가가 더 나은 경우가 많으며(Eiser와 Morse, 2001), 특히 통증이나 건강상의 문제 등 가시적 영역에서 근접한 일치를 보였다(Waters, Stewart Brown와 Fitzpatrick, 2003). 또한 심혈관질환을 가진 아동들에 대한 부모 보고는 자녀의 평가 보다 삶의 질이 더 낮은 것으로 평가되었으며(Uzark 등, 2008), 자녀가 암치료 중인 경우, 그렇지 않은 경우에 비해 자녀의 신체적 영역의 질을 그들 자녀보다 더 낮게 평가하여 부모와 자녀 간 불일치 보였다(Sawyer 등, 1999). 암환자 청소년은 정서 영역을 제외한 신체·사회·학업 영역에서 부모와 일치되는 결과를 보인 반면, 건강한 청소년은 정서·사회·학업 영역을 제외한 신체 영역에서만 부모와 일치한 결과(최은석, 2005)를 보인 등이 본 연구의 결과를 지지한다.

본 연구의 한계점으로는 청소년이 우울하기 때문에 정서적인 영역과 사회적인 영역 등에서 부모보다 더 낮게 평가할 수 있음을 검증하지 못한 점이다. 추후 구조방정식 모형 등의 추가 연구를 통해 선행관계를 비롯한 심층적 분석이 필요한 것으로 판단된다. 또한 부모와 자녀간의 점수 차이가 발생하는 원인을 탐색하지 못하여 우울을 해결하기 위한 구체적인 대안을 제시하기 어려운 점도 한계점으로 지적될 수 있다. 조사의 특성상 청소년 전 연령을 연구대상에 포함시키지 못한 점과 부모의 설문은 받아야 하는 조사의 특성상 임의로 중·고등학교 1개교만을 선정된 점 등이다. 이러한 한계점에도 불구하고 선정된 대상자 전수를 조사한 점과 타당성이 인정된 도구를 통해 청소년자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀본인의 인식도를 조사하여 청소년 우울과의 관련성을 분석한 점에서 연구의 의의를 찾을 수 있다.

V. 결론

본 연구를 통해 인구사회변수보다 청소년 자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 부모와 자녀의 인식차이가 청소년 우울에 가장 크게 영향을 미친다는 점(3.699배)을 발견한 것이 가장 의미 있는 결론이다. 특히 삶의 질의 정서영역과 사회영역에서의 부모의 과대불일치는 청소년우울증 발병가능성을 약 3-4배 높일 정도로 크다. 또한 신체영역에서의 과소불일치는 우울가능성을 유의미하게 낮추고 있다. 이는 신체적 현상에는 부모들이 세심한 관심을 갖는 반면, 정신적이고 심리적인 부분에는 둔감하다는 의미이다. 여자청소년이 우울이 현저히 높은 점뿐 아니라, 가구풍요도는 청소년 우울에 영향을 미치지 못하는 반면, 성적이 하위에 해당하는 청소년도 우울에 이환될 가능성이 3.477배 높은 점과 서구의 연구(Twenge와 Nolen-Hoeksema, 2002)와 유사하게 중학생이 되는 만 12세 청소년의 우울증 가능성도 현저히 높은 점(1.963배)도 주목할 만한 결론이다.

우울은 재발률이 매우 높고 만성화가 되면 치료되기 어려운 장애(이희연과 하은혜, 2015)이고, 우울에 영향을 주는 변인을 없애는 것 보다 우울에 영향을 미치는 요인들의 기능을 증진시키는 것이 더 효과적이므로(김효은, 2012), 부모 자녀 간의 대화와 공감을 통해 건강관련 삶의 질에 대한 인식의 차이가 감소되도록 하는 것이 청소년 우울을 예방하는 매우 중요한 요소이다. 특히 절반이상의 우울 및 정신건강 장애가 주로 14세에 시작되나 대부분 인식되지 못하고 치료되지 못하여 평생을 통해 심각한 문제들이 나타나고(WHO, 2014), 성인기 우울은 대부분 청소년기에 시작되고 있는 점(Kessler 등, 1994)을 고려할 때, 청소년자녀의 건강관련 삶의 질에 대한 인식의 공유는 청소년의 삶의 전반을 건강하게 할뿐 아니라, 장애의 정신건강과 우울에 방을 위해 매우 바람직한 것으로 판단된다. 따라서 청소년의 정신건강과 관련된 보건교육프로그램을

제공할 때, 부모-자녀의 상호소통과 관련된 프로그램이 적용된다면 청소년의 우울예방뿐 아니라 건강관련 삶의 질 향상에 기여할 것으로 판단된다.

참고문헌

1. 박금주. 아동 심리 평가와 검사. 서울: 학지사, 2002.
2. 김기정. 학업성취와 지각된 양육태도가 자아개념에 미치는 영향. 교육학회지, 1985;23(3):35-52.
3. 김보경, 민병배. 청소년우울과 지각된 부모양육행동, 기질 및 성격의 관계. 한국심리학회지:임상, 2006;25(1):221-236.
4. 김빛나, 박주희. 청소년의 학업 스트레스가 우울증상에 미치는 영향과 반응양식의 조절효과. 아동학회지, 2013;34(3):113-128.
5. 김태형. 가구풍요도가 청소년의 행복감에 미치는 영향: 주관적 건강의 매개효과분석. 한국산학기술학회, 2015;16(3):1692-1698.
6. 김혜영. 초기청소년이 지각한 부모양육행동이 심리사회적 부정응에 미치는 영향. 한국사회복지학회 2000년도 추계학술대회자료집, 2000, 205-223.
7. 김효은. 초기청소년의 부모애착, 역기능적 태도, 자아정체감, 자아탄력성, 사회적지지 및 우울간의 구조적 관계분석[박사학위논문]. 부산: 동아대학교 대학원, 2012.
8. 문지혜, 윤혜경, 박혜원. 저소득층 가정 아동, 청소년의 우울에 영향을 미치는 자아관련 변수와 부모관련 변수의 분석. Family and Environment Research, 2011;49(6):57-66.
9. 박광숙, 이영희, 고성희. 초등학교 고학년 학생의 사춘기 체험. 질적연구, 2012;13(2):79-91.
10. 박다혜, 장숙량. 부모의 사회 경제적 지위가 청소년의 스트레스, 우울, 자살생각에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 2013;14(6):2667-2676.
11. 백옥현. 이성교제에 대한 청소년 자녀와 부모간의 지각의 차이와 갈등. 청소년학연구, 2011; 18(12):29-54.
12. 신민정, 정경미, 김은성. 한국 청소년들의 우울 및 불안에 대한 성차 연구. 한국심리학회지: 임상, 2012;31(1):93-114.
13. 유기영, 신영규, 은백린, 박상희, 독고영창. 수도권 지역 청소년들의 우울증. 소아과, 2000;43: 172-8.
14. 이경금. 인공신경망 모형을 이용한 청소년 우울에 미치는 요인 분석 및 영향 예측[박사학위논문]. 목포: 목포대학교 대학원, 2012.
15. 이명순. 청소년 삶의 질에 영향을 미치는 요인 [박사학위논문]. 천안: 백석대학교 기독교전문대학원, 2007.
16. 이숙. 자녀가 지각한 부모의 양육태도 및 이에 영향을 주는 요인[박사학위논문]. 서울: 이화여자대학교 대학원, 1988.
17. 이희연, 하은혜. 청소년 우울증상의 지속에 대한 인지취약성의 영향과 성차: 6개월 종단연구. 한국심리학회지: 여성 2015;20(2): 157-179.
18. 전홍진. 우울증과 자살 역학 연구. J Korean Med Assoc, 2012;55(1):322-328.
19. 전홍진, 배주미, 우종민. 청소년 자살 관련 현황 및 위험요인. 대한의사협회지, 2013;56(2): 93-99.
20. 정지영. 중학생 우울과 지각된 부모양육태도, 인지적 정서조절전략, 행동억제 기질 간의 관계: 성차를 중심으로[석사학위논문]. 서울: 서울대학교 대학원, 2009.
21. 질병관리본부. 제11차(2015년) 청소년 건강행태 온라인 조사 통계. 오송: 질병관리본부, 2015.
22. 최은석. 청소년의 건강관련 삶의 질 측정도구 (PedsQLTM 4.0 Generic Core Scale)의 타당도, 신뢰도 검증. 간호학탐구, 2005;14(1):166-182.
23. 통계청. 2014년 사망통계원인. 대전: 통계청, 2015.
24. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Philadelphia: University

- of Pennsylvania Press, 1967.
25. Bhasin SK, Sharma R, Saini NK. Depression, anxiety and stress among adolescent students belonging to affluent families: A school-based study. *The Indian Journal of Pediatrics* 2010; 77(2):161-165.
 26. Britto MT, Kotagal UR, Chenier T, Tsevat J, Atherton HD, Wilmott RW. Differences between adolescents' and parents' reports of health related quality of life in cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology* 2004;37(2):165-171.
 27. Cho S, Lee Y. Development of the Korean form of the Kovacs' Children's Depression Inventory. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 1990;29(4):943-56.
 28. Collins WA, Russell G. Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: A developmental analysis. *Developmental Review* 1991;11(2):99-136.
 29. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research* 2001;10(4):347-357.
 30. Frances A, First MB, Pincus HA, Widiger TA, et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
 31. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270: 1819-1825.
 32. Gerharz EW, Eiser C, Woodhouse CRJ. Current approaches to assessing the quality of life in children and adolescents. *BJU International* 2003;91(2):150-154.
 33. Goyen MJ, Anshel MH. Sources of acute competitive stress and use of coping strategies as a function of age and gender. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1998;19(3): 469-486.
 34. Holmbeck GN, O'Donnell K. Discrepancies between perceptions of decision making and behavioral autonomy. In R. L. Paikoff(Ed.), *Shared views in the family during adolescence: New directions for child development* (pp. 51-69). San Francisco: Jossey-Bass, 1991.
 35. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care* 2001;39:990-1001.
 36. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 1993;29(2-3):85-96.
 37. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(1):8-19.
 38. Kolotkin RL, Zeller M, Modi AC, Samsa GP, Quinlan NP, Yanovski JA, et al. Assessing weight related quality of life in adolescents. *Obesity* 2006;14(3):448-57.
 39. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21(4): 995-8.
 40. Moo-Estrella, Jesús, et al. Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of Medical Research* 2005;36(4):393-398.
 41. Pamela JB, Williams RB. Depression in the Adolescent Patients. *Adolescent Medicine: State*

- of the Art Rev* 1998;9:351-62.
42. Park HS, Sun WS, Ou SW, Lee KY, Kim BS, Han JH, et al. Development of Korean Version of Obesity-related Quality of Life Scale. *Korean Journal of Obesity* 2003;12(4):280-93.
 43. Rice FP, Dolgin KG. The adolescent: Development, relationships, and culture. USA: Allyn & Bacon, 2008.
 44. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *American Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-110.
 45. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002;41(5):530-537.
 46. Sawyer M, Antoniou G, Toogood I, Rice M. A comparison of parent and adolescent reports describing the health related quality of life of adolescents treated for cancer. *International Journal of Cancer* 1999; 83(S12):39-45.
 47. Uzark K, Jones K, Slusher J, Limbers CA, Burwinkle TM, Varni JW. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics* 2008;121(5): e1060-e1067.
 48. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care* 2001;39(8):800-12.
 49. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111(4):578.
 50. Waters E, Stewart Brown S, Fitzpatrick R. Agreement between adolescent self report and parent reports of health and well being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development* 2003;29(6): 501-509.
 51. World Health Organization. Health for the world's adolescents. Geneva: WHO, 2014.
 52. World Health Organization. Measurement of quality of life in children. Geneva: WHO Division of Mental Health Organization, 1993.