

학령기 아동의 주관적인 삶의 질 양상과 삶의 질에 영향을 미치는 요인

이 보 람 박 혜 준*
서울대학교 아동가족학과

본 연구에서는 학령기 아동이 주관적으로 인식하는 삶의 질의 양상은 어떠하며, 그것에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 살펴보고자 서울, 경기도, 경상도, 전라도에 있는 초등학교 4, 5, 6학년 아동 972명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 수집된 자료를 분석한 주요결과는 다음과 같다. 첫째, 학령기 아동의 주관적인 삶의 질은 전반적으로 학년이 높은 아동과 여아가 낮은 양상을 보였다. 특히 6학년 여아는 가장 낮은 수준의 삶의 질을 보고하였다. 둘째, 부정적인 정서를 덜 느끼고 긍정적인 감정을 많이 느끼는 아동일수록 주관적으로 인식하는 삶의 질이 높았다. 셋째, 학령기 아동의 객관적인 신체건강상태는 주관적인 삶의 질에 직접적인 영향을 미치지 않았다. 즉, 질병의 유무나 비만도와는 상관없이 아동이 자신의 건강상태를 어떻게 인식하고 있느냐에 따라 주관적인 삶의 질을 보고하였다. 그리고 마지막으로, 교우관계와 학업성적은 학령기 아동의 주관적인 삶의 질에 매우 많은 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

주요어: 학령기 아동, 주관적인 삶의 질, 건강관련 삶의 질, 자기보고

사회가 경제적으로 풍요로워짐에 따라 웰빙(well-being), 행복, 심리적 안정감과 같은 주관적이고 질적인 측면의 삶의 질에 대한 관심이 커지고 있다. 이러한 변화는 학계에서도 비슷한 양상으로 나타나고 있다. ‘긍정심리학(positive psychology)’이 대두됨과 함께 인간의 긍정적인 특성, 행복이나 삶의 만족도와 같은 주관적인 상태, 그리고 더 나

아가서는 개인의 신체적·정신적·사회적 기능을 강화시키는 데 도움이 되는 환경을 규명하는 것에 초점을 둔 연구가 활발하게 이루어지고 있다 (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). 행복이나 삶의 만족도는 개인의 가치관이나 기대수준에 따른 주관적인 개념이기 때문에 과학적으로 증명할 수 없다는 인식이 지배적이었다. 그러나 개인의 삶을

* 교신저자: 박혜준, E-mail: hyejun@snu.ac.kr

이루는 질적인 측면에 대한 학문적인 관심이 높아지고 긍정심리학이 대두되면서, 보다 과학적인 연구방법론을 적용하여 행복이나 삶의 만족도와 같은 인간의 주관적인 상태에 대해 논의하게 되었다.

일반적으로 개인을 둘러싼 객관적 요소에 대해 자신의 인지적·정서적 틀로 평가하는 주관적인 만족감이나 행복감을 ‘삶의 질(quality of life)’이라고 정의한다(김현준, 2007; 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. 그리고 이것은 신체적 건강, 심리적인 상태, 독립성의 수준, 사회적 관계, 개인적인 신념, 자신에게 중요한 환경요소와의 관계 등을 포함하는 삶의 종합적 상태에 대한 주관적인 평가라고 제시하였다. 즉, 삶의 질은 개인의 긍정적 감정이나 행복과 같은 정서적 측면의 주관적인 느낌을 중시하면서, 사회적 지위나 위치, 경제적·교육적 수준 및 건강상태 등 개인의 삶을 이루는 객관적 요소들에 대한 평가를 모두 포함하는 다차원적이고 포괄적인 특성을 지닌 개념이다.

다시 말해 삶의 질이 높다는 것은 개인을 둘러싼 물리적 환경 및 신체적·정신적·사회적인 상태에 대한 주관적인 만족감이 높다는 것을 의미한다. 그런데 이러한 삶의 질의 의미는 WHO가 제시한 건강의 정의*와 일맥상통한다(Eiser & Morse, 2001a). 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 대한 만족감이나 행복감을 평가하는 것으로 이루어진다. 실제로 많은 연구자들은 건강이 삶의 질에 영향을 미친다고 밝혔다(조공호, 1996; Bowling, 1995; Fitzpatrick, 1996).

건강 관련 삶의 질을 측정하는 방법은 목적에 따라 크게 두 가지로 볼 수 있는데, 특정한 질병을 가지고 있거나 기능상의 문제를 가진 환자들을 중심으로 하는 질병 특이적 접근(disease-specific approach)과 일반 인구집단을 대상으로 하는 일반적인 접근(generic approach)이 있다(Fitzpatrick, 1996; Morreim, 1992). 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 건강상태를 평가하는 일반적인 접근은 특정한 질병과 관계없이 신체적·정신적·사회적 건강에 대한 개인의 주관적인 만족감을 묻는 문항들로 측정한다. 이러한 접근은 특정

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

질병과 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(신상진, 2010; Patrick & Deyo, 1989). 지금까지 건강 관련 삶의 질은 주로 보건의료분야에서 이루어져왔기 때문에 질병 특이적 접근에 따라 장애를 가진 사람이나 만성적인 질병을 가진 환자, 또는 환자 가족들의 상태를 신체적, 심리적, 감정적, 사회적인 측면에서 질적으로 평가하기 위해 사용되어 왔다(Waters, Maher, Salmon, Reddihough, & Boyd, 2005). 그러나 최근에는 WHO(1948)가 제시한 것과 같이 건강이 “단순히 질병이나 장애가 없는 상태를 의미하는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 안녕감을 느끼는 상태”라는 인식이 확산됨에 따라 장애나 질병을 가진 사람뿐만 아니라 일반인을 대상으로 건강 관련 삶의 질을 연구하고 있다(Phillips, 2006).

따라서 본 연구에서는 질병 특이적 접근이 아닌 일반적인 접근에서 아동의 건강관련 삶의 질을 연구하고자 한다.* 건강관련 삶의 질에 대한 일반적인 접근은 건강상에 문제가 있거나 도움이 필요한 아동을 식별하고, 그들에게 필요한 서비스를 제공할 수 있는 정보를 제공해주며, 더 나아가 건강한 아동의 상태를 추적하고 예방 및 개입전략을 마련할 수 있어 아동의 전반적인 건강을 증진하는 데 중요한 정보를 제공해줄 수 있기 때문이다(Ravens-Sieverer et al., 2005).

최근에 국내에서도 건강 관련 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 일반인을 대상으로 한 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. 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 인지능력이 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(신상진, 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 et al., 2006; Fattore & Watson, 2009).

우리나라에서 아동을 대상으로 건강관련 삶의

* 본 연구에서 아동의 건강관련 삶의 질을 일반적인 접근으로 살펴보기 때문에, ‘건강관련 삶의 질’이라는 용어보다는 포괄적인 의미의 ‘삶의 질’이라는 용어를 사용한다. 특히 아동의 자기보고 형식으로 삶의 질을 측정하기 때문에 맥락에 따라 ‘주관적인 삶의 질’이라는 용어를 호환하여 사용한다.

질을 연구한 것은 뇌성마비 아동(조성미, 오덕원, 김선엽, 2009)과 특수교육을 받는 장애아동(박성우, 김용욱, 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(김성은, 2006), 만성 복막투석(신민섭, 조수철, 장재연, 정해일, 하일수, 2008), 알레르기 질환(김철우 등, 2001)과 같이 특정 질병을 가진 아동의 삶의 질을 연구한 것이 있으나, 일반 아동을 대상으로 삶의 질을 연구한 것은 전무한 실정이다. 따라서 일반아동의 자기보고를 바탕으로 한 삶의 질에 대해 연구할 필요가 있다.

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.

우리나라 학령기아동의 건강은 우려할만한 수준이다. 환경과 생활양식이 변화하면서 비만, 천식, 비염, 아토피와 같은 알레르기성 질환을 가진 학령기 아동이 급증하고 있는데(보건복지부 질병관리본부, 2009), 이러한 질병은 수면장애, 피로증가 등의 신체적 문제를 야기하며 또래관계나 학습, 운동 등에 영향을 주어 자존감 저하, 또래관계 문제와 같은 심리사회적 문제를 야기함으로써 주관적으로 느끼는 삶의 질에 부정적인 영향을 줄 수 있다(김철우 등, 2001; 장원석, 양재원, 정유숙, 홍성도, 2006; Chmlin & Chren, 2010; Varni, Limbers, & Burwinkle, 2007). 심리사회적 건강과 관련해서도 불안, 우울, 강박과 같은 정서문제나 주의력결핍/과잉행동장애(ADHD), 적대적 반항장애, 품행장애와 같은 행동문제를 가진 아동이 급증하고 있으며, 특정공포증이나 학습문제 및 인터넷 중독 가능성이 높은 아동도 상당히 많다고 한다(보건복지부, 2006; 서울대학교 건강증진사업지원단, 2009; 서울시 소아청소년 광역정신보건센터, 2005). 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-Sievers, Erhart, Gosch, Nora, & The European KIDSCREEN Group, 2008; Sawyer et al., 2002). 또한 ‘한국 어린이-청소년 행복지수’(연세대학교 사회발전 연구소, 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. 이 연구에서 주목해야 할 것은 많은

아동들이 자신의 신체적, 심리사회적 건강상태에 대해 낮게 평가하며, 전반적으로 자신의 삶에 대해 만족하지 못하고 있다는 점이다.

특히 최근에는 사춘기의 시기가 과거에 비해 빨라져 초등학교 4, 5, 6학년이면 제 2차 성장을 경험한다고 한다(보건복지부, 대한의학회, 2010). 보통 여아는 13세, 남아는 15세 정도 즉, 중학교시기에 제 2차 성장이 나타난다고 알려져 있다. 그러나 보건복지부와 대한의학회(2010)가 제시한 사춘기 관련 자료에 의하면 우리나라 여아의 사춘기 시작은 평균 11세(범위; 8-11세), 남아는 12.7세(범위; 9-14세)이다. 즉, 초등학교 4, 5, 6학년 시기에 사춘기를 경험하며 과거에 비해 그 시기가 빨라지고 있는 것이다. 점점 빨라지는 사춘기에 대한 걱정을 반영하듯 최근에 성조숙증이나 조기 사춘기로 진료를 받는 아동의 수도 급증하고 있다(건강보험심사평가원, 2009). 성조숙증으로 진료 받은 아동을 성별로 구분해보면 남아는 2.9%, 여아는 97.1%로 여아가 남아의 비율보다 현저히 높는데, 여아의 빠른 성숙을 반영하듯 최근 보건교육포럼(2010)이 실시한 조사결과에 따르면 우리나라 여아의 평균 초경 연령은 11.98세로 어머니 세대의 14.41세에 비해 약 2년 반가량 빨라진 것을 알 수 있다.

아동의 사춘기시기에 관심을 가지며 이 시기를 특별히 구별하는 것은 사춘기에 일어나는 신체, 생리적 변화가 단순히 외형상의 변화만 가져오는 것이 아니라 심리사회적 발달에도 영향을 미치기 때문이다. 대부분의 아동은 자신의 신체변화에 잘 적응하지만, 어떤 아동들은 자신의 신체 및 성적 발육에 대해 부정적인 느낌을 가지거나 또래 친구들과 다르다고 느낄 때 심리적 적응에 어려움을 겪게 된다(Petersen, 1988). 따라서 신체발달이나 생리적인 성숙시기가 아동의 신체적, 심리사회적 발달에서 중요한 것이다. 기존의 연구들에 따르면 여

아의 경우, 신체발달이 빠를수록 체중이나 외모에 대한 만족도가 낮고(Swarr & Richards, 1996), 부정적인 자아상을 형성하거나(McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2001) 또래에게 덜 인기 있으며 우울한 성향을 많이 보인다(Stice, Prenell, & Bearman, 2001). 또한 섭식장애나(Williams & Currie, 2000) 무리한 다이어트를 하는 등의 건강위험행동을 할 가능성도 높은 것으로 밝혀졌다(현명호, 유제민, 이수현, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004). 남아의 경우에는, 신체발달이 빠른 아동보다는 성장이 느린 아동이 심리사회적발달상의 어려움을 가진다. 신체 발달이 빠른 남아는 성인이나 또래로부터 성숙한 사람으로 취급받으며, 신체적으로 더욱 활동적이며 높은 자존감과 긍정적인 신체상을 가지는(Stice et al, 2001) 반면 발달이 느린 남아는 또래로부터 거부와 놀림을 당하며 낮은 자존감을 형성하여 사회성이나 학업문제를 겪기도 한다(Jackson & Bosma, 1992). 즉, 신체 성숙과 발달 속도는 주관적으로 인식하는 신체건강상태나 삶의 만족도에 도 영향을 미치게 된다.

아동기에서 청소년기로 이행하는 초등학교 4, 5, 6학년의 학령기 아동은 급격한 신체적, 정서적, 심리적, 사회적 변화를 경험하게 된다. 그러나 이 시기 아동들의 신체적, 정서적, 사회적, 심리적 발달은 일정한 속도로 일관성 있게 이루어지지 않을뿐더러 각 분야별로 동시에 일어나지 않는다. 또한 개인별로 차이가 크며 각기 다른 환경적 맥락에서 이루어지기 때문에 이 시기 아동의 발달을 포괄적으로 이해하는 것이 매우 어렵다. 하지만 아동기에서 청소년기로 이행하는 초등학교 4, 5, 6학년은 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 이 시기

학령기 아동들의 삶의 질을 증진시키고 건강한 발달을 도모하기 위해서 그들의 발달특성과 발달에 영향을 미치는 환경에 대해 포괄적으로 살펴볼 필요가 있다.

아동의 행복이나 삶의 질이 중요하게 생각되고 있는 동시에 한국아동의 건강이 염려되고 있는 실정을 고려해 본다면, 이 연구는 한국 아동의 삶의 질과 같은 주관적인 행복감을 증진시켜 줄 수 있는 방향을 설정하는 데 있어서 중요한 기초자료가 될 것이다.

방 법

연구대상

서울, 경기도, 경상도, 전라도에 있는 초등학교 4, 5, 6학년 남녀 일반아동 총 972명을 연구대상으로 하였다. 연구 대상의 성별과 학년에 따라 살펴보면 먼저, 남자는 487명(50.1%), 여자는 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.

연구문제

1. 학령기 아동의 주관적인 삶의 질은 아동의 학년과 성별에 따라 유의한 차이가 있는가?
2. 학령기 아동의 주관적인 삶의 질을 구성하는 10가지 하위영역 간의 관계는 어떠한가?
3. 학령기 아동의 주관적인 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

측정도구

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

아동이 주관적으로 느끼는 건강관련 삶의 질을 측정하기 위하여 아동이 스스로 보고할 수 있도록 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 공동연구양식(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-HRQOL은 '신체활동과 건강', '심리적 건강', '기분과 정서', '사회적 지지와 또래', '부모와의 관계 및 가정생활', '자기인식', '자유시간', '사회적 수용', '경제적 자원'과 같이 10개의 하위영역으로 구성되어 있으며, 각 하위영역은 3-7개의 문항을 포함하고 있다. KIDSCREEN 52-HRQOL의 하위영역과 측정개념은 표 1과 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.

표 1. 삶의 질 측정도구의 하위영역과 측정개념

| 하위 영역 | 측정 개념 |
|----------------|--|
| 신체활동과 건강 | 신체 활동의 정도, 체력 및 건강상태에 대한 인식 |
| 심리적 건강 | 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서의 정도 및 전반적인 삶의 만족감 |
| 기분과 정서 | 우울, 짜증 외로움과 같은 부정적 감정의 정도 및 스트레스의 정도 |
| 사회적 지지와 또래 | 친구나 또래 관계에 대한 만족감 |
| 부모와의 관계 및 가정생활 | 부모와의 관계 및 가정의 분위기에 대한 만족감 |
| 자기인식 | 자기 자신, 신체 이미지, 외모 및 옷차림에 대한 인식 |
| 자유 시간 | 사회적 활동이나 여가를 위한 시간을 선택하거나 결정할 수 있는 자유, 자신의 일상생활을 이끌어 나갈 수 있는 독립성 |
| 학교생활 및 공부 | 학교생활이나 교사에 대한 만족도 및 집중이나 배움, 그리고 공부에 대한 느낌 |
| 사회적 수용 | 또래에 의한 수용이나 거절(따돌림, 괴롭힘을 포함)에 대한 걱정 |
| 경제적 자원 | 자신의 생활방식을 유지하거나 또래와 어울리기 위해 필요한 경제적 자원(돈)에 대한 인식 |

KIDSCREEN 52-HRQOL을 한국어로 번역한 한국어판 KIDSCREEN 52-HRQOL이 있는데, 한국어판 KIDSCREEN 52-HRQOL은 각 영역들에 대한 신뢰성이 높아(Cronbach α : 0.77-0.95) 한국 학령기 아동들에게 사용하기에 적합한 것으로 보고되었다(Hong et al., 2007). 그러나 한국어판 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 질문하였다. 그 결과 모든 아동들이 질문의 내용과 의도를 파악하고 있는 것으로 판단하였고 총 94명의 아동을 대상으로 예비조사를 실시하였다. 예비조사를 통해 수집된 자료의 신뢰도계수(Cronbach α)는 .948로 매우 높았으며 하위요인별 신뢰도 계수는 .670-.890으로 나타나 학령기 아동들이 설문 내용을 이해하는 데 문제가 없음을 확인하고 사용하였다.

본조사로부터 수집된 자료를 통해 신뢰도를 분석한 결과 삶의 질 질문지 전체 문항의 신뢰도 계수는 .947로 매우 높았으며 하위 요인별 신뢰도 계수는 .718-.897로 대체적으로 양호한 수준으로 나타났다.

자료분석

수집된 자료의 통계적 분석을 위해 SPSS 프로그램을 사용하였고, 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, t검정, F검정, 상관관계분석, 이원변량분석, 중다회귀분석을 실시하였다.

자료의 통계적 분석에 앞서 부정 진술문에 대해서는 역산 처리를 하였으며 삶의 질 측정도구의 신뢰도 수준을 알아보기 위해 문항의 내적 합치도를 추정하는 방법인 신뢰계수(Cronbach Alpha)를 산출하여 검토하였다.

그리고 연구대상 아동의 구성과 일반적인 특성에 대한 빈도와 백분율을 구하였고, 아동의 삶의 질에 대한 전반적 경향을 살펴보기 위하여 평균과 표준편차를 살펴보았다. 아동의 삶의 질이 연령, 성별에 따라서 차이를 보이는지 알아보기 위하여 t검정, F검정을 실시하였으며 성별과 학년의 상호작용효과를 살펴보기 위해 이원변량분석(two-way ANOVA)을 실시하였다. 변량분석에서 상호작용

표 2. 연구대상 아동의 일반적 특성

| 구분 | 분류 | 빈도 (명) | 백분율 (%) |
|----------------|--------------|-----------|------------|
| 가족 형태 | 양부모 | 912 | 93.9 |
| | 한부모 | 44 | 4.5 |
| | 조부모, 친척 | 11 | 1.1 |
| | 기타 | 4 | 0.4 |
| | 무응답 | 1 | 0.1 |
| 합계 | | 972 | 100 |
| 출생 순위 | 첫째 | 354 | 36.4 |
| | 둘째, 가운데 | 75 | 7.7 |
| | 막내 | 426 | 43.8 |
| | 외동 | 112 | 11.5 |
| | 무응답 | 5 | 0.5 |
| 합계 | | 972 | 100 |
| 가정 경제 수준 | 매우 어려운 편 | 8 | 0.8 |
| | 다소 어려운 편 | 59 | 6.1 |
| | 보통 | 510 | 52.5 |
| | 약간 잘 사는 편 | 278 | 28.6 |
| | 매우 잘 사는 편 | 115 | 11.8 |
| 무응답 | | 2 | 0.2 |
| 합계 | | 972 | 100 |
| 학업 성적 | 아주 못하는 편 | 37 | 3.8 |
| | 조금 못하는 편 | 157 | 16.2 |
| | 보통 | 432 | 44.4 |
| | 약간 잘하는 편 | 279 | 28.7 |
| | 매우 잘하는 편 | 65 | 6.7 |
| 무응답 | | 2 | 0.2 |
| 합계 | | 972 | 100 |
| 교우 관계 | 친구가 거의 없는 편 | 12 | 1.2 |
| | 친구가 적지만 친한 편 | 96 | 9.9 |
| | 보통 | 326 | 33.5 |
| | 친구가 많은 편 | 268 | 27.6 |
| | 친구가 많고 친한편 | 263 | 27.1 |
| 무응답 | | 7 | 0.7 |
| 합계 | | 972 | 100 |

효과가 나타난 경우, 그 효과를 보다 구체적으로 탐색하기 위해서 t검정과 F검정을 실시하여 단순 주효과를 분석하였다. 단, 변량분석에서 족별오류 (family-wise error)를 해결하기 위해 Bonferroni 수정 공식을 적용하여 유의수준을 조정된 후 분석을 실시하였으며 각 집단에 따른 차이가 통계적으

표 3. 질병이나 건강상의 문제가 있는 아동

| 학년 | N | 질병 유무 | |
|-----|-----|-----------|-----------|
| | | 질병 유 | 질병 무 |
| 4학년 | 306 | 78(25.5) | 228(74.5) |
| 5학년 | 361 | 101(28.0) | 260(72.0) |
| 6학년 | 305 | 70(23.0) | 235(77.0) |
| 전체 | 972 | 249(25.6) | 723(74.4) |

표 4. 비만도에 따른 분류

| 학년 | N | 결 측 | 비만도에 따른 분류 | | | |
|--------------|--------------|--------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| | | | 저체중 | 정상 체중 | 과체중 | 비만 |
| 4 | 306 (100) | 24 | 97 (34.4) | 134 (47.5) | 32 (11.3) | 19 (6.7) |
| 5 | 360 (100) | 10 | 156 (44.4) | 128 (36.5) | 46 (13.1) | 21 (6.0) |
| 6 | 305 (100) | 5 | 123 (40.3) | 130 (42.6) | 19 (6.2) | 28 (9.2) |
| (결측제외) 전체 | 933 | | 376 (40.3) | 392 (42.0) | 97 (10.4) | 68 (7.3) |

로 유의미한 경우 사후검증으로 Scheffé검증을 실시하였다.

또한 삶의 질을 구성하는 하위영역 간의 상관관계가 있는지 알아보기 위해 Pearson의 부분적률상관계수를 이용하였으며, 마지막으로 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 중다회귀분석을 실시하였다.

결 과

연구대상아동의 일반적 특성

연구대상 아동의 일반적 특성은 표 2와 같다. 먼저 연구대상 아동이 현재 함께 살고 있는 가족

원을 모두 표시한 설문지 문항을 바탕으로 가족 형태를 분류하였는데, 그 결과는 다음과 같다.

아버지, 어머니 모두와 함께 살고 있는 양부모 가족의 아동이 912명(93.9%), 아버지 또는 어머니 한쪽 부모와 함께 살고 있는 한부모 가족의 아동이 44명(4.5%), 부모를 제외한 조부모나 친척 함께 살고 있는 아동이 11명(1.1%), 그 외 아동복지 시설이나 친인척 이외의 성인과 거주하는 아동이 4명(0.4%)이었다. 아동의 출생순위는 막내가 426명(43.8%)으로 가장 많았고, 첫째가 354명(36.4%), 외동이 112명(11.5%), 둘째 및 가운데 아동이 75명(7.7%)이었다. 연구대상 아동이 느끼는 가정의 경제수준에 대해서는 가장 많은 아동인 510명(52.5%)이 보통이라고 응답하였고 278명(28.6%)이 약간 잘 사는 편, 115명(11.8%)이 매우 잘 사는 편, 59명(6.1%)이 다소 어려운 편, 그리고 8명(0.8%)이 자신의 가정경제가 매우 어려운 편이라고 응답하였다. 자신의 학업성적에 대해서는 가장 많은 아동인 432명(44.4%)이 보통이라고 응답하였고 279명(28.7%)이 약간 잘하는 편, 157명(16.2%)이 조금 못하는 편, 65명(6.7%)이 매우 잘하는 편, 그리고 37명(3.8%)이 아주 못하는 편이라고 응답하였다. 마지막으로 교우관계에 대해서는 가장 많은 아동인 326명(33.5%)이 보통이라고 응답하였고 268명(27.6%)이 친구가 많고 모두 친하게 지내는 편, 263명(27.1%)가 친구가 많은 편이라고 대답하여 대부분의 아동이 친구가 많은 편이라고 대답한 반면 96명(9.9%)은 친구가 적지만 친하게 지내는 편, 12명(1.2%)은 친구가 거의 없다고 응답하였다.

한편, 이 연구에서는 조사대상 아동의 신체적 건강상태에 따라 만성적인 질병이나 건강상의 문제가 있는지를 조사하여 건강상의 문제가 있는 아동과 그렇지 않은 아동을 분류하였는데, 분류 결과는 표 3에 제시된 것과 같다. 오랫동안 앓고 있는

표 5. 학령기 아동의 삶의 질 평균

| 구분 | 평균 | 단위: 점 |
|----------------|-------|-------|
| | | 표준 편차 |
| 신체활동과 건강 | 70.68 | 3.94 |
| 심리적 건강 | 73.63 | 5.06 |
| 기분과 정서 | 82.02 | 5.32 |
| 사회적 지지와 또래 | 74.34 | 5.26 |
| 부모와의 관계 및 가정생활 | 77.79 | 5.60 |
| 자기인식 | 76.06 | 4.18 |
| 자유시간 | 69.91 | 5.08 |
| 학교생활 및 공부 | 72.12 | 5.47 |
| 사회적수용 | 88.53 | 2.45 |
| 경제적 자원 | 66.51 | 3.44 |
| 삶의 질 전체 | 75.21 | 31.24 |

질병이나 건강상의 문제를 가진 아동은 249명(25.6%)이었고, 질병이나 건강상의 문제가 없는 아동은 723명(74.4%)였다. 구체적인 질병은 비염이나 축농증이 71명(34.5%)로 가장 많았고 아토피 56명(27.2%), 천식 18명(8.7%) 그 다음으로 많았다. 질병이 있는 아동 가운데 43명(17.3%)의 아동은 아토피, 천식, 비염 등과 함께 1가지 이상의 다른 질병을 중복으로 가지고 있었다.

또한 아동의 키와 몸무게를 바탕으로 질병관리본부와 대한소아과학회가 제시한 2007년 소아·청소년 표준 성장도표의 성별, 신장별 표준체중을 이용하여 비만도([실측체중-신장별 표준체중/신장별 표준체중]×100)를 계산하였고 그 결과를 저체중, 정상체중, 과체중, 비만의 네 집단으로 구분하였다. 비만도에 따른 집단분포는 표 4와 같다. 비만도에 따른 분포는 결측치를 제외한 전체아동 933가운데 392명(42.0%)이 정상체중으로 분류되었으며, 376명(40.3%)이 저체중, 97명(10.4%)이 과체중, 68명(7.3%)이 비만으로 나타났다.

표 6. 학년에 따른 삶의 질 차이검증 결과

N=972, 단위: 점

| | 삶의 질 전체 M(SD) | 삶의 질 하위요인 | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|
| | | 신체활동과 건강 | 심리적 건강 | 기분과 정서 | 사회적 지지와 또래 | | | | | | | | |
| | | M(SD) | M(SD) | M(SD) | M(SD) | | | | | | | | |
| 연령 | 4학년 (N=321) | 77.31 (11.34) a | 73.76 (14.85) a | 77.48 (15.61) a | 83.59 (15.62) | 73.27 (16.56) | | | | | | | |
| | 5학년 (N=375) | 75.01 (11.13) b | 70.73 (14.64) b | 73.18 (16.31) b | 81.73 (14.35) | 75.20 (16.11) | | | | | | | |
| | 6학년 (N=316) | 73.69 (10.33) b | 67.83 (14.83) b | 70.60 (15.70) b | 81.32 (13.05) | 74.22 (16.20) | | | | | | | |
| F | 8.553*** | 12.573*** | 14.629*** | 2.138 | 1.283 | | | | | | | | |
| 삶의 질 하위요인 | | | | | | | | | | | | | |
| | 부모와의 관계 및 가정생활 M(SD) | 자기인식 M(SD) | 자유시간 M(SD) | 학교생활 및 공부 M(SD) | 사회적 수용 M(SD) | 경제적 자원 M(SD) | | | | | | | |
| | | | | | | | 4학년 (N=321) | 79.77 (16.76) | 79.88 (14.96) a | 70.51 (20.37) | 78.12 (15.54) a | 89.17 (15.33) | 65.03 (23.37) |
| | | | | | | | 5학년 (N=375) | 77.77 (17.96) | 76.40 (15.44) b | 70.18 (19.85) | 69.73 (17.80) b | 88.70 (15.03) | 66.81 (23.00) |
| 6학년 (N=316) | 76.72 (17.24) | 71.58 (15.05) c | 69.50 (18.74) | 69.34 (16.66) b | 89.22 (14.43) | 68.39 (20.43) | | | | | | | |
| F | 2.452 | 24.825*** | .236 | 26.723*** | .133 | 1.954 | | | | | | | |

*** $p < .001$

학령기 아동의 삶의 질의 평균

아동의 학년과 성별에 따른 삶의 질 차이를 살펴보기 전에 전체 아동이 느끼는 삶의 질의 전반적 경향을 살펴본 결과는 표 5와 같다. 각 하위 영역별 삶의 질 점수의 평균을 살펴보면, 전체 삶의 질 점수는 75.21점으로 나타났다. 삶의 질 하위 영역 가운데는 사회적 수용 영역의 점수가 88.53으로 가장 높았고, 기분과 정서 82.02, 부모와의 관계 및 가정생활 77.79점, 자기인식 76.06점, 심리적 건강 73.63점, 학교생활 및 공부 72.12점, 신체활동과 건강 70.68점, 자유시간 69.91점, 경제적 자원 66.51점

순으로 나타났다.

학령기 아동의 학년과 성별에 따른 삶의 질 차이

아동의 삶의 질이 학년과 성별에 따라 유의한 차이를 보이는지 알아보기 위해 t검정과 F검정을 실시하였다. 그 결과, 학령기 아동은 학년과 성별에 따라 자신의 삶을 구성하는 다양한 영역에 대해 다르게 인식하고 있었다.

먼저 학년에 따른 차이를 살펴보면, 삶의 질 전체점수($F=8.553$, $df=2$, $p<.001$)에 유의한 차이가 있었다. 삶의 질을 구성하는 하위영역 중에서는 신체

표 7. 성별에 따른 삶의 질 차이검증 결과

N=972, 단위: 점

| | | 삶의 질 전체 M(SD) | 삶의 질 각 하위요인 | | | |
|----------|---------------|------------------|----------------------|--------------------|--------------------|------------------------|
| | | | 신체활동과 건강 M(SD) | 심리적 건강 M(SD) | 기분과 정서 M(SD) | 사회적 지지와 또래 M(SD) |
| 성 별 | 남아 (N=507) | 75.40 (11.06) | 72.36 (15.64) | 73.90 (16.52) | 82.60 (14.02) | 73.31 (16.46) |
| | 여아 (N=505) | 75.14 (11.03) | 69.18 (14.03) | 69.18 (14.03) | 81.77 (14.77) | 72.26 (16.07) |
| <i>t</i> | | 1.12 | 3.40** | .88 | .901 | -1.53 |

| | | 부모와의 관계 및 가정생활 M(SD) | 자기인식 M(SD) | 자유시간 M(SD) | 학교생활 및 공부 M(SD) | 사회적 수용 M(SD) | 경제적 자원 M(SD) |
|----------|---------------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|------------------|
| 성 별 | 남아 (N=507) | | | | | | |
| | 여아 (N=505) | 77.94 (17.39) | 73.01 (16.46) | 68.92 (19.51) | 73.74 (16.18) | 89.59 (14.74) | 69.28 (21.31) |
| <i>t</i> | | .38 | 6.34*** | 2.14* | -2.24* | -.38 | -2.70** |

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

활동과 건강($F(2, 970)=12.573, p < .001$), 심리적 건강($F(2, 970)=14.629, p < .001$), 자기인식($F(2, 970)=24.825, p < .001$), 학교생활 및 공부($F(2, 970)=26.723, p < .001$)에서 유의한 차이가 나타났다. 이에 따라 어느 집단 간의 차이가 유의한지 살펴보기 위해 사후검증을 실시했는데, 그 결과는 표 6과 같다. 신체활동과 건강, 자기인식 하위영역에 대한 사후 검증 결과는 4, 5, 6학년 모두에서 차이가 나타났는데, 4학년이 가장 높고 다음으로 5학년, 그리고 6학년이 가장 낮았다. 이는 4학년 아동이 5, 6학년 아동보다, 그리고 5학년 아동이 6학년 아동보다 신체적으로 더욱 활동적이고 자신의 체력과 건강상태에 대해 만족하고 있다는 것을 의미하며, 자기 자신에 대한 만족감과 자신의 외모 및 옷차림에 대한 만족감이 높다는 것을 의미한다. 한편, 심리

적 건강, 학교생활 및 공부에 대해서는 5학년과 6학년 사이에는 별 차이가 없었지만 4학년과 5, 6학년 간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 4학년 아동이 5, 6학년 아동에 비해서 보다 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서를 가지고 생활하며 삶에 대한 만족감이 높으며, 학교생활이나 교사에 대한 만족도가 높으며 집중이나 공부에 대해 더욱 좋은 느낌을 가지고 있다는 것으로 해석할 수 있다. 삶의 질 전체 점수도 4학년 아동이 가장 높았으며 5, 6학년 사이에는 차이가 없는 것으로 나타났다.

다음으로, 성별에 따른 삶의 질 차이를 살펴보면 표 7과 같다. 성별에 따른 삶의 질 차이를 살펴보면, 전체 점수에는 통계적으로 유의미한 차이가 없었으나 신체활동과 건강($t=3.40, p < .01$), 자기인식($t=6.34, p < .001$), 자유시간($t=2.14, p < .05$), 학교생

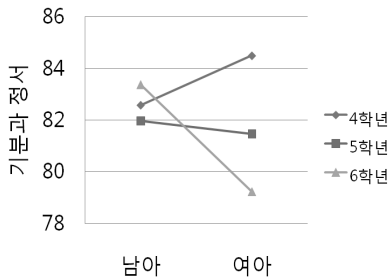


그림 1. 기분과 정서에서 학년과 성별 상호작용효과

표 8. 기분과 정서의 단순 주효과 분석

| 구분 | 집단 | N | M | SD | t | p |
|-----|----|-----|-------|-------|----------|------|
| 전체 | 남 | 487 | 82.60 | 14.02 | .901 | .368 |
| | 여 | 485 | 81.77 | 14.77 | | |
| 4학년 | 남 | 146 | 82.58 | 14.82 | -1.07 | .282 |
| | 여 | 160 | 84.50 | 16.30 | | |
| 5학년 | 남 | 187 | 81.97 | 14.29 | .337 | .737 |
| | 여 | 174 | 81.46 | 14.45 | | |
| 6학년 | 남 | 154 | 83.38 | 12.90 | 2.810 ** | .005 |
| | 여 | 151 | 79.22 | 12.91 | | |

**p<.01

활 및 공부($t=-2.24, p<.05$), 경제적 자원($t=-2.70, p<.01$)에서 유의한 차이가 나타났다. 신체활동과 건강, 자기 인식, 자유시간에서는 남아의 점수가 여아보다 높았으며, 학교생활 및 공부, 경제적 자원에서는 여아의 점수가 남아보다 높았다. 이는 남아가 여아보다 신체적으로 더욱 활동적이고 자신의 체력과 건강상태에 대해 만족하고 있으며, 자기 자신과 외모 및 옷차림에 대해 만족하며, 사회적 활동이나 여가를 위한 시간을 자신이 선택할 수 있다고 생각한다는 것을 의미한다. 반면에 학교생활이나 교사에 대한 만족도 및 집중이나 공부에 대한 긍정적인 느낌과 자신을 위해 혹은 친구들과 함께 어울리기에 충분한 돈을 가지고 있다고 생각하는 것은 여아가 남아에 비해 더욱 높은 것으로

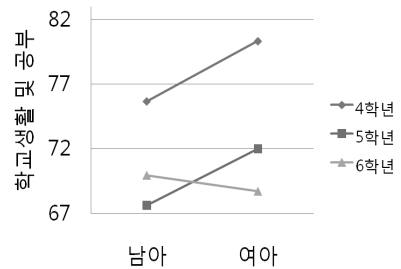


그림 2. 학교생활 및 공부에서 학년과 성별의 상호작용효과

표 9. 학교생활 및 공부의 단순 주효과 분석

| 구분 | 집단 | N | M | SD | t | p |
|-----|----|-----|-------|-------|----------|------|
| 전체 | 남 | 487 | 70.77 | 18.06 | -2.702 * | .007 |
| | 여 | 485 | 73.74 | 16.17 | | |
| 4학년 | 남 | 146 | 75.66 | 16.58 | -2.645 * | .009 |
| | 여 | 160 | 80.35 | 14.21 | | |
| 5학년 | 남 | 187 | 67.61 | 18.60 | -2.362 * | .018 |
| | 여 | 174 | 72.01 | 16.64 | | |
| 6학년 | 남 | 154 | 69.96 | 17.88 | .648 | .518 |
| | 여 | 151 | 68.72 | 15.34 | | |

*p<.05

나타났다.

마지막으로 아동의 삶의 질에 있어서 학년과 성별에 따른 상호작용효과가 있는지 알아보았는데, 기분과 정서($F=3.467, df=2, p<.05$), 학교생활 및 공부($F=3.140, df=2, p<.05$)에서 유의한 효과가 나타났다. 따라서 상호작용 효과를 보다 구체적으로 탐색하기 위해서 t-검정과 F검정을 실시하여 단순 주효과를 분석하였다.

먼저 기분과 정서에서 나타난 학년과 성별의 상호작용효과(그림 1)를 구체적으로 살펴보기 위해 표8에 제시한 것과 연령과 성별에 따라 각각 어떠한 차이가 있는지 살펴보았다. 기분과 정서에서 전체 남아의 평균점수가 82.60점이고 전체 여아의 평균점수가 81.77점으로 t-검정결과 전체 아동의 성

표 10. 삶의 질 하위영역간의 상관계수

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| 1. 신체활동과 건강 | | | | | | | | | | |
| 2. 심리적 건강 | .560*** | | | | | | | | | |
| 3. 기분과 정서 | .291*** | .496*** | | | | | | | | |
| 4. 사회적 지지와 또래 | .451*** | .506*** | .316*** | | | | | | | |
| 5. 부모와의 관계 및 가정생활 | .369*** | .574*** | .454*** | .363*** | | | | | | |
| 6. 자기인식 | .327*** | .379*** | .463*** | .252*** | .400*** | | | | | |
| 7. 자유시간 | .340*** | .546*** | .408*** | .450*** | .550*** | .305*** | | | | |
| 8. 학교생활 및 공부 | .457*** | .618*** | .413*** | .447*** | .460*** | .365*** | .448*** | | | |
| 9. 사회적 수용 | .139*** | .213*** | .402*** | .312*** | .163*** | .276*** | .160*** | .229*** | | |
| 10. 경제적 자원 | .147*** | .197*** | .159*** | .218*** | .240*** | .134*** | .260*** | .255*** | .133*** | |

*** $p < .001$

별에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다($t=.901$, $p=.368$). 그러나 학년 별로 남아와 여아를 비교했을 때, 6학년에서 남아의 평균 점수가 83.38점이고 여아의 평균 점수가 79.22점으로 유의미한 차이가 나타났다($t=2.810$, $p<.01$). 이러한 결과들을 바탕으로 기분과 정서에서 학년과 성별의 상호작용 효과가 나타난 것은 6학년 아동의 성차로 해석할 수 있다. 이는 학년이 낮을 때에는 여아가 남아에 비해 부정적 감정이나 스트레스를 덜 느끼지만, 학년이 높아질수록 기분과 정서에 대한 만족감이 큰 폭으로 떨어져서 6학년이 되면 여아가 남아에 비해서 우울, 짜증, 외로움과 같은 부정적 감정이나 스트레스를 더욱 많이 느낀다는 것을 의미한다.

다음으로 학교생활 및 공부에 대한 학년과 성별의 상호작용효과(그림 2)를 살펴보면 앞에서 살펴본 바와 같이(표 6) 학교생활 및 공부에서 학년의 차이가 유의미한 것으로 나타났다. 이에 대한 사후 검증 결과는 4학년과 5, 6학년 사이에 차이가 있는 것으로 나타나, 4학년 아동이 학교생활 및 공부에 대한 만족감이 높은 것을 알 수 있었다. 학교생활

및 공부에서 전체 아동의 성별 차를 알아보기 위해 t-검정을 실시하였는데, 표 9와 같이 전체 남아의 평균점수가 70.77점이고 전체 여아의 평균점수가 73.74점으로 유의한 차이가 나타났다($t=-2.702$, $p<.05$). 그리고 학년 별로 남아와 여아를 비교했을 때 4학년과 5학년에서 각각 성차가 나타났으나 6학년에서는 성차가 나타나지 않았다. 4학년 남아의 평균 점수가 75.66점이고 여아의 평균 점수가 80.35점으로 그 차이가 유의미했으며($t=-2.645$, $p<.05$) 5학년 남아의 평균 점수가 67.61점이고 여아의 평균 점수가 72.01점으로 유의미한 차이가 나타났다($t=-2.362$, $p<.05$). 이러한 결과들을 바탕으로 학교생활 및 공부에서 학년과 성별의 상호작용 효과가 나타난 것은 4학년과 5학년에서 나타난 성차가 6학년에서는 나타나지 않았기 때문으로 볼 수 있다. 이는 학년이 낮을수록 여아가 남아에 비해 학교생활이나 공부에 대해 긍정적인 느낌을 가지고 있지만, 학년이 높아질수록 낮아져서 6학년이 되면 여아의 학교생활이나 공부에 대한 만족감이 남아와 비슷한 수준으로 된다는 것을 의미한다.

삶의 질 하위영역 간의 상관관계

아동의 삶의 질을 구성하는 10가지 하위영역 간의 관계를 살펴보기 위해 학년과 성별을 통제하여 상관관계분석을 실시한 결과는 표 10과 같다. 삶의 질의 10가지 하위영역인 신체활동과 건강, 심리적 건강, 기분과 정서, 사회적 지지와 또래, 부모와의 관계 및 가정생활, 자기 인식, 자유 시간, 학교생활 및 공부, 사회적 수용, 경제적 자원 간의 상관관계는 유의수준 .001에서 모두 유의하였다. 이는 아동의 삶의 질을 이루는 각 하위영역들이 서로 높은 상관이 있음을 의미한다. 그런데 상관계수의 통계적 유의성은 사례 수에 민감하게 영향을 받으므로 실제적인 의미에 기초하여 해석해야 한다. 보통 상관계수 .40이상이면 상관관계가 높은 것으로 해석한다(Rea & Parker, 2005).

본 연구에서 삶의 질을 이루는 10가지 하위 영역 간에 상관관계가 가장 높게 나온 것은 ‘심리적 건강’과 ‘학교생활 및 공부’($r=.618$)였으며, 다음으로는 ‘심리적 건강’과 ‘부모와의 관계 및 가정생활’($r=.574$), ‘심리적 건강’과 ‘신체활동과 건강’($r=.560$) 순으로 나타났다. 특히 ‘심리적 건강’과 ‘기분과 정서’는 대부분의 하위영역과 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 이는 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서를 가지고 생활하며 삶에 대한 만족감이 높을수록, 그리고 우울, 짜증, 외로움과 같은 부정적 감정을 덜 느끼고 스트레스가 낮을수록 삶을 구성하는 전반적인 영역에 대해서 만족감이나 행복감이 높다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 긍정적인 정서를 빈번하게 느끼며 부정적 정서를 덜 느낄수록 행복감이 높아진다는 연구결과와 일치한다(Diener, 1984).

학령기 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

표 11. 남아의 전반적인 삶의 질에 미치는 영향에 대한 중다회귀분석 결과

| 변수 | 남아의 삶의 질 총점 | | | t |
|------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | 비표준화 | 표준 | 표준화 | |
| | 계수 (B) | 오차 | 계수 (β) | |
| 학년 | -.266 | .559 | -.019 | -.475 |
| 질병여부 | -1.184 | .789 | -.059 | -1.501 |
| 비만도 | .090 | .473 | .008 | .191 |
| 가족형태 | -.275 | .527 | -.020 | -.523 |
| 출생순위 | .019 | .403 | .002 | .046 |
| 경제수준 | 1.626 | .541 | .125 | 3.005** |
| 학업성적 | 2.449 | .508 | .202 | 4.819*** |
| 교우관계 | 4.934 | .458 | .437 | 10.776*** |
| 상수 | 44.322 | 3.170 | | 13.982 |
| R | | .567 | | |
| F값 | | 26.944*** | | |

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

1) 남아의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

남아의 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 무엇이며 그 영향력의 양상이 어떠한지 알아보기 위하여 삶의 질 전체점수를 종속변수로, 아동의 학년, 질병여부, 비만도와 같은 개인특성 변수, 가족형태, 출생순위, 경제수준과 같은 가족관련 변수, 학업성적, 교우관계와 같은 학교생활 변수를 독립변수로 동시적 중다회귀분석을 실시하였다. 그 결과는 표 11과 같다. 학령기 남아의 전반적인 삶의 질을 측정하는 이 모형은 통계적으로 유의미($F(8, 356)=26.944, p<.001$)하며, 상관계수는 .567로 나타나 학령기 아동의 삶의 질 전체점수의 30.9%가 모형에 포함된 독립변수들에 의해 설명되고 있다. 독립변수 간의 공차한계는 최대가 .977, VIF는 1.181로서 다중공선성의 문제가 없었다.

도출된 회귀식에 의해 개별 독립변수 중 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수를 살펴보면 가정의 경제수준($t=3.005, p<.01$), 학업성적($t=4.819, p<.001$),

표 12. 여아의 전반적인 삶의 질에 미치는 영향에 대한 중다회귀분석 결과

| 변수 | 여아의 삶의 질 총점 | | | |
|------|-------------|----------|-----------|-----------|
| | 비표준화 | | 표준화 | |
| | 계수 (B) | 표준 오차 | 계수 (β) | t |
| 학년 | -2.255 | .588 | -.165 | -3.834*** |
| 질병여부 | -1.336 | .825 | -.068 | -1.620 |
| 비만도 | .117 | .574 | .009 | .203 |
| 가족형태 | -1.031 | .613 | -.071 | -1.681 |
| 출생순위 | .176 | .433 | .017 | .407 |
| 경제수준 | 1.758 | .611 | .126 | 2.875** |
| 학업성적 | 1.411 | .516 | .119 | 2.732** |
| 교우관계 | 3.248 | .437 | .319 | 7.428*** |
| 상수 | 59.121 | 3.430 | | 17.234*** |
| R | .460 | | | |
| F값 | 15.278*** | | | |

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

교우관계($t=10.776$, $p < .001$)이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 각 독립변수의 상대적 기여도를 나타내는 표준화계수에 의하면 교우관계(=.319), 학업성적(=.202), 가정의 경제수준(=.125)의 순으로 학령기 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 학령기 아동의 교우관계가 좋을수록, 학업성적이 좋을수록, 가정의 경제수준이 높을수록 삶을 구성하는 다양한 하위영역에 대해 전반적으로 만족감, 행복감이 높다는 것을 의미한다.

2) 여아의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

여아의 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 무엇이며 그 영향력의 양상이 어떠한지 알아보기 위하여 삶의 질 전체점수를 종속변수로, 아동의 개인특성 변수, 가족관련 변수, 학교생활 변수를 독립변수로 중다회귀분석을 실시하였다. 그 결과는 표 12와 같다. 학령기 여아의 전반적인 삶의 질을 측정하는

이 모형은 통계적으로 유의미($F(8, 355)=15.278$, $p < .001$)하며, 상관계수는 .460로 나타나 학령기 아동의 삶의 질 전체점수의 19.8%가 모형에 포함된 독립변수들에 의해 설명되고 있다. 독립변수 간의 공차관계는 최대가 .988, VIF는 1.103로서 다중공선성의 문제가 없었다. 도출된 회귀식에 의해 개별 독립변수 중 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수를 살펴보면 학년표($t=-3.834$, $p < .001$), 가정의 경제수준($t=2.875$, $p < .01$), 학업성적($t=2.732$, $p < .01$), 교우관계($t=7.428$, $p < .001$)이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 각 독립변수의 상대적 기여도를 나타내는 표준화계수에 의하면 교우관계(=.319), 학년(=-.165), 가정의 경제수준(=.126), 학업성적(=.119) 순으로 여아의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 여아의 교우관계가 좋을수록, 학년이 낮을수록, 가정의 경제수준이 높을수록, 학업성적이 좋을수록 삶을 구성하는 다양한 하위영역에 대해 전반적으로 만족감, 행복감이 높다는 것을 의미한다.

논 의

이 연구는 한국 학령기 아동의 행복감이나 삶의 만족과 같이 주관적으로 인식하는 자신의 삶의 질이 다른 나라의 아동들에 비해 현저히 낮다는 문제의식을 바탕으로, 학령기 아동의 삶의 질의 양상과 그것에 영향을 미치는 요인을 살펴보았다. 먼저, 학령기 아동의 삶의 질이 전반적으로 어떠한 양상을 보이는지 살펴보기 위해 아동의 학년 및 성별에 따라 삶의 질이 유의한 차이가 있는지, 삶의 질을 구성하는 10가지 하위영역 간의 관계는 어떠한지 알아보았다. 그리고 학령기 아동의 주관적인 행복감이나 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 살펴보았다. 이러한 연구목적을 달성하기

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

첫째, 학령기 아동이 직접 보고한 삶의 질은 전반적으로 학년과 성별에 따른 차이가 있었다. 학년이 높은 아동이 낮은 수준의 삶의 질을 보고하였으며, 성별에 따라서는 남아가 여아보다 높은 수준의 삶의 질을 보고하였다. 이러한 결과를 초등학교 아동을 대상으로 행복감을 연구한 결과와 비교해 보면, 학년이 올라감에 따라 행복감의 수준이 감소한다는 결과와 일치하지만(조성연, 신혜영, 최미숙, 최혜영, 2009) 여아가 남아에 비해 높은 행복감을 보인다는 결과(조성연 등, 2009; 김희중, 2007)와는 일치하지 않았다. 그 원인에 대해서 연구대상의 차이로 해석할 수 있는데, 조성연 등(2009)의 연구에서는 1, 2, 3학년을 포함한 전체 초등학교생을 대상으로 하였고, 김희중(2007)의 연구에서는 초, 중, 고등학생을 모두 연구대상으로 하였다. 본 연구에서는 4, 5, 6학년 후기 학령기 아동만을 대상으로 하였는데, 이 시기 아동들은 급격한 신체적, 정서적, 심리사회적 발달을 경험하기 때문에 기존의 연구들과는 다른 결과가 도출된 것으로 해석할 수 있다.

그런데 이 연구의 결과에서 주목할 만한 것은 6학년 여아의 삶의 질이 매우 낮다는 점이다. 이는 여아가 남아보다 빠른 시기에 사춘기를 경험하고 초경 연령이 과거에 비해 낮아지고 있다는 통계결과(보건복지부, 대한의학회, 2010; 보건교육포럼, 2010)들과 관련해서 생각해볼 수 있다. 여아의 경우, 신체발달과 생리적 성숙이 빠른 시기에 나타날수록 자신의 체중이나 외모에 대한 만족도가 낮고(Swarr & Richards, 1996), 부정적인 자아상을 형

성(McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2001)하거나 우울한 성향을 많이 보인다는(Stice et al., 2001) 기존의 연구결과들이 있다. 본 연구에서 신체활동과 건강, 자기인식에서 여아의 만족감이 남아에 비해 유의하게 낮았던 점과 학년이 올라감에 따라 여아가 남아에 비해서 우울, 짜증, 외로움과 같은 부정적 감정이나 스트레스를 더욱 많이 느낀다는 점은 이러한 연구결과들과 관련이 있다고 해석할 수 있다. 또한 학교생활 및 공부, 경제적 자원을 제외한 다른 영역들에서도 전반적으로 여아의 행복감이나 만족감이 낮았던 것은 여아들이 남아에 비해 신체적 변화를 비롯하여 정서적, 심리사회적 변화를 빨리 경험함에 따라 삶을 이루는 다양한 영역에서 적응과 관련된 스트레스를 많이 받기 때문에 나타난 현상이라고 해석할 수 있다.

사춘기시기에 나타나는 신체, 생리적 변화는 단순히 외형상의 변화만 가져오는 것이 아니라 심리사회적 건강에도 영향을 미친다. 이 연구에서 후기 학령기 아동의 삶의 질이 학년이 올라갈수록 낮아진다는 결과는 사춘기가 나타남에 따라 아동이 주관적으로 느끼는 행복감이나 삶의 질이 낮아질 수 있다는 것을 시사한다. 따라서 후기학령기 아동의 주관적인 삶의 질을 증진시켜줄 수 있도록 노력해야 하며, 특히 여아의 경우 남아에 비해 더 빠른 시기에 사춘기를 경험하고 초경연령이 낮아지고 있다는 점을 고려하여 여아의 건강한 발달을 도모하고 삶을 증진시켜 줄 수 있도록 더욱 관심을 기울여야 한다. 또한 남아와는 달리 여아의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 가운데 학년이 유의하게 나타난 결과에서도 알 수 있듯이, 여아의 경우에는 학년에 따라 다른 내용의 상담 및 교육이 필요하겠다.

둘째, 부정적인 정서를 덜 느끼고 긍정적인 감정을 많이 느끼는 아동일수록 주관적으로 인식하

는 삶의 질이 높다. 이 연구에서 삶의 질을 구성하는 10가지 하위 영역 간의 상관관계는 매우 높은 것으로 나타났다. 특히 '심리적 건강', '기분과 정서'는 신체적 건강, 또래와의 관계, 부모와의 관계, 학교생활 등 아동의 삶을 구성하는 대부분의 영역들과 상관관계가 높았다. 이는 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서를 가지고 생활하며 전반적으로 삶에 대한 만족감이 높을수록, 그리고 우울, 짜증, 외로움과 같은 부정적 감정이나 스트레스가 낮을수록 삶을 구성하는 다양한 영역에 대한 만족감이나 행복감이 높아진다는 것을 의미한다. 따라서 아동의 전반적인 삶의 질을 증진시켜 주기 위해서는 아동이 부정적인 감정이나 스트레스를 잘 해소할 수 있도록 돕고, 기쁨, 즐거움과 같은 긍정적인 감정을 많이 경험할 수 있는 기회를 제공하여 삶에 대해 긍정적인 태도를 가질 수 있도록 해야 한다.

이를 바탕으로 학령기 아동에게 학업 외의 여가 활동을 할 수 있는 기회를 제공하는 노력이 필요하다고 제안한다. 상당수의 학령기 아동들은 학원이나 과외 등을 통한 선행학습에 몰두하며 친구와 어울려 놀 수 있는 시간이나 자신이 좋아하는 활동을 할 수 있는 시간이 절대적으로 부족한 실정이다. 그리고 여가시간이 주어질 경우에도 주로 TV 및 비디오 시청, 컴퓨터 게임, 독서와 같은 활동을 하며 집에서 혼자 많은 시간을 보내고 있다(통계청, 2007). 따라서 학령기 아동들이 여가시간에 TV시청이나 컴퓨터 게임과 같은 활동으로 시간을 보내기보다는 신체활동뿐만 아니라 친구들과 함께 할 수 있는 문화체험, 예술 활동 등에 참여할 수 있도록 다양한 기회를 제공할 필요가 있다. 이는 아동에게 불안, 우울, 스트레스와 같은 부정적인 감정을 해소하고 기쁨, 즐거움과 같은 긍정적인 정서를 경험할 뿐만 아니라 교우관계를 증진시킬 수 있는 기회가 되어 건강한 발달과 주관적인 삶

의 질을 높이는 방안이 될 것이다.

셋째, 학령기 아동의 객관적인 신체건강상태는 주관적인 삶의 질에 직접적인 영향을 미치지 않는다. 학령기 아동의 전반적인 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 중다회귀분석 결과를 살펴보면, 남아와 여아 공통적으로 질병여부, 비만도와 같은 개인특성 변수는 삶의 질에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 사실 아토피성 피부염, 비염, 천식과 같은 질병은 아동의 삶을 이루는 다양한 영역에 대한 만족감이나 행복감을 떨어뜨리는 요인이 될 수 있다는 관점이 지배적이다(김철우 등, 2001; 장원석 등, 2006; Chmlin & Chren, 2010; Varni et al., 2007). 그런데 한편으로는 신체건강상의 문제가 아동의 삶의 질에 직접적으로 부정적인 영향을 미치는 것만은 아니라는 견해도 있다(Drotar, 1981; Spieth & Harris, 1996에서 재인용). 만성적인 질병이 있더라도 자신의 질병에 대해 이해하고 감정을 조절하며, 삶의 목적이나 의미를 찾아간다면 심리사회적 건강에 부정적인 영향을 미치지 않는다는 것이다(Albrecht & Devlieger, 1998).

실제로 비만아동의 신체상과 우울의 상관관계를 조사한 연구에 의하면, 신체상에 대한 변수를 통제했을 때 비만과 우울의 상관관계가 유효하지 않게 나왔다(김윤진, 2008; Pesa, Syre, & Jones, 2000). 이는 신체상이 비만에 따른 자존감 및 우울을 매개하는 역할을 하는 것으로, 실제 비만지수보다는 신체나 외모에 대한 자기 지각이 자존감 및 우울과 보다 상관이 있다고 해석할 수 있다. 천식, 당뇨병, 간질과 같은 만성질환을 가진 아동의 경우에도 긍정적인 자아개념을 가지고 있을수록 질병에 대한 태도가 더욱 긍정적이며 질병을 잘 통제할 수 있게 되어 삶의 만족도가 높다고 한다(Burkhatt & Rayens, 2005; Lee, Hamiwka, Sherman, &

Wirrell, 2008). 결국 이 연구의 결과는 신체건강상의 문제가 아동의 삶의 질에 직접적으로 부정적인 영향을 미치지 않는다는 견해(Drotar, 1981; Spieth & Harris, 1996에서 재인용)와 일치한다. 즉, 질병의 유무와는 상관없이 자신의 신체건강을 인식하는 방식이 삶의 질에 미치는 영향이 더 크다는 관점(Kevin, Nancy, & Susan, 1999)을 지지한다. 본 연구 대상 학령기 아동이 많이 가지고 있는 질병은 대부분 아토피성피부염, 비염, 천식, 비만과 같이 일상생활에 어려움을 줄 수 있지만, 평소에 청결을 유지하고 식사조절 및 운동 등을 통해 꾸준히 건강관리를 한다면 어느 정도 극복이 가능한 질병이다. 따라서 이러한 질병을 가진 학령기아동의 경우, 자신의 질병을 잘 이해하고 관리할 수 있도록 돕는 것이 건강한 발달을 도모하고 삶의 질을 증진시켜줄 수 있는 방안이 될 것이다.

넷째, 학교생활은 학령기 아동의 주관적인 삶의 질에 큰 영향을 미친다. 학령기 아동의 전반적인 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대해 살펴본 결과 교우관계와 학업성적이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

그 중 교우관계는 특히 중요한데, 남아와 여아 모두에게 삶의 질에 가장 많은 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 성인을 대상으로 한 연구(박영신, 김의철, 2009a; 서은국, 구재선, 이동귀, 정태연, 최인철, 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(박영신, 김의철, 2009b; Detmar et al, 2006). 그리고 삶의 질 하위영역 중 '심리적 건강'과 '사회적 지지와 또래'영역은 높은 상관이 있었다. 즉 학령기 아동이 친구들과 함께 시간을 보내며 재미있는

활동을 하는 등 서로 믿고 의지할 수 있는 좋은 관계를 유지하는 것이 즐거움, 기쁨과 같은 긍정적인 정서를 많이 느끼고 삶에 대한 만족도가 높아지는 데 영향을 미친다는 것을 의미한다.

학업성적 또한 아동의 삶의 질에 많은 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌는데, 이는 우리나라 학령기 아동에게 학습이나 과제수행과 같은 학업성취가 매우 중요한 발달 과업으로 여겨지고 있다는 것을 생각하면 그리 놀라운 결과가 아니다. 김의철과 박영신(2008)의 연구에 의하면 대다수의 학령기 아동들은 자신에게 가장 자랑스러운 성공경험이 학업성적이라고 생각하고, 공부를 잘하면 원하는 직업을 가질 수 있으며 왕따를 당하지 않기 때문에 행복해진다고 믿는다. 또한 공부를 잘하면 부모님을 기쁘게 해드릴 수 있기 때문에 공부를 한다(한겨레신문, 2008. 11. 28; 조성연 등, 2009에서 재인용). 이렇듯 우리나라의 학령기 아동들은 철저한 학력중심의 사회에서 부모의 과도한 교육열로 인해 학업성적에 대해 많은 부담감을 가지고 있다. 또한 대부분의 시간을 학원이나 과외 등으로 보내면서 자기만의 시간을 갖지 못하고 있는데다, 발달상 급격한 변화를 경험하고 있기 때문에 학업성적에 따라 자신의 삶의 질을 부정적으로 인식할 수 있다. 아동의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 가운데 학업성적이 유의하게 나온 것은 학업성취와 삶의 질의 관계를 연구한 다른 결과에서 학업성적을 통한 성공경험을 많이 한 아동일수록 자신감이 높아지고, 긍정적으로 삶의 질을 인식하게 된다는 것과 일치한다(임미향, 박영신, 2007).

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 발달특성과 발달에 영향을 미치는 환경에 대한 이해를 바탕으로 한 삶의 질 측정도구의 개발이 필요하다. 둘째, 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 자기보고를 바탕으로 이루어져 있다. 그러나 아동을 둘러싼 환경을 모두 고려하여 부모, 교사, 또래친구 등의 보고를 참조한다면, 더욱 포괄적인 시각으로 풍부한 해석을 할 수 있을 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 이 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다. 일반아동을 대상으로 한 건강관련 삶의 질 연구이며, 아동의 자기보고를 바탕으로 한 주관적인 삶의 질을 살펴보았다는 점이다. 또한 객관적으로 주어진 하나의 지표만으로 아동의 삶의 질을 살펴본 것이 아니라 아동의 개인특성 변수, 가족관련 변수, 학교생활 변수를 고려하여 포괄적으로 살펴보았다는 점에서 의미가 있다.

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. 아동의 삶에는 문제만 있는 것이 아니다. 대다수의 아동들은 발달상의 변화와 다양한 스트레스를 경

험하면서도 효과적으로 적응하며 건강하게 생활한다. 따라서 아동이 자신의 삶을 어떻게 인식하고 있는지, 어떠한 요인들이 그들의 주관적인 행복이나 삶의 질에 영향을 주는지 살펴본 이 연구는 아동의 긍정적 적응과 건강한 발달을 지원하기 위한 유용한 지표가 될 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원 (2009). 연도별 성조숙증 진료환자현황.
- 김성은 (2006). 소아 간질환자의 삶의 질과 이에 미치는 영향. 석사학위논문. 울산대학교 의학대학원.
- 김윤진 (2008). 비만관리 프로그램이 비만 및 과체중 아동의 비만관련 변인과 우울증, 신체상에 미치는 영향. 석사학위논문. 서울대학교 대학원: 체육교육과.
- 김의철, 박영신 (2008). 한국 사회와 교육적 성취 (II): 한국 청소년의 학업성취에 대한 심리적 토대 분석. 한국심리학회지: 사회문제, 14(1), 63-109.
- 김철우, 박중원, 홍천수, 김용순, 박지원, 김기연, 송영신 (2001). 알레르기 질환 유무에 따른 삶의 질 및 스트레스 비교분석. 대한천식 및 알레르기학회, 21(4), 647-656.
- 김현준 (2007). 청소년의 정서지능과 사회지능이 삶의 질에 미치는 영향. 박사학위논문. 인하대학교 교육대학원.
- 김희중 (2007). 긍정심리와 주관적 행복감 및 학교생활 적응과의 관계. 석사학위논문. 충남대학교 대학원.
- 박성우, 김용욱 (2004). 특수한 학습요구를 가진 학생들의 장애유형과 연령에 따른 자기 결정

- 력과 삶의 질 비교. 특수교육저널: 이론과 실천, 15(4), 251-270.
- 박영신, 김의철 (2009a). 심리적, 관계적, 경제적 자원: 한국인의 행복에 어떠한 영향을 미치는가? 한국심리학회지: 사회문제, 15(1) 특집호, 95-132.
- 박영신, 김의철 (2009b). 한국 청소년의 행복: 심리적, 관계적, 경제적 자원과 학업성취의 영향. 한국심리학회지: 사회문제, 15(3), 399-429.
- 보건교육포럼 (2010). 초, 중, 고 여학생의 초경 현황 연구결과 보도자료.
- 보건복지부 (2006). 2006년 상반기 아동 정신건강 선별 검사 결과.
- 보건복지부, 대한의학회 (2010). 정상청소년의 성장과 발달: 사춘기. <http://health.mw.go.kr>(국가건강정보포털)에서 2010년 11월 8일 인출.
- 보건복지부 질병관리본부 (2009). 2008 국민건강 통계: 국민건강영양조사 제 4기 2차년도 결과 보고서.
- 서울대학교 건강증진사업지원단 (2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발.
- 서울시 소아청소년 광역정신보건센터 (2005). 2005년도 역학사업보고서: 서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사.
- 서은국, 구재선, 이동귀, 정태연, 최인철 (2010). 한국인의 행복지수와 그 의미. 2010 한국심리학회 연차학술대회 자료집, 213-232.
- 신민섭, 조수철, 장재연, 정해일, 하일수 (2008). 만성복막 투석 아동용 삶의 질 척도 개발. 대한소아신장학회지, 12(2), 202-212.
- 신상진 (2010). 한국 성인들의 건강관련 삶의 질 특성분석. 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원.
- 연세대학교 사회발전 연구소(2009). 2009 국제비교로 본 한국 어린이-청소년 행복지수 보도자료.
- 임미향, 박영신 (2007). 행복에 영향을 미치는 변인: 초, 중학생을 중심으로. 2007년 한국교육심리학회 연차학술대회자료집, 91-99.
- 장원석, 양재원, 정유숙, 홍성도 (2006). 중학생들에서의 체질량 지수와 삶의 질의 관계. 소아, 청소년정신의학, 17(1), 3-9.
- 조궁호 (1996). 삶의 질과 주관적 안녕. 사회과학연구, 5, 229-283.
- 조성미, 오덕원, 김선엽 (2009). 부모의 보고에 의한 강직성 뇌성마비 아동의 신체적 기능수준에 따른 삶의 질 비교. 대한작업치료학회, 17(1), 29-37.
- 조성연, 신혜영, 최미숙, 최혜영 (2009). 한국 초등학교 아동의 행복감 실태조사. 한국아동학회지, 30(2), 129-144.
- 통계청 (2007). 2007년 사회통계 조사결과(복지, 문화와 여가, 소득과 소비) 보도자료.
- 한겨레(2008. 11.28). “요즘초등학생들 얼마나 행복할까.”: 조성연, 신혜영, 최미숙, 최혜영 (2009)에서 재인용
- 현명호, 유제민, 이수현 (2002). 여중생의 비만, 신체상 불만족 및 폭식행동이 우울에 미치는 영향. 한국심리학회지:임상, 21(3), 565-580.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1998). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life, *Social Science and Medicine*, 41(1), 447-462.
- Bruil, J. & Detmar, S. B. (2005). Measuring health-related quality of life in children:

- difficulties and challenges, *Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 5(5), 511-514.
- Burkhart, P. V. & Rayens, M. K. (2005). Self-concept and health locus of control: factors related to children's adherence to recommended asthma regimen. *Pediatr Nurs*, 31, 404-409.
- 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.
- 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 Life Research*, 15, 739-754.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- Kevin, W. S., Nancy, E. A., & Susan, F. A. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life

- research :a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8(5), p.447-259.
- 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, A., Hamiwka, L. D., Sherman, E. M., & Wirrell, E. C. (2008). Self-concept in adolescents with epilepsy: biological and social correlates. *Pediatr Neurol*, 38, 335-339.
- 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.
- 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.
- 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.
- Morreim, E. H. (1992). Medical ethics and the future of quality of life research. *Prog Cardio Nurs*, 7(1), 12-17.
- 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.
- Pesa, J. A., Syre, T. S., & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, 26, 330-337.
- 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.
- Rea, L. M. & Parker, R. A. (2005). *Designing*

- & *Conducting Survey Research A Comprehensive Guide* (3rd Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 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.
- Seligman, M. E. P. & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction', *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Spieth, L. E. & Harris, C. V. (1996). Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, *21*(2), 175-193.
- 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.
- 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.
- 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*.
- Waters, E., Maher, E., Salmon, L., Reddihough, D., & Boyd, R. (2005). Development of a condition specific measure of quality of life for children with cerebral palsy: Empirical thematic data reported by the parents and children. *Child: Care, Health and Development*, *31*, 127-135.
- 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.

1차 원고 접수: 2011. 04. 12

수정 원고 접수: 2011. 08. 20

최종 게재 결정: 2011. 08. 22

Self-Reported Quality of Life in Korean School-Age Children

Boram Lee Hye Jun Park
Department of Child Development & Family Studies
Seoul National University

The purpose of this study was (1) to examine general aspects of Korean school-age children's self-reported quality of life(QOL), (2) to investigate what factors were related to the QOL of school-age children. Participants were 972 Korean 4th, 5th, & 6th grade students. Children completed a questionnaire based on the KIDSCREEN(The KIDSCREEN Group Europe, 2006) to evaluate their self-perceived well-being and subjective health. Major findings were as follows: 1. Upper grade students showed lower levels of QOL and boys reported higher levels of QOL than girls. Especially 6th grade girls showed the lowest QOL. 2. There were statistically significant relationships among 10 sub-dimensions of QOL (10 sub-dimensions: physical well-being, psychological well-being, moods & emotions, self-perception, autonomy, parent relations & home life, social support & peers, school environment, social acceptance, and financial resources). Specifically, 'psychological well-being' and 'moods and emotions' were strongly related with all the other sub-dimensions. This result suggested that experiencing more positive emotions(joy, pleasure, cheer), and less negative emotions(depression, anxiety, loneliness) tend to positively related to children's QOL. 3. Physical health status didn't have significant impact on school-age children's QOL. It means whether children have diseases or not, the way how they recognize their well-being and subjective health has greater impact on children's QOL. 4. Peer relationship and scholastic performance were found to be the significant factor that contribute to the QOL to both boys and girls.

Keywords: school-age children, self-reported quality of life, health-related quality of life