



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

사회복지학석사학위논문

아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에
영향을 미치는 요인에 관한 연구

2014년 8월

서울대학교 대학원
사회복지학과
최창용

아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

지도교수 Joan P. Yoo

이 논문을 사회복지학석사학위논문으로 제출함

2014년 5월

서울대학교 대학원

사회복지학과

최 창 용

최창용의 사회복지학석사 학위논문을 인준함

2014년 6월

위 원 장 _____ (인)

부 위 원 장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

서울대학교 대학원
사회복지학과
최 창 용

아토피 피부염은 현대 사회 청소년의 대표적인 만성질환 중 하나로, 최근 한국 청소년들에서도 매우 높은 유병률을 보이고 있다. 높아지는 유병률에 따라서 아토피 피부염에 대한 사회적 관심이 점차 높아지고 있으나, 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 측면에 대한 연구는 아직 활발하게 이루어지고 있지 않고 있다.

아토피 피부염 청소년의 심리사회적인 발달을 지원하기 위해서는 만성질환이라는 동일한 역경 속에서도 긍정적인 발달을 보이는 청소년들의 특성을 파악할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 적응유연성 모형을 통해서 아토피 피부염 청소년 간의 삶의 만족도 차이를 설명할 수 있는 위험요인과 보호요인을 확인하는데 목적을 두고 수행되었다. 위험요인으로 질병에 따른 건강 관련 위험요인인, 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식을 설정하였으며, 보호요인으로 개인, 가족, 사회적 차원에서 각각 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래 애착을 설정하였다. 이러한 연구모형 설정에 따라, 위험요인의 주효과, 보호요인의 주효과, 위험요인과 보호요인의 상호작용 효과를 검증하였다.

본 연구는 한국청소년정책연구원에서 수행한 ‘한국아동청소년 패 널’ 중학교 1학년 코호트의 1차년도(2010년) 조사대상자 중 아토피 피부염을 유병 중이라고 응답한 337명의 조사결과를 활용하여 수행되었으며, 연구 가설 검증은 위계적 회귀분석을 통하여 이루어졌다.

본 연구의 주요 분석 결과는 다음과 같다.

첫째, 질병으로 인한 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식은 모두 삶의 만족도에 대해 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 질병으로 인해 일상생활에 지장을 받는 경우 상대적으로 삶의 만족도가 낮으며, 주관적으로 평가한 건강상태가 안 좋을수록 삶의 만족도가 낮아진다.

둘째, 보호요인 중 자아존중감과 애정적 양육태도는 삶의 만족도에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 아토피 피부염 청소년의 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도가 높으며, 부모가 애정적인 양육태도를 보일수록 삶의 만족도가 높아진다. 반면, 또래애착은 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 아토피 피부염 청소년의 또래애착이 삶의 만족도에 미치는 영향은 후속 연구들을 통하여 추가적으로 살펴볼 필요가 있을 것으로 보인다.

셋째, 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향이 보호요인의 수준에 따라 변화하는지 확인하기 위해 위험요인과 보호요인의 상호작용 모형을 분석한 결과, 건강상태에 대한 부정적 인식과 자아존중감 간에 상호작용 효과가 확인되었다. 이는 건강상태에 대한 주관적 인식이 부정적일수록 삶의 만족도가 낮아지지만, 자아존중감이 높을수록 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향이 작아짐을 의미한다. 그 외의 위험요인과 보호요인 간의 상호작용 효과들은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 확인되었다.

이상의 연구결과가 시사하는 바는 다음과 같다. 먼저 질병과 관련된 위험요인들의 주효과가 확인됨에 따라서, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도 향상을 위해서는 일차적으로 효과적인 증상의 관

리가 필요한 것으로 확인되었다. 또한, 자아존중감과 애정적 양육태도는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 보호요인으로 확인되었다. 따라서 일상생활 및 질병 증상관리 과정에서 자아존중감과 애정적인 양육태도가 저해되지 않도록 주의가 필요하며, 아토피 피부염 청소년과 부모를 대상으로 한 자아존중감과 애정적 양육태도의 향상을 위한 심리사회적인 개입이 필요하다. 특히 자아존중감은 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부적 영향에 대한 조절효과를 보였으므로, 자아존중감 향상을 위한 개입은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도 향상을 위해 매우 중요하다고 할 수 있다.

본 연구는 적응유연성 모형을 통해서 아토피 피부염이라는 동일한 역경 속에서의 청소년의 발달상의 차이를 설명할 수 있는 변인을 확인하였다는 점에서 의의를 갖는다. 또한 전국대표성을 가지는 자료를 활용하였으며, 그동안 잘 다루어지지 않았던 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 발달에 대한 연구를 수행하였다는 점에서 의의를 갖는다. 그러나 본 연구는 질병과 관련된 변인을 반영하지 못하고, 횡단적 연구로 수행되어 변인들 간의 인과관계는 설명할 수 없다는 한계가 있다. 이러한 한계는 후속 연구를 통하여 보완될 필요가 있다.

주요어 : 아토피 피부염 청소년, 적응유연성, 삶의 만족도,

주관적 건강상태, 자아존중감, 애정적 양육태도

학번 : 2012-20129

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 필요성	1
제2절 연구문제	7
제2장 이론적 배경	8
제1절 아토피 피부염 청소년에 대한 이해	8
1. 아토피 피부염의 현황 및 특성	8
2. 아토피 피부염이 청소년에게 미치는 영향	10
제2절 적응유연성 모형	14
1. 적응유연성에 대한 이해	14
2. 위험요인과 보호요인	17
3. 만성질환 청소년의 적응유연성 연구의 필요성	20
제3절 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도	22
1. 삶의 만족도에 대한 개념적 이해	22
2. 만성질환 청소년의 삶의 만족도 적응유연성 모형	27
3. 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도의 위험요인과 보호요인	33
제3장 연구모형 및 연구가설	44
제1절 연구모형	44
제2절 연구가설	45
제4장 연구방법	47
제1절 연구자료	47
제2절 변수의 정의 및 측정도구	47
1. 삶의 만족도	47
2. 질병 관련 위험요인	48
3. 보호요인	49
4. 통제변수	51
제3절 분석방법	52

제5장 연구결과	53
제1절 응답자 특성	53
1. 인구사회학적 특성	53
2. 아토피 피부염 청소년의 발달 현황	56
제2절 주요 변수의 기술통계 및 상관관계	60
1. 주요 변수의 기술통계	60
2. 주요 변수 간 상관관계	62
제3절 가설 검증	65
1. 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향	66
2. 보호요인이 삶의 만족도에 미치는 영향	69
3. 위험요인에 대한 보호요인의 조절효과	72
제6장 결론	76
제1절 분석결과의 요약	76
제2절 논의	79
1. 질병 관련 위험요인과 삶의 만족도	79
2. 보호요인과 삶의 만족도	82
3. 보호요인의 조절효과	88
제3절 연구의 함의	90
1. 이론적 함의	90
2. 실천적 함의	92
제4절 후속연구를 위한 제언	96
참고문헌	98
부록. 측정도구 설문문항	116
Abstract	119

표 차례

[표 1] 청소년 적응유연성 모형의 요인, 개념, 구성요소	28
[표 2] 조사대상자의 인구사회학적 특성	53
[표 3] 아토피 피부염 청소년과 비아토피 청소년의 발달 지표 결과 비교 ..	56
[표 4] 주요 변수의 기술통계	60
[표 5] 주요 변수 간 상관관계	64
[표 6] 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향	67
[표 7] 보호요인이 삶의 만족도에 미치는 영향	70
[표 8] 위험요인에 대한 보호요인의 조절효과	75

그림 차례

[그림 1] 보호요인의 주효과 모형 및 상호작용 모형	18
[그림 2] 건강위험청소년의 적응유연성 모형	29
[그림 3] 천식 청소년 삶의 질 적응유연성 모형	30
[그림 4] 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도 적응유연성 개념적 모형 ...	32
[그림 5] 연구모형	44

제1장 서론

제1절 연구의 필요성

아토피 피부염은 최근 아동, 청소년에서 높은 유병률을 보이면서, 현대 사회 아동, 청소년의 대표적인 만성질환 중 하나로 인식되고 있다. 아토피 피부염은 우리나라 청소년들에서도 높은 유병률을 보이며, 유병률은 갈수록 높아지고 있는 추세이다(질병관리본부, 2010). 실제로 최근의 아토피 피부염 유병률 조사 결과를 살펴보면, 중고등 학생을 대상으로 한 ‘제8차 청소년 건강행태 온라인 조사’에서 24.3%, 질병관리본부의 2010년도 알레르기성 유병률 조사의 13~14세 군에서 24.0%로 나타나는 등 다수의 유병률 조사에서 20% 내외의 높은 유병률을 보이고 있다(보건복지가족부 & 교육과학기술부, 2012; 질병관리본부, 2010).

아토피 피부염의 정확한 발병 원인은 확인되지 않았으나, 면역, 유전, 대사, 감염 및 신경내분비 등의 여러 인자와 환경적인 요인이 복합적으로 작용하여 발병하는 것으로 알려져 있다(정수진 외, 2005). 아토피 피부염의 대표적인 신체적인 증상은 피부의 염증이로 인한 가려움증이다. 가려운 증상과 긁는 행동은 악순환적인 관계를 가지며 피부의 손상을 악화시키고, 가려움증은 새벽시간에 극심해지면서 수면의 질을 저해시킨다(김홍식 외, 1998, Absolon, Cottrell, Eldridge, & Glover, 1997; Lewis-Jones, 2006; Su, Kemp, Varigos, & Nolan, 1997; Yosipovitch et al., 2002). 아토피 피부염 유병 청소년과 부모들은 증상의 완화를 위해 염증의 관리, 피부 모습, 환경적 위험 인자 회피 등의 관리 행동을 일상생활 속에서 지속적으로 수행하게 된다. 그러나 아토피 피부염은 쉽게 완치되지 않으며 호전과 악화를 반복하게 되고, 그 과정에서 유병 청소년과 부모는 무력감과 실패감을 경험하게 된다(김광호 외, 2011; 조성은 외, 2010).

또한 아토피 피부염은 신체적 문제뿐만 아니라 유병 청소년의 심리사회적인 측면에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 아토피 피부염 청소년은 상대적으로 높은 수준의 불안, 열등감, 우울감, 의존성, 두려움과 자신감 부족 등의 심리적 문제를 보인다고 하며(최승미 외, 2000; Carroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer, & Manuel, 2005; Lewis-Jones, 2006), 또래집단으로부터 소외되거나, 괴롭힘을 당하는 등의 부정적인 사회적 관계를 경험할 가능성도 높은 것으로 보고된다(Howlett, 1999; Lawson et al., 1998; Lewis-Jones & Finlay, 1995).

아토피 피부염은 가족 체계에도 영향을 미치게 된다. 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 양육 상황에서의 스트레스와 부담감을 느끼고, 자녀의 증상으로 인해 소진, 죄책감, 절망감 등의 심리적 어려움을 겪게 되고, 이로써 부모-자녀 관계가 변질되기도 한다(Kemp, 2003; Lawson et al., 1998; Ring & Palos, 1986; Wallander & Varni, 1998). 또한 아토피 피부염은 치료와 증상 관리를 위해서 의료비, 의복비, 보습제 등의 지출을 필요로 하여, 가족의 경제적 부담을 가중시킨다(김동재, 2001; 김은정, 2005; 유승민, 2011; Carroll et al., 2005).

이처럼 아토피 피부염은 유병 청소년에게 신체심리사회적으로 부정적인 영향을 미치고 있음에도 불구하고, 아토피 피부염의 증상이 생명에 치명적이지는 않다는 이유로 아토피 피부염의 심각성이 간과되는 경향이 있다(김은정, 김형옥, 박영민, 2008; Su et al., 1997). 이러한 오해는 적절한 교육 및 사회적 지지의 제공을 제한함으로써, 아토피 피부염 환자와 가족의 부담을 가중시킨다(Carroll et al., 2005). 그러나 일부 연구들에서는 아토피 피부염이 환자와 가족의 일상생활이나 삶의 질, 장애보정생존년수 등에 미치는 부정적인 영향이 다른 만성질환에 비해 상대적으로 큰 것으로 보고하고 있다(보건복지부, 2005; Finlay, 2001; Lewis-Jones, 2006; Su et al., 1997). 따라서 아토피 피부염 환자와 가족에 대한 충분한 사회적 관심과 지원을 제공할 필요가 있다.

특히 청소년기의 아토피 피부염 환자의 경우 영유아기, 아동기 환아에 비해 상대적으로 더 관심을 받지 못하고 있다. 최근 아토피 피부염에 대한 사회적이고 학문적인 관심이 늘어가고 있지만, 대부분은 영유아와 아동을 대상으로 이루어지고 있다. 아토피 피부염 청소년에 대한 관심이 상대적으로 부족한 이유는 발병률과 유병률이 영유아기와 아동기에서 더 높게 나타난다는 점에서(Paller, Mcalister, Doyle, & Jackson, 2002) 비롯된 것으로 예상된다. 그러나 실제 유병률 조사 결과를 살펴보면, 청소년기에도 20% 내외의 높은 유병률을 보이는 것으로 확인된다(보건복지가족부 & 교육과학기술부, 2012; 지혜미 외, 2009). 또한 대한의사협회의 연구에 따르면 영유아기에 발병한 아토피 피부염 환자 중 약 70%는 성인기까지 아토피 피부염이 지속된다고 한다(조복희, 2008). 따라서 실제로는 상당수의 청소년들이 아토피 피부염의 영향력 속에서 생활하고 있는 것이다.

아토피 피부염 청소년에 대한 관심을 저하시키는 또 다른 배경 중 하나는 아토피 피부염은 연령이 증가함에 따라 신체적 증상이 호전될 가능성이 높다는 점이다(김광호 외, 2011; Barnetson & Rogers, 2002). 그러나 미래에 신체적 증상이 호전될 가능성이 높다는 것이 현재의 심리사회적 문제에 대한 개입의 필요성을 제약해서는 안 된다. 의학적으로 신체적 증상의 미래에 완화될 가능성이 있다고 하더라도, 다수의 청소년들은 아토피 피부염의 부정적인 영향력 속에서 현재를 살아가고 있다. 또한 생애주기적 관점에서 청소년기의 건강문제와 이로 인한 심리사회적 문제는 이후의 삶에까지 영향력을 미칠 수 있다(Graham & Power, 2004). 따라서 아토피 피부염 청소년의 현재의 좋은 삶(well-being)을 위해서나 미래의 좋은 삶(well-becoming)을 위해서나, 그들의 성공적인 적응과 발달을 지원하기 위한 노력이 필요하다.

청소년의 발달과업 수행을 지원하고, 긍정적인 발달 결과를 유도하고, 현재 생활의 안녕을 추구하는 것은 사회복지의 전통적인 관심사였다. 특히 발달상에 어려움에 처해있는 청소년들에 대해서는 더 깊은 주의를 기울여왔다. 만성질환을 가진 청소년들은 다른 청소년들과 동일하게 요구되는 발달과업들이 있음에도 자신의 질병으로 인해 발달과업을 수행하는데 어려움을 겪게 된다(Taylor, Gibson, & Franck, 2008). 앞서 확인한 바와 같이 아토피 피부염 청소년은 신체적, 심리적, 사회적 어려움 속에서 생활하고 있으며, 그들이 경험하는 어려움과 역경은 청소년의 발달을 저해하는 위험요인으로 작용할 수 있다. 따라서 아토피 피부염이라는 특수한 상황 속에서 유병 청소년들이 어떻게 생활하는지를 확인하고 그들의 삶을 긍정적인 방향으로 촉진하기 위한 지원이 필요하다.

기존의 일부 선행연구들에서 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 어려움을 보고하고 있지만, 해당 연구들은 심리사회적 개입의 구체적인 방향성을 제시해주지는 못하였다는 한계가 있다. 아토피 피부염의 심리사회적 어려움에 관심을 가진 기존의 연구들은 아토피 피부염 아동, 청소년과 대조군 아동, 청소년과 비교함으로써 아토피 피부염 환자의 상대적 어려움을 보고하여 왔다(김홍식 외, 1998; Absolon, et al., 1997; Lewis-Jones, 2006; Reid & Lewis-Jones, 1995; Su et al., 1997). 이러한 연구들은 아토피 피부염 청소년에 대한 개입의 필요성 제기에는 기여하였지만, 어떠한 개입이 필요한지에 대한 구체적인 지향점을 제시하지 못하였다. 유병 여부에 따른 비교 연구는 두 집단의 차이를 질환 자체로만 설명할 수 있으며, 만성질환 자체를 제거하는 것은 현실적으로 매우 힘든 과제이다. 따라서 아토피 피부염 청소년을 효과적으로 지원하기 위해서는 유병 집단 내부에서 질환의 영향력 속에서도 좋은 발달을 성취할 수 있도록 기여하는 조건에 대한 이해가 필요하다.

본 연구는 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 발달에 대한 구체적인 지원 방향을 제안하기 위해 적응유연성 모형을 적용하여 수행하고자 한다. 어려움과 역경에 처한 사람들에 대한 초창기 연구들은 부정적인 경험에 따른 부정적인 결과나 부적응적인 문제를 밝혀내거나, 위협의 유형에 따른 다양한 발달 결과의 관계를 규명하고자 하였다(신현숙, 2003). 그러나 최근에는 적응유연성 모형을 통해서 동일한 극심한 역경이나 외상에 노출되었음에도 불구하고 긍정적인 발달 산물을 보이는 역동적인 과정을 설명하기 위한 연구들이 늘어나고 있다. 적응유연성이란 극심한 역경이나 외상에 노출되었음에도 불구하고 긍정적인 적응을 보이는 것으로(Fraser, 2004, Luthar et al., 2000), 적응유연성 연구는 역경에 처한 청소년을 부정적인 발달로 이끄는 위협요인과 역경에도 불구하고 긍정적인 발달을 이룰 수 있도록 위협요인의 영향력으로부터 보호하는 요인을 확인하는 것을 목표로 한다. 이를 통해 역경에 처한 청소년이 기능을 유지하고 좋은 발달 결과를 이룰 수 있도록 하는 직접적인 예방 및 치료적 개입에 대해 제안할 수 있다.

본 연구는 적응유연성 모형을 통해서 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 위협요인과 보호요인을 확인하는 것에 목적을 두고 있다. 삶의 만족도는 개인이 설정한 기준에 따른 삶의 상태에 대한 인지적인 판단을 의미하며(Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), 개인의 주관적 행복감을 확인하는 지표로서 활용되고 있다. 부정적인 문제의 부재가 긍정적이고 바람직한 상태를 의미하는 것은 아니며, 부정적인 정서의 감소와 긍정적인 정서의 증진은 서로 독립적으로 이루어진다(Ben-Arieh, 2005; Lippman, Moore, & McIntosh, 2011; 권석만, 2008). 따라서 청소년의 삶에 부정적인 문제가 없음을 긍정적인 삶으로 평가하던 과거의 소극적인 태도를 반성하고 청소년의 행복감, 삶의 질, 삶에 대한 만족 등 긍정적인 측면을 향상시키기 위한 적극적인 노력이 필요하다.

만성질환 청소년에게 있어서 질병 중증도 등의 질병 관련 위험요인은 삶의 만족도를 저해할 수 있으며, 개인 내적 자원과 가족 환경, 사회적 관계 등은 보호요인으로서 만성질환 속에서 적응하고 좋은 발달을 보이도록 지원할 수 있다(Dewolff, 2012; Haase, 2004; Koinis Mitchell et al., 2004; Spratling & Weaver, 2012). 동일한 질병을 유병 중이더라도 질병의 심각성에 따라 그 부정적인 영향력의 정도는 달라질 수 있으며, 아토피 피부염 청소년에게 있어서도 질병의 중증도는 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(조수익 외, 2011; 조중범 외, 2012; Ben-Gashir et al., 2004). 또한 자아존중감, 긍정적인 부모-자녀 관계, 긍정적인 또래관계는 청소년 발달과 삶의 만족도에 대한 보호요인으로 지속적으로 보고되며(고영남, 2008; 김정연 & 정현주, 2008; 신미 외, 2012; 이상미 외, 2000; 황혜원, 2011; Fraser et al., 2004), 아토피 피부염을 비롯한 만성질환 청소년에게도 보호요인인 것으로 확인되고 있다(김가은, 2011; 김동희, 조성은 & 염혜영, 2010; 문주령, 2005; Kyngäs, 2004).

따라서 본 연구는 적응유연성 모형에 따라 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 확인함에 있어서 위험요인으로 질병 관련 위험요인을 설정하였고, 보호요인으로는 개인적, 가족적, 사회적 차원에서 각각 자아존중감, 애정적인 양육태도, 또래애착을 설정하였다. 보호요인으로 개인적, 가족적, 사회적 차원을 모두 고려하는 것은 적응유연성의 개인과 환경의 역동적인 과정(Rutter, 1987)을 반영하기 위함이며, 이를 통해 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도 증진을 지원할 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구문제

본 연구는 한국의 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인, 보호요인의 조절효과를 적응유연성 모델에 따라서 확인하고자 한다. 이에 따라 본 연구는 다음과 같은 연구문제를 갖는다.

연구문제 1. 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위험요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

연구문제 2. 아토피 피부염 청소년의 개인적, 가족적, 사회적 보호요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

연구문제 3. 아토피 피부염 청소년의 보호요인은 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 조절하는가?

제2장 이론적 배경

제1절 아토피 피부염 청소년에 대한 이해

1. 아토피 피부염의 현황 및 특성

아토피(Atopy)는 ‘비정상적’, ‘알 수 없는’이란 의미를 가진 그리스어 ‘a-topos’에서 유래한 단어로, 아토피 피부염은 그 어원처럼 여러 가지 알 수 없는 원인에 의해서 발생하며, 그 증상 역시 다양하게 나타난다(김광호 외, 2011). 아직 아토피 피부염의 정확한 발병 원인은 파악되지 않고 있으나, 부모의 알레르기성 질환 과거력 등의 유전적 특성, 집먼지 등의 흡입성 알레르겐, 특정 식품에 의한 알레르기 반응, 세균, 진균 등의 피부 감염, 피부의 자극 등 유전적 소인, 감염, 대사 및 신경내분비 작용, 환경적 자극물질 등의 여러 인자와 환경적인 요인이 복합적으로 작용하는 것으로 확인된다(정수진 외, 2005). 또한 아토피 피부염 환자가 전날 경험한 스트레스의 수준과 뒷날의 피부 증상 간에는 유의미한 정적 상관관계가 있다는 보고 등을 통해 일상생활에서 경험하는 스트레스도 아토피 피부염의 원인으로 지적되기도 한다(Helmbold et al., 2000; King & Wilson, 1991).

아토피 피부염의 증상의 사후적 관찰에 따르면 아토피 피부염의 증상은 면역체계의 반응인 것으로 확인된다(김광호 외, 2011). 아토피 피부염은 면역글로불린의 일종인 IgE(Immunoglobulin E)와 관련된 것으로, 항체인 IgE는 면역반응에 따라서 아토피 피부염 위험 인자들을 항원으로 인식하여 공격하게 되며 그 과정에서 가려움이나 염증의 반응이 나타나게 된다. 즉, 아토피 피부염 환자들은 앞서 확인한 다양한 이유에 의해 IgE의 분비가 늘어나 면역체계의 미성숙한 반응으로 피부 표면에 염증이 발생하게 되는 것이다. 아토피 피부염은 IgE의 알레르기성 반응이 피부로 나타난 것으로, 영유아 아토피 피부염 환자는 연령의 증가하면서 IgE 반응의 또 다른 형태인 천식과 비염으로 이환될 가능성이 매우 높다(유진호, 2012). 이러한 알레

르기성 질환의 이환과정을 알레르기 행진(allergy march)이라고 하며, Barnetson & Rogers(2002)의 보고에 따르면 아토피 피부염 환자의 50%가 천식으로 이환되며, 75%가 비염으로 이환된다. 면역체계를 변화를 통한 근본적인 치료법은 아직 개발되지 않았으며, 따라서 아토피 피부염의 치료는 피부의 염증과 이로 인한 가려움증을 관리하는 것을 목표로 하게 된다.

아토피 피부염은 최근 빠른 속도로 유병률이 증가면서 현대사회의 대표적인 만성질환 중 하나로 자리 잡고 있다. 국제 알레르기성 질환 유병률 연구에서 전체 조사대상 51개국의 국가별 아토피피부염의 유병률은 대부분 10%~20%의 범위를 보였으며(Beasley, 1998), 우리나라에서도 아토피 피부염 유병률은 증가하는 추세를 보이며 매우 높게 나타나고 있다. 일반적으로 아토피 피부염은 영유아기가 지나면서 호전되는 추세를 보이지만(Barnetson & Rogers, 2002), 최근의 유병률 조사를 살펴보면 초등학교, 중학교의 유병률도 높은 것으로 확인된다. 질병관리본부(2010)에 따르면, 13~14세의 청소년의 아토피 피부염 유병률은 1995년 7.3%, 2000년 12.8%, 2010년 24.0%로 증가하는 추세를 보이고 있다. 대한소아알레르기 호흡기 학회에서 2006년에 전국 37,365명의 초등학교를 대상으로 아토피 피부염 유병률 조사에서는 전체 응답자중 28.9%가 평생 동안 아토피 피부염을 진단받은 적이 있었으며, 14.2%가 지난 1년 간 아토피로 인해 치료받은 경험이 있다고 응답하였다(지혜미 외, 2009). 중학교 1학년에서 고등학교 2학년 학생들을 대상으로 수행된 ‘제8차 청소년 건강행태 온라인조사’ 결과에서도 전체 약 2만 명의 응답자 중 24.3%가 의사로부터 아토피 피부염을 진단받았다고 보고하였으며, 그 중 79.2%가 최근 1년 내에 치료를 받은 적이 있었고, 전체 응답자 중 7.2%가 아토피 피부염으로 인한 결석 경험이 있는 것으로 나타났다(보건복지가족부, 교육과학기술부, 2012). 이처럼 아토피 피부염의 유병률은 점차 높아지고 있는 추세지만, 아토피 피부염의 정확한 원인 및 치료법은 확인되고 있지 않아 완치에 어려움을 겪고 있다.

2. 아토피 피부염이 청소년에게 미치는 영향

아토피 피부염은 환아 개인과 그 가족들에게 신체적, 심리적, 사회적 영향을 미칠 수 있음이 다수의 선행연구들을 통해서 보고되고 있다.

피부의 염증과 그로 인한 가려움증은 아토피 피부염의 대표적인 증상이다. 가려움을 느낀 아토피 피부염 환자들은 병변을 긁게 되는데, 이는 가려움의 정도를 심하게 하고, 피부 조직을 손상시켜서 감염과 염증 반응을 악화시키는 악순환적인 관계를 가지게 된다(조성은 외, 2010). 가려움증은 아토피 피부염 환자와 그의 부모들에게 질병으로 인한 가장 큰 어려움인 것으로 확인된다(Chamlin, 2006).

아토피 피부염으로 인한 가려움증은 수면의 질을 저하시킬 수도 있다(Lewis-Jones, 2006; Reid & Lewis-Jones, 1995; SOLOMON & GAGNON, 1987; Su et al., 1997; Yosipovitch et al., 2002). 새벽 시간은 가려움을 완화해주는 스테로이드의 체내 농도가 가장 낮은 시간대로 가려운 증상이 극에 달하게 되어 수면을 방해받게 된다(김광호 외, 2011). Yosipovitch 등(2002)의 연구에서는 아토피 피부염 환자의 84%가 잠들기 힘들어하며, 79%가 가려움으로 인해 잠에서 깬다는 보고하였으며, Absolon 등(1997)의 연구에서는 5~15세의 아토피 피부염 아동의 67%가 수면에 어려움을 겪는 것으로 보고되었다. 또한 학령전기 아토피 환아를 대상으로 한 연구에서는 아토피로 인해서 평균 2시간의 수면시간을 잃는 것으로 나타났으며(Reid & Lewis-Jones, 1995), 생후 4개월에서 15세 아토피 환아를 대상으로 한 연구에서 경증 아토피 환아는 평균적으로 아토피피부염으로 인해 1시간의 수면 시간을 잃으며, 경중증, 중증 환아는 2시간을 잃는 것으로 나타났다(Su et al., 1997). 수면 문제는 잠재적으로 성장호르몬 분비에도 영향을 미칠 수 있고, 일상생활에 어려움을 유발할 수 있다는 점에서 심각성을 가지며, 증상 관리를 위해서 복용하는 항히스타민제는 낮 시간의 졸림을 가중시킬 수 있다(Lewis-Jones, 2006).

아토피 피부염 청소년은 불안, 열등감, 우울감, 두려움, 자신감 부족, 높은 의존성 등의 심리적 문제를 보이기도 한다(김홍식 외, 1999; Carroll et al., 2005; Lewis-Jones, 2006). 아토피 피부염은 완치가 어려운 질환으로 증상이 호전과 악화를 반복함으로써 환자를 지속적인 스트레스 상황에 놓여있게 하며, 성장과정에서 다른 알레르기성 질환에 노출되는 경우가 많아서 일상에서 높은 긴장과 불안을 경험하게 된다(김홍식 외, 1998). 또한 아토피 피부염은 부정적인 자아상(self-image)와 자신감 부족과도 유의한 관계가 있는 것으로 나타나며(Absolon et al., 1997), 증상의 부위가 노출된 부위일 경우 외모 상의 수치심을 경험함으로써 자신감이 낮아질 가능성이 더욱 높아진다(Lapidus & Kerr, 2001). Absolon 등(1997)의 연구에서는 경중증, 중증 아토피 피부염 아동의 약 48%가 심리적 문제-지나친 걱정, 지나친 두려움, 잦은 울음, 잠들기 어렵거나 자주 깬 등-를 겪는 것으로 확인되었고, 약 12%는 절도, 규칙 어기기 등 행동문제가 나타났다.

또한 아토피 피부염은 사회적 관계에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 아토피 피부염 유병 아동, 청소년들은 또래집단으로부터 소외되거나, 괴롭힘을 당하는 등의 부정적인 또래관계를 경험할 수 있다고 보고된다(Howlett, 1999; Lawson et al., 1998; Lewis-Jones & Finlay, 1995). Lawson 등(1998)이 아토피 아동과 심층 인터뷰를 실시한 결과, 60%의 아토피 피부염 아동이 학교생활에서 따돌림, 괴롭힘 등으로 인해 어려움을 겪고 있다고 보고하였으며, 34%의 아동들이 질병의 영향으로 인해 다른 친구들과의 놀이, 취미활동에 참여하는데 어려움을 겪고 있다고 보고하였다. 아토피 피부염 아동을 대상으로 그림 치료 및 구조화된 면접을 통한 연구에서, 아토피 피부염 아동들은 대조군에 비해서 친밀한 분위기가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다(Ring & Palos, 1986).

아토피 피부염은 환아 뿐만 아니라 그의 가족들에게도 영향을 미칠 수 있다. 우선 아토피 피부염은 병원 치료비는 물론 보완대체의학 비용, 특별한 식품 구입, 피부관리 용품 구입 등으로 많은 지출을 유발하여 가구의 경제적인 어려움을 가중시킨다(Carroll et al., 2005; Laswson et al., 1998; Lapidus, 2001). 국내 연구들에서도 아토피 피부염 자녀를 둔 가구의 질환 관련 비용이 월 평균 수십만원 수준인 것으로 나타나 질병으로 인한 가구의 경제적 부담이 매우 큰 것을 알 수 있다(김동재, 2001; 김은정, 2005; 유승민, 2011).

또한 자녀의 아토피 피부염은 부모의 양육부담을 가중시키고, 부모-자녀 관계의 질을 저해할 수 있다. 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 자녀가 일반 아동, 청소년으로서 요구하는 양육활동에 더해 질병으로 인한 특수한 활동들을 제공하게 된다. 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 자녀의 증상 관리를 위해 하루에 2~3시간을 소요하는 것으로 나타났다(Su et al., 1997). 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 자녀의 질환으로 인해 육체적·정신적 피로감, 치료를 돕는 일로 인한 일상생활의 지장, 죄책감, 소진, 좌절감 등의 정신적인 고통을 받게 된다(함정희, 2000; Lawson et al., 1998). 국내 선행연구 결과를 살펴보면, 6세~16세 아동의 부모 애착관계를 안정형과 불안정형으로 구분하였을 때, 대조군에 비해 아토피 피부염군에서 불안정형의 비율이 유의하게 높게 나타났다(김성현 외, 2008). 또한 아토피 피부염 환아들은 심리상담과정에서 부모-자녀 관계에 문제를 겪고 있는 것으로 보고하였으며, 영유아, 아동 집단에 비해 청소년 집단에서 훨씬 높은 비율로 부모와의 관계 문제를 겪고 있는 것으로 나타났다(조성은 외, 2010). 즉, 자녀의 아토피 피부염으로 인해 부모는 양육에 어려움을 느낄 수 있으며, 이는 부모-자녀의 관계가 역기능적으로 변질되고 부정적인 유형의 의사소통이 늘어나는 등의 문제로 아토피 피부염 청소년 본인에게도 악영향을 미칠 수 있다(Ehlers et al., 1994; Howlett, 1999; Ring & Palos, 1986).

이처럼 아토피 피부염은 환아와 가족에게 신체심리사회적으로 영향을 미치고 있으나, 아토피 피부염의 증상이 생명에 치명적이지는 않다는 인식으로 인해 아토피 피부염 청소년에 대한 개입의 필요성이 간과되고 있다(Carroll et al., 2005; Su et al., 1997). 아토피 피부염은 비록 생명을 위협하는 질환은 아니지만, 환자와 가족들에게 강한 영향을 미칠 수 있다. 질병관리본부의 한국인의 질병부담 보고서(보건복지부, 2005)에 따르면, 장애보정생존년수(DALY, Disability Adjusted Life Years)로 측정한 질병부담에서 피부질환은 10~19세 연령층에서 천식, 소화성 궤양에 이어 3번째로 강한 영향력을 미치는 것으로 나타났으며, 이는 4위인 정신분열병보다 높은 수준이다. 또한 Su 등(1997)의 연구에서 경중증, 중증의 아토피 피부염이 환아와 그 가족에게 미치는 영향력은 제1형 당뇨병이 환아와 가족에게 미치는 영향과 비슷하거나 더 강한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 청소년을 대상으로 건강 관련 삶의 질 지수(CLQI; Children's Life Quality Index)로 아토피 피부염 등 피부질환과 다른 만성질환들의 삶의 질을 비교하였을 때, 아토피 피부염은 뇌성마비에 이어서 2번째로 높은 삶의 질의 지장 정도를 보였으며 이는 간질, 천식, 당뇨 등의 만성질환보다 높은 수준이다(Lewis-Jones, 2006). 아토피 피부염이 환자와 가족에 삶에 강한 영향을 미치고 있음에도 불구하고, 위협적인 질환이 아닐 것이라는 오해는 적절한 지원을 제공하지 못하게 함으로써 아토피 피부염 환자와 가족은 이중적인 부담을 지게 된다.

제2절 적응유연성 모형

1. 적응유연성에 대한 이해

어려움과 역경에 처한 사람들에 대한 사회과학적 관심은 지속적으로 유지되어 왔지만, 그 연구 경향은 시대에 따라서 달라져왔다. 초창기 연구들은 부정적인 경험에 따른 부정적인 결과와 부적응적 문제를 밝혀내고자 하였으며, 이후 서로 다른 유형의 위협과 다양한 발달결과 간의 관계를 상세하게 규명하고자 하였다(신현숙, 2003). 그러나 동일한 역경에 속에서도 성공적으로 발달 과업을 수행해 나가는 아동, 청소년들의 존재가 확인되면서, 전통적인 병리학적 접근이나 위협 모델에 기반을 둔 접근은 성공적인 적응에 대한 접근으로 전환되게 되었다. 위협 상황 속에서의 성공적인 적응을 살피는 최근의 연구 경향은 적응유연성 모형(resilience model)로 대표된다.

적응유연성에 대한 정의들을 살펴보면, Garmezy(1991)는 적응유연성을 극심한 역경이나 외상에 노출되었음에도 불구하고 이전의 적응수준으로 회복하는 능력으로 정의하였으며, Luthar 등(2000)은 적응이나 발달을 위협하는 역경에도 불구하고 나타나는 긍정적인 산물이라고 정의하였다. 이 외에도 다양한 정의들이 있지만, 적응유연성에 대한 정의들은 공통적으로 적응유연성은 다음의 두 가지 조건을 충족시켜야 하는 것으로 제시하고 있다(Masten, 2001). 첫 번째 조건은 적응유연성을 판단하기 위해서는 정상적인 발달을 저해하거나 부정적인 발달을 초래할 수 있을 정도의 위협이 존재해야 한다는 것이며, 두 번째 조건은 위협이나 스트레스 속에서도 적응의 질이 좋거나 긍정적인 발달 산물을 보여야 한다는 것이다. 요컨대, 적응유연성은 발달을 위협하는 역경에도 불구하고 긍정적인 수준의 발달을 유지하는 과정으로 정의될 수 있으며, 본 연구에서도 이러한 정의에 따르고자 한다.

적응유연성 연구에서 주로 다루고 있는 위험의 상황으로는 빈곤, 학대, 비행, 장애, 사별 등이 있으며, 질병도 적응유연성 연구에서 다루어지고 있는 위험 상황 중 하나이다(Fraser et al, 2004; Haggerty et al, 2004).

적응유연성 연구에서 다루고 있는 발달 결과는 크게 두 가지 경향으로 구분할 수 있다(좌현숙, 2011). 그 중 하나는 부정적인 발달 결과나 상태가 없는지(absence of problem)를 확인하는 것이며, 다른 하나는 긍정적인 발달 결과(positive outcome)가 얼마나 높은 수준에서 나타나는지를 확인하는 것이다. 또한 적응유연성 연구에서의 발달 결과는 외현적으로 확인 가능한 사회적 유능성(competence)이나 행동적 수행과 함께 가시적으로 확인할 수 없는 정서적인 상태가 얼마나 긍정적인지도 포함된다(Luthar & Cicchetti, 2000).

적응유연성의 개념에 대한 논란 중 하나는 적응유연성이 개인적 인 특성(trait)인지 역동적인 과정(process)인지에 대한 것이다. 일부 연구자들은 적응유연성을 상처받지 않는(invulnerable) 개인의 고정적인 내적 특성으로 보기도 하였으나, 개인적 특성으로 바라보는 관점에서는 개인이 처한 상황과 주위 환경과의 역동적인 관계를 살펴볼 수 없다는 한계가 있다. 또한 적응유연성을 개인적인 특성으로 볼 경우, 적응유연성과 관련된 특징을 보이지 못했을 경우 부정적인 발달 결과에 대한 책임은 개인에게 전가되게 된다(Luthar et al., 2000). 반면 적응유연성을 역동적인 과정으로 보는 입장에서는 적응유연성을 위험이나 역경에 처한 개인이 그에 대처하는 과정에서 발달하는 동태적 성격을 갖는다고 이해하며, 개인이 지닌 보호요인을 통해 성공적으로 적응해나가는 과정에 관심을 가진다(Luthar, 2000). 본 연구에서는 적응유연성을 일반적인 사람들이 위험이나 역경에도 불구하고 개인 내적 자원이나 환경적 자원을 활용하여 적응하고 좋은 발달을 이루는 과정으로 이해하고자 한다.

위험요인과 보호요인은 적응유연성의 과정을 이해하기 위한 핵심적인 개념이다. 위험요인과 보호요인은 적응유연성의 과정에서 역경과 발달 결과 간의 관계를 설명해주는 요인들로, 역경에 처한 아동, 청소년의 위험요인과 보호요인을 확인하는 것은 적응유연성 연구의 일차적인 목표이다. 특히 변인에 초점을 둔 적응유연성 연구들 (Variable focused approaches)에서는 통계적 기법을 활용하여 위험과 역경, 발달 결과의 수준 간의 관계를 확인하는데 목적을 두고 있다(Masten, 2001, p.229). 위험요인과 보호요인의 개념과 두 요인 간의 관계에 대해서는 다음 항에서 자세히 살펴보고자 한다.

2. 위협요인과 보호요인

1) 위협요인

위험요인은 손상(harm)이나 부정적인 결과의 발생 가능성을 높이거나, 문제적 상황을 지속시키거나 더 심각한 상태로 이끄는 요인으로(Fraser et al., 2004; Greene, 2002), 부정적인 결과의 가능성을 높이는 개인 또는 환경적 요인으로 정의된다(Compas et al., 2007).

위험요인은 과거의 위험 모델에서는 역학(epidemiology)적 관점에서 인과적 요인처럼 다루어지면서 부정적인 결과의 원인으로 작용하는 것으로 이해되었다. 연구자들은 특정한 역경에 처한 아동, 청소년들의 발달상의 문제를 유발하고, 높은 문제 수준을 유지시키는 변인을 찾아내고자 하였다. 그러나 적응유연성을 역동적인 과정으로 보는 입장에서는 위험요인을 부정적인 결과의 원인으로 보는 것이 아니라, 적응유연성의 과정 속에서 부정적인 결과의 가능성을 높이는 것으로 다루고 있다(Greene, 2002).

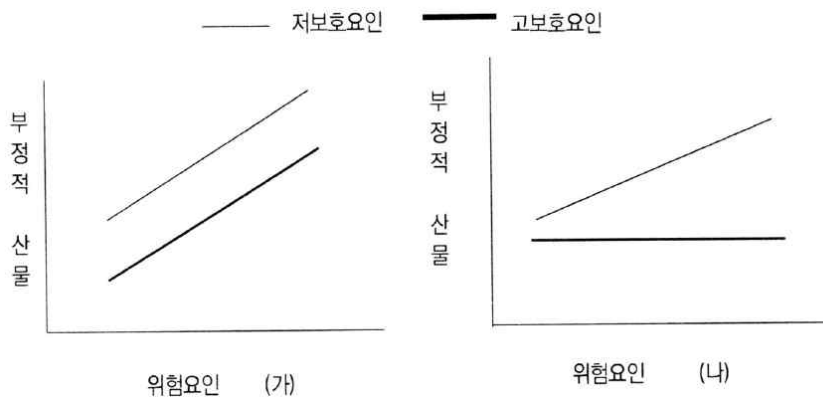
위험요인은 부정적인 개인의 지위나 상태, 환경적 생활조건, 외상적(traumatic) 사건 등이 해당된다. 특히 아동, 청소년의 발달에 있어서는 정서적 장애, 까다로운 기질 등의 개인적인 특성들과 가구의 낮은 사회경제적 지위, 빈곤, 사회적 서비스에 대한 낮은 접근성 등의 환경적인 특성들이 제시되고 있으며, 만성질환 등의 건강상의 문제도 위험요인으로 제시되고 있다(Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995; Fraser et al., 2004). 또한 위험요인은 누적적인 특성이 있어서, 다수의 위험요인에 노출될수록 부정적인 결과의 가능성이 높아지게 된다(Rutter, 1987).

위험요인을 확인하는 것은 부정적인 발달의 가능성을 높이는 요인을 파악할 수 있다는 점에서 중요하다. 그러나 위험요인의 확인만으로는 부정적인 발달을 가능성을 낮추거나 긍정적인 발달의 가능성을 높이는 과정에 대해서 충분히 설명할 수 없으므로 보호요인을 함께 확인하는 것이 중요하다.

2) 보호요인

보호요인은 위험의 환경 속에서도 부정적인 결과의 가능성을 낮추고, 긍정적인 결과의 가능성을 높이는 개인 내적 자산(asset)이나 외적 자원(resource)으로 정의된다(Fergus & Zimmerman, 2005; Fraser et al., 2004). 대표적으로 제시되는 보호요인들을 살펴보면, 개인적 차원에서는 신체적, 기질적 요인들과 사회적 지위, 인지능력, 극복 기술(coping skill), 자아존중감 등이 있으며, 가족적 차원에서는 부모와의 긍정적인 관계, 가족 간의 연대, 온기, 조화, 감독, 방치의 부재 등이, 사회적 차원에서는 외적 자원의 이용가능성, 사회적 지지 등이 제시되고 있다(Davies, 2004; Fraser et al., 2004). 그 외에도 Luthar 외(2000)의 연구와 Rutter(1987)의 연구 등에서도 보호요인을 개인적 요인, 가족적 요인, 사회적 요인으로 구분하여 설명하고 있다. 따라서 적응유연성 연구에서 개인적 차원, 가족적 차원, 사회적 차원의 보호요인을 함께 고려할 필요가 있음을 알 수 있다.

적응유연성의 과정에서 보호요인이 작용하는 기제는 다양하게 설명되지만, 대표적으로는 보호요인의 주효과와 상호작용 효과로 구분할 수 있다. 보호요인의 주효과와 상호작용 효과를 도식화하여 비교하면 아래 [그림 1]과 같다(Masten, 2001; 박현선 & 이상균, 2008, p.403에서 재인용).



[그림 1] 보호요인의 주효과 모형 및 상호작용 모형

먼저 보호요인의 주효과는 보호요인의 증가가 부정적인 결과의 가능성을 낮추거나 긍정적인 결과의 가능성을 높이는 것을 의미한다(Fraser et al., 2004; Greene, 2002). 보호요인의 주효과는 위험요인과는 별도로 발달 결과에 대해 직접적인 영향을 의미하며(Fergus & Zimmerman, 2005), 따라서 보상효과(compensatory effect) 또는 부가효과(addictive effect)를 가진다고 한다.

보호요인이 주효과만을 가질 경우, 보호요인은 위험요인의 수준과 관계없이 발달 산물에 대해 동일한 수준의 효과를 보이게 된다. 즉, 고위험의 상황에서 보호요인의 수준이 높다고 하더라도 위험요인이 결과에 미치는 영향이 동일하다는 것이다(그림1-가). 보호요인의 주효과에 따른 개입전략은 보호요인의 수준을 높이는 것으로, 충분히 높은 수준의 보호요인은 하나 또는 다수의 위험요인으로 인한 부정적인 영향을 상쇄(offset)할 수 있다고 가정된다(Masten, 2001).

반면, 보호요인의 상호작용 효과는 위험요인과의 역동적인 과정을 통해서 나타난다(Fraser et al., 2004; Greene, 2002). 보호요인의 상호작용 모형에서는 보호요인이 위험요인과의 조합을 통해서 영향을 미치는 것으로 가정한다. 보호요인이 상호작용 효과를 가질 경우, 고위험의 상황에서 보호요인의 효과가 크게 나타난다. 즉, 보호요인은 위험요인의 수준이 높아짐에 따라 더욱 강력한 효과를 보이고, 위험요인이 미치는 영향을 완충하는 효과를 가짐으로써 부정적인 발달 산물의 수준을 감소시킬 수 있다(그림1-나).

보호요인의 상호작용효과가 확인되면, 특정한 보호요인이 발달 결과와 관련하여 언제, 어떤 대상에서 더 강력한 영향력을 미치는지 확인할 수 있으므로 해당 보호요인을 중심으로 보다 효과적인 예방 및 개입 전략을 구상할 수 있다(박현선 & 이상균, 2008). 따라서 보호요인의 조절효과를 검증하기 위한 노력은 적극적으로 시도될 필요가 있으나, 통계적으로 유의한 조절효과를 검증하기가 어려운 관계로 보호요인의 상호작용효과를 실증적으로 확인하는 작업은 활발하게 이루어지지 않고 있다(박현선 & 이상균, 2008; Luthar et al., 2000; Masten, 2001).

3. 만성질환 청소년의 적응유연성 연구의 필요성

만성질환 청소년에 대한 연구들은 주로 유병 질환이 환자에게 미치는 부정적인 영향과 상대적인 위험을 확인하는 것을 목적으로 만성질환 집단과 건강 문제가 없는 집단과의 비교하는 방법을 통해서 수행되어 왔다. 연구 결과는 만성질환군과 대조군 간에 유의미한 차이가 나타나지 않기도 하지만(Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dash, & Rigler, 1980), 주로 만성질환군이 대조군에 비해 유의미하게 높은 수준의 부정적인 결과를 보여 왔다(Seigel, Golden, Gough, Lashley, & Sacker, 1990). 이러한 연구결과들은 만성질환 청소년의 상대적으로 열악한 발달 결과를 확인하고, 만성질환 청소년의 발달을 지원하기 위한 개입의 필요성을 주장하는데 기여하였다. 아토피 피부염 청소년을 대상으로 한 선행연구들도 타 집단과의 비교 연구를 중심으로 수행되면서 아토피 피부염 청소년들이 가지는 상대적인 위험을 밝혀왔다(김홍식 외, 1998; Absolon et al., 1997; Lewis-Jones, 2006; Reid & Lewis-Jones, 1995; Su et al., 1997).

그러나 다른 집단과의 비교를 통해 만성질환 청소년의 상대적인 위험을 확인하는 연구들은 만성질환 청소년들에 대한 개입의 필요성을 제기하였다는 점에서는 기여하였지만, 어떠한 개입이 필요한지에 대해서는 구체적인 지향점을 제시하지 못한다는 한계가 있다. 만성질환군과 대조군을 비교하는 연구방법은 두 집단 간의 차이를 만성질환 유병으로만 설명할 수 있다. 비교 연구 결과에서 만성질환군에서 상대적으로 더 큰 어려움이 나타남을 확인하였다면, 일차적으로는 두 집단을 구분하는 문제인 만성질환의 영향력을 제거하는 것이 필요하다. 그러나 완치가 어렵다는 만성질환의 특성 상 질환 자체를 제거하는 것은 현실적으로 매우 힘든 과제이다. 또한 이는 만성질환자의 삶을 바라보는 관점을 신체적 영역에만 국한시키는 것이다.

만성질환 청소년의 심리사회적 발달을 지원하기 위해서는 질병의 영향력 속에서도 좋은 발달을 이룰 수 있는 조건을 확인하는 연구의 수행이 필요하며, 적응유연성 모형은 이러한 목적에 적합한 연구 방법이다. 적응유연성 모형은 발달상의 심각한 위협에 노출되었음에도 불구하고 긍정적인 발달을 보이는 이들을 설명하기 위한 것으로, 동일한 역경에 노출되어 있는 집단 내부의 변량을 설명하는데 적합한 모형이다. 적응유연성 모형을 통해 특정 위험 집단의 위험요인을 확인하는 것은 부적응이나 문제를 경험할 가능성이 높은 개인들을 선별하는데 기여할 수 있으며, 보호요인을 확인하고 이를 강화함을 통해서 긍정적 발달의 가능성을 높일 수도 있다(박현선, 1998c). 만약 위험요인의 영향을 완충하는 보호요인의 조절효과가 확인된다면 긍정적 발달과업 수행의 가능성을 높이기 위한 가장 효과적인 개입 방법을 제안할 수 있을 것이다(박현선 & 이상균, 2008).

제3절 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도

1. 삶의 만족도에 대한 개념적 이해

최근 아동, 청소년의 심리적 상태 및 발달을 긍정적인 측면에서 살펴보는 연구들이 늘어나고 있다(Bradshaw & Richardson, 2009). 과거에는 개인의 삶을 위협하는 부정적인 요소가 줄어들 경우 삶이 더욱 긍정적으로 변할 것이라고 가정하고, 부정적인 개인적, 환경적 문제가 없으면 긍정적인 삶을 살고 있다고 평가하는 소극적인 태도를 취하고 있었다. 그러나 부정적인 문제가 없음이 반드시 성공적인 삶, 바람직한 발달과 연결되는 것이 아님이 밝혀지고 있으며(Ben-Arieh, 2005; Lippman et al., 2011), 부정적인 정서의 감소와 긍정적인 정서의 증진도 서로 독립적인 과정인 것으로 확인되고 있다(Pepeter, 2000; Peterson & Steen, 2002; 권석만, 2008, p.29에서 재인용). 이에 따라 최근에는 보다 적극적인 태도로 행복감, 삶의 질, 삶에 대한 만족도 등 긍정적인 상태를 향상시키기 위한 노력의 필요성이 제기되고 있다.

또한 긍정적인 심리사회적 발달을 살펴봄에 있어서 개인의 주관적인 평가가 강조되고 있는 추세이다(Bradshaw & Richardson, 2009). 삶의 질(Quality of Life)에 대한 초기 연구들에서는 개인이 얼마나 좋은 삶을 경험하고 있는지를 객관적인 지표들을 통해 살펴보고자 하였으나, 객관적인 지표들은 삶의 질에 대해 높은 설명력을 보이지 않았다(Diener et al., 1999). 동일한 객관적인 조건에서도 개인의 주관적인 평가에 따라서 의미가 달라질 수 있음이 확인되면서, 개인의 주관적인 평가로 삶의 질을 설명하고자 하는 시도가 이어지게 되었다. 개인의 주관적인 평가를 중요시하는 입장에서는 주관적 안녕(subjective well-being)이라는 개념을 통해 긍정적인 심리사회적 상태를 설명하고자 한다.

주관적 안녕은 인지적 평가와 정서적 평가의 2가지 측면으로 구분될 수 있다(서은국 & 구재선, 2011). 주관적 안녕의 인지적 평가는 개인이 자신의 삶에 대해 얼마나 긍정적으로 평가하고 판단하는지에 대한 것으로 연구에서는 삶의 만족도의 개념으로 측정된다. 주관적 안녕의 정서적 평가는 인생에 대한 긍정적 또는 부정적 감정의 정도에 대한 것으로 긍정적 정서와 부정적 정서의 경험 빈도가 핵심적인 요소라고 할 수 있다. 개인이 경험하는 긍정적, 부정적 정서가 삶에 대한 인지적 평가에 영향을 주기도 하고, 특정 경험에 대한 인지적 판단에 따라 정서적인 반응이 달라지기도 하는 등 주관적 안녕의 인지적 평가와 정서적 평가는 상호 간에 부분적인 영향력과 상관관계를 갖는다. 그러나 두 개념은 인구사회학적 특성과 심리적 변인들과 각기 다른 상관을 갖는 독립적인 개념인 것으로 확인되고 있으며(Diener et al., 1999; Lucas & Gohm, 2000; 임남연 외, 2010, p.22에서 재인용), 따라서 정교하게 주관적 안녕을 측정하기 위해서는 두 개념을 별도로 측정하는 것이 바람직하다고 지적되고 있다(임남연, 이화령, & 서은국, 2010). 본 연구에서는 인지적 평가에 해당하는 삶의 만족도를 활용하고자 한다.

삶의 만족도에 대한 초기 연구를 주도한 Nuegarten 등(1961; 강병철, 2011, p.44에서 재인용)은 삶의 만족도를 “일상생활을 구성하는 활동으로부터 기쁨을 느끼고, 자신의 현재 약점에도 불구하고 자신을 가치 있는 사람으로 여기고, 낙천적인 태도와 감정을 유지하는 것”으로 정의하였다. 그 외에도 Kalish(1975; 이연옥, 2011, p.6에서 재인용)는 삶의 만족이란 자신의 생애를 의미 있게 받아들이고 적어도 목표한 바를 성취하였다고 느끼며, 효율적으로 주위의 환경 변화에 잘 적응해서 정서적으로나 사회적으로 어려움을 겪지 않고 개인의 욕구를 만족시킬 수 있는 정도로 정의하였으며, Diener 등(1999)은 개인이 자신이 가지고 있는 기준에 따라 자신의 상황을 판단하는 과정으로 정의하였다. 즉, 삶의 만족도는 개인이 설정한 기준과

비교하여 삶의 상태를 평가하는 인지적인 판단이라고 할 수 있으며, 그 판단 결과가 긍정적일 때 삶이 만족스럽다고 인식하게 된다.

삶의 만족도는 긍정적인 삶의 경험, 성격적 특성 등에 의해서 부분적으로 형성되는 결과에 그치는 것이 아니라, 삶의 다양한 영역들에 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인이기도 하다(Lippman, Moore, Guzman, Matthews, & Hamilton, 2005, pp.41). 성인들을 대상으로 한 연구들에서 높은 수준의 삶의 만족도는 개인 내적 특성, 타인과의 관계, 직업적 성취, 건강 등의 영역에서 긍정적인 결과를 축적시키는 것으로 보고된다(Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). 또한 높은 삶의 만족도를 가지고 있는 아동, 청소년은 역경적인 생애경험을 겪을 때에도 삶에 불만족 한다고 이들에 비해 외현화 문제를 겪을 가능성이 더 낮게 나타나는 등 삶의 만족도는 아동에게 있어서도 부정적인 경험을 감소시킬 수 있는 것으로 확인된다(Suldo & Huebner, 2004). 또한 청소년의 삶의 만족도는 개인 내적 특성과 외적 특성, 사회적 관계 등 청소년 생활의 전반에 영향을 미칠 수 있다(Suldo & Huebner, 2006).

삶의 만족도를 측정하는 방법은 총체적인 삶의 만족도를 측정하는 방법과 영역별 만족도를 측정하는 방법의 두 가지 경향으로 나눌 수 있다. 개인의 삶은 개인, 가족, 사회적 관계, 지역 사회 등 다양한 수준과 건강, 관계적 측면, 물질적 측면 등 다양한 영역에서 이루어지는데, 전자의 경우 개인이 자신의 총체적인 삶에 대해서 전반적으로 얼마나 만족하는지에 대한 평가를 질문하며, 후자의 경우 삶을 구성하는 대표적인 영역들을 제시하고 해당 영역들에 대한 만족도를 개별적으로 측정한 후 영역별 만족도의 합이나 영역별 가중치가 반영된 점수를 통해 삶의 만족도를 평가하게 된다.

본 연구는 아동의 주관적인 가치 판단을 잘 반영할 수 있는 총체적인 삶에 대한 만족도 지표를 활용하여 수행하고자 한다. 개인이 자신의 삶의 만족도를 평가하는 과정에는 각 영역들에 대한 개인의

가치관이 반영되게 되므로, 각 영역별 만족도가 전반적인 삶의 만족도에 미치는 영향이 다르게 나타나게 된다(Shin & Johnson, 1978; 임낭연 외, 2010에서 재인용). 따라서 삶의 만족도를 측정할 때는 개인의 가치관과 영역별 만족도가 전반적인 삶의 만족도에 미치는 영향이 반영될 수 있어야 하며, 영역별로 삶의 만족도를 측정할 때는 연구자의 판단에 따른 것이 아니라 개인의 주관적 영역별 중요도를 반영할 수 있도록 하는 것이 바람직하다(Pavot & Diener, 1993). 총체적인 삶의 만족도 지표는 기존의 청소년의 삶의 질에 대한 연구들이 우울, 자아존중감, 학교적응 등 단편적이고 부분적인 차원에서 이루어져왔고 이 경우 청소년들이 다양한 환경적 맥락과 상호작용하며 적응해가는 다차원적이고 복합적인 측면을 간과하기 쉽다는 한계(유정원, 2011)를 어느 정도 극복할 수 있을 것으로 기대된다.

또한 총체적 삶의 만족도 척도는 만성질환 청소년의 행복을 살피기에 적합한 도구이다. 일반적으로 행복감의 정서적 평가는 단기적인 상황변화에 따른 직접적인 반응으로 지속기간이 짧은 반면, 인지적 평가는 보다 장기적인 삶의 상태에 대한 의식적인 평가를 반영한다(권석만, 2008). 아토피 피부염 등의 만성질환은 유병 청소년 개인에게 장기적이고 누적적인 영향을 미치기 때문에 정서적 평가보다는 인지적 평가가 질병의 영향력을 고려한 행복감을 더욱 잘 반영할 가능성이 높다.

최근에는 건강 관련 삶의 질 지수(HRQL; Health Related Quality of Life Index)를 활용하여 만성질환 등 건강문제가 있는 사람들의 삶의 질을 평가하는 연구가 수행되기도 한다. 아토피 피부염 환자들에 대해서도 건강 관련 삶의 질 지수를 활용한 연구가 수행되고 있으며, 아토피 피부염 아동, 청소년을 대상으로 한 가장 대표적인 건강 관련 삶의 질 지수는 CDLQI(Children's Dermatology Life Quality Index)이다. CDLQI는 Lewis-Jones와 Finlay(1995)에 의해 개발된 것으로, 증상의 심각성, 수면의 질과 피부질환으로 인한 감정, 학

교생활, 취미생활, 친구관계 등에서 질병으로 인한 지장 정도를 총 10개 문항으로 측정하고 있다. 전체 문항의 점수의 합이 클수록 삶의 질이 낮은 것을 의미한다. 최근 의학, 간호학 등의 보건전문직에 의해 CDLQI를 활용하여 아토피 피부염의 중증도, 성별, 연령에 따른 건강 관련 삶의 질을 살피는 것을 중심으로 연구가 수행되고 있다 (조수의 외, 2011; 조중범 외, 2012; Ben-Gashir, Seed, & Hay, 2004; Hon, Kam, Lam, Leung, & Ng, 2006; Hon et al., 2008).

그러나 건강 관련 삶의 질 지수인 CDLQI로 아토피 피부염 청소년의 주관적이고 총체적인 삶의 질을 평가하는 것에는 몇 가지 한계가 있다. 우선 CDLQI는 피부질환과 관련된 생활상의 다양한 영역들을 지수에 포함하고 있으나, 지수에 포함되는 각 영역들을 실제로 환아가 얼마나 중요하게 생각하는지에 대해서는 연구가 이루어지지 않았다. 또한 질병으로 인한 각 영역의 지장 정도의 합을 통해서만 삶의 질을 파악하며, 각 영역의 영향력의 정도나 중요성에 대해서는 고려되지 않는다. 마지막으로 CDLQI는 질병과 관련된 제한된 삶의 질만을 평가하고 있어서 총체적인 삶에 대한 평가를 반영하지 않는다.

본 연구에서는 아토피 피부염 청소년이 주관적으로 평가한 삶에 대한 만족도를 활용함으로써, 기존의 건강 관련 삶의 질을 통해서 아토피 피부염 환자의 삶을 부분적으로 살펴보던 한계를 극복하고자 한다. 구체적으로는 삶의 만족도가 개인 내적인 요인과 환경적인 요인에 영향을 받으며 변화하는 역동적인 상태(Fujita & Diener, 2005)임을 고려하여, 질병으로 인한 위험요인과 개인적, 가족적, 사회적 보호요인이 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는지를 적용유연성 모형을 통해 검증하고자 한다.

2. 만성질환 청소년의 삶의 만족도 적응유연성 모형

만성질환 청소년을 대상으로 한 적응유연성 모형으로는 청소년 적응유연성 모형(ARM; Adolescent Resilience Model)과 건강위험 청소년의 적응유연성 모형(RMFA; Resilience in Medically Fragile Adolescent Model) 등이 있으며, 개별 질환의 특성에 따라 위험요인과 보호요인의 조절효과를 가정한 적응유연성 모형이 적용되기도 하였다.

청소년 적응유연성 모형(ARM)은 건강 문제가 있는 청소년과 가족들의 경험과 인식에 기초하여 유병 청소년의 삶의 질 향상을 위한 효과적인 개입방법을 확인하고자 개발된 모형이다(Haase, 2004). 청소년 적응유연성 모형은 질적 연구와 양적 연구를 병행하여 구성되었다. 먼저 만성질환 청소년과 그 가족들을 대상으로 현상학적 연구, 포커스 그룹 인터뷰, 메타분석 등의 질적연구 방법을 통하여 개념적 모형을 구성하고, 이후 양적 연구방법을 통하여 모형의 타당성 평가가 이루어졌다. 청소년 적응유연성 모형(ARM)은 암 유병 청소년들을 대상으로 한 연구과정을 통해 개발되었지만, 이후 전반적인 만성질환자(Arabiati, Al Jabery, & Wardam, 2013)을 비롯하여, 당뇨(Hilliard, Harris, & Weissberg-Benchell, 2012; Huang, 2009), 천식(Dewolff, 2012), 간질(MacLeod, 2009) 환자 등 다양한 만성질환을 대상으로 적용되어 그들의 삶의 질을 설명하는데 활용되어 왔다. 따라서 청소년기의 대표적인 만성질환 중 하나인 아토피 피부염에도 적용될 수 있을 것으로 판단된다.

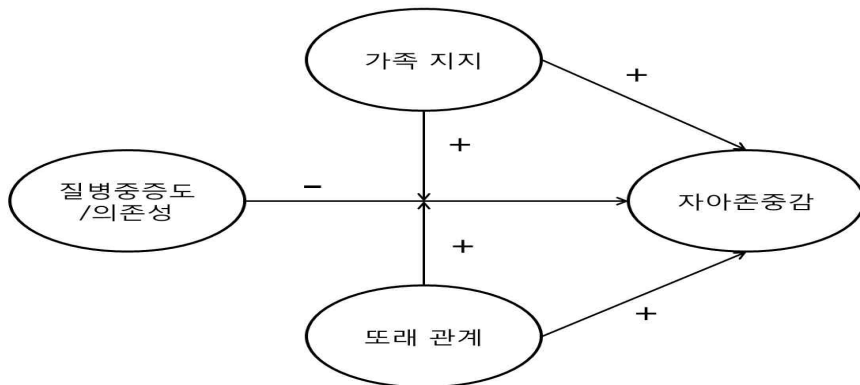
청소년 적응유연성 모형에서는 질병 관련 위험요인과 개인적 위험요인은 만성질환 청소년의 삶의 질에 부적 영향을 미치며, 질병 관련 위험요인은 개인 차원, 가족 차원, 사회적 차원의 보호요인의 영향을 받는 것으로 가정된다. 청소년 적응유연성 모형의 상세한 구성요소는 아래 [표1]과 같다. 청소년 적응유연성 모형(ARM)은 만성

질환 청소년의 삶의 질에 대한 포괄적인 모형을 제시한다는 점에서 의의가 있지만, 관련 요인이 많고 모형이 복잡하여 연구 및 임상 실천에 어려움이 있을 수 있다. 이에 모형의 개발을 주도적으로 진행한 Haase(2004)는 연구와 임상 실천에 있어서 본 모형을 부분적으로 적용할 필요가 있음을 밝히고 있다.

[표 1] 청소년 적응유연성 모형의 요인, 개념, 구성요소(Hasse, 2004)

요인 (Factor)	개념 (Concept)	구성 요소 (Components)
질병 관련 위험요인 (Illness- related risk)	1.질병의 불확실성 (Uncertainty in illness)	인지된 질병 불확실성 및 복잡성
	2.질병, 증상 관련 스트레스 (Disease and symptom -related distress)	증상 관련 스트레스 질병 중증도
가족 보호요인 (family protective)	3.가족 분위기 (Family atmosphere)	수용 및 응집력 부모-자녀 의사소통 가족으로부터의 지지
	4.가족 지지 및 자원 (Family support/resource)	가족 네트워크 사회경제적 지위
사회적 보호요인 (Social protective)	5.사회적 통합 (Social integration)	친구로부터의 지지 유사한 질병을 가진 이들과의 영향 질병 공개에 대한 태도
	6.보건 자원 (Health care resource)	의료공급자로부터의 지지 청소년 지지 프로그램 참여 및 만족도
개인적 위험요인 (Individual risk)	7.방어적 대처 (defensive coping)	얼버무리기, 감정적, 운명론적 대처
개인적 보호요인 (Individual protective)	8.대담한 대처 (Courageous coping)	맞서기, 낙관적, 지지적 대처
	9.파생된 의미 (Derived meaning)	희망 영성적 인식
결과물 (Outcome)	10.적응유연성 (Resilience)	자신감/극복력(Mastery) 자기초월성 자아존중감
	11.삶의 질 (Quality of life)	주관적 안녕감

적응유연성 모형을 기반으로 한 만성질환 청소년들의 삶의 질을 살펴보는 또 다른 연구 모형으로는 건강위험청소년의 적응유연성 모형(RMFA; Resilience in Medically Fragile Adolescent) 모형(그림2)이 있다. Spratling와 Weaver(2012)는 만성질환 청소년을 대상으로 수행된 선행연구들이 질병을 겪고 있는 청소년 당사자가 아니라 가족에게 더 많은 관심을 보이며 만성질환 청소년들의 경험을 충분히 밝혀내지 못하고 청소년들의 경험에 관심을 두더라도 단순히 기술해 내는데 그치고 있음을 한계로 지적하고, 적응유연성에 이론적 기반을 두고 만성질환 청소년들을 대상으로 수행된 선행연구들의 검토를 통해 RMFA모형을 구축하였다. RMFA 모형에서는 만성질환 청소년들이 질병으로 인해 약물, 의료장비, 부모님의 보호, 의료진의 관리 등에 의존해야 하는 상황을 위험요인으로 보고, 가족 지지와 친구 관계의 보호요인을 통해서 자아존중감 향상이라는 긍정적 발달을 이룰 수 있다고 제시하고 있다. RMFA의 개념적 모형에서는 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 가정하고 있다.



[그림 2] 건강위험청소년의 적응유연성 모형(Spratling & Weaver, 2012)

Koinis 등(2004)의 연구와 Dewolff(2012)의 연구에서는 보다 간명한 적응유연성 연구모형을 적용하여 천식 유병 청소년을 대상으로 연구를 수행하였다. Koinis 등(2004)의 연구에서는 천식 관리 행동을 증진시킬 수 있는 적응유연성 연구를 수행하면서, 천식의 중증도와

지역사회 취약성을 위험요인으로 삼고, 인지된 자기통제력과 유연한 적응력(flexibility adaptability)를 보호요인으로 설정하여, 보호요인과 위험요인의 상호작용항을 포함한 다중회귀분석을 실시하여 보호요인의 조절효과를 검증하였다. Dewolff(2012)의 연구(그림3)에서는 천식 중증도, 지역사회 취약성, 우울을 위험요인으로, 개인적 보호요인으로 자아존중감, 내적 통제성(internal locus of control), 외부적 보호요인으로 사회적 지지, 결과물로서는 천식 관리와 천식 관련 삶의 질을 설정하여, 역시 위험요인과 보호요인의 상호작용항을 포함한 다중회귀분석을 통하여 연구를 수행하였다.



[그림 3] 천식 청소년 삶의 질 적응유연성 모형(Dewolff, 2012)

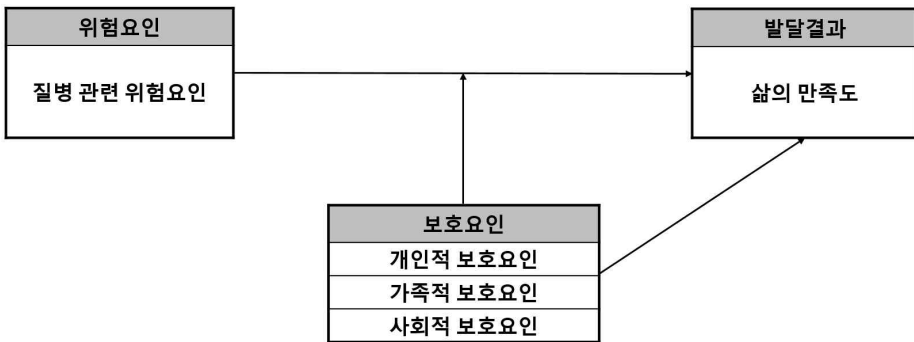
국내에서는 개인, 행동, 환경 간의 상호인과적 관계를 가정하는 사회인지이론에 따라서 건강과 삶의 질의 관계와 관련된 요인들을 확인하기 위한 연구가 수행된 바 있다(김의철 외, 2005). 해당 연구에서는 아토피 피부염과 함께 알레르기성 질환으로 구분되는 비염과 천식환자들을 대상으로 인터뷰를 실시하고, 그 의미를 의학 전문가와 심리학 전문가가 함께 분석함으로써 건강과 삶의 질에 관련된 요인을 분석하였다. 그 결과 발병-대처-결과의 3단계의 과정이 확인되었으며, 건강문제와 삶의 질에 대한 순환적 관계가 확인되었다. 개인적, 환경적 요인에 따라서 질병이 발병하게 되면 대처 과정에 따라서 신체적 증상과 전반적 삶의 질이 달라지게 되고, 신체적 증

상과 전반적 삶의 질은 다시 대처 과정에 영향을 미칠 수 있는 것으로 나타났다. 만성질환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 대처 과정에는 개인의 심리적 특성과 인간관계, 질병 관리가 중요한 것으로 확인되었으며, 개인의 심리적 특성으로는 자기효능감, 긍정적인 성격, 자기 통제 등이 제시되었고 인간관계 관련 요인으로는 가족 관계와 사회적 지원, 의사와의 관계 등이 제시되었다.

위와 같은 만성질환 청소년에 대한 적응유연성 선행연구 검토 결과에 따라, 본 연구에서는 다음 [그림4]와 같은 개념적 모형을 구상하였다. 본 연구의 개념적 모형에서는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인으로는 질병 관련 요인을 설정하였다. 청소년의 삶의 질에 있어서 만성질환 그 자체가 발달에 위협이 될 수 있지만, 만성질환 유병 집단 내부에서도 질병의 중증도가 심할수록 발달에 미치는 부정적인 영향이 더욱 커질 수 있다. 건강문제가 있는 청소년을 대상으로 한 적응유연성 모형들에서도 공통적으로 질병의 중증도와 질병을 악화시킬 수 있는 조건들을 위험요인으로 제시하고 있다(Dewolff, 2012; Haase, 2004; Koinis Mitchell et al., 2004; Spratling & Weaver, 2012).

보호요인으로는 개인적, 가족적, 사회적 보호요인을 동시에 고려하여 연구를 수행하고자 한다. 개인적, 가족적, 사회적 보호요인을 동시에 고려하는 것은 적응유연성이 개인의 고정적인 특성(trait)이 아니라, 개인적 특성, 가족 및 환경에서 발생하는 위험요인과 보호요인의 역동적인 과정이라는 적응유연성의 기본 가정에 부합하는 것이다. 연구에 따라 조금씩 차이가 있으나 선행연구들에서는 보호요인으로 개인적 차원에서는 질병에 대한 수용, 내적 통제력, 자아 존중감 등을 제시하고 있으며, 가족적 차원에서는 가족의 지지, 가족의 자원 등을, 사회적 차원에서는 또래관계, 유사한 질병을 가지고 있는 친구로부터의 지지 등을 제시하고 있다.

본 연구의 개념적 모형은 적응유연성 모형 중 보호요인의 상호작용 모형에 따라 구성되었다. 보호요인의 상호작용 모형에서는 위험요인과 보호요인의 주효과를 확인하는 것에서 나아가서, 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 확인하고자 한다. 위험요인과 보호요인의 주효과와 상호작용효과를 확인하는 것은 적응유연성의 구체적인 과정을 확인하기 위해 필수적으로 수행될 필요가 있다(Sandler et al., 2003; Fergus & Zimmerman, 2005에서 재인용). 이 과정을 통하여 연구대상의 긍정적인 발달을 위해 어떠한 개입을 해야 할지에 대한 구체적인 모색이 가능할 것이다. 또한 위험요인에 대한 조절효과를 보이는 보호요인을 확인하는 것은 효율적인 개입방법의 단초를 제공할 수 있다는 점에서도 매우 중요하다(박현선 & 이상균, 2008).



[그림 4] 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도 적응유연성 개념적 모형

3. 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도의 위험요인과 보호요인

본 연구에서는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도의 적응유연성을 살펴보고자 한다. 아토피 피부염 청소년의 총체적인 삶에 대한 주관적인 평가에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인을 살펴봄으로써, 그들의 삶의 만족도를 증진시키기 위해 필요한 구체적인 노력들을 확인할 수 있을 것이다. 또한 아토피 피부염 청소년 집단 안에서의 위험요인과 보호요인을 확인함으로써, 아토피 피부염이라는 동일한 역경 속에서도 좋은 발달 결과를 보일 수 있도록 하는 조건을 설명하고자 한다.

1) 질병 관련 위험요인과 삶의 만족도

만성질환자의 질병의 중증도는 삶의 만족도에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며(Diener et al., 1999), 아토피 피부염 환자에게 있어서도 질병의 중증도는 삶의 질을 저해하는 것으로 보고되고 있다. Ben-Gashir 등(2004)은 건강관련 삶의 질 지수 CDLQI(Children's Dermatology Life Quality Index)와 아토피 피부염의 중증도 지수인 SCORAD(SCORing Atopic Dermatitis) 간에 유의한 상관관계가 있음을 확인하였으며, 7~18세(평균 11.2세)의 환자 46명을 대상으로 수행한 국내 연구에서도 CDLQI와 피부과 의사가 진단한 중증도(EASI; Eczema Area and Severity Index) 간에는 유의한 상관관계가 확인되었다(조수익 외, 2011). 조중범 등(2012)의 연구에서는 12개월을 간격으로 환아의 아토피 피부염 중증도 지수(SCORAD; SCORing Atopic Dermatitis)와 삶의 질(IDQoL; Infants' Dermatology Quality of Life)를 측정된 결과, 시간의 경과에 따라 중증도가 호전되었을 때 삶의 질이 높아짐이 확인되었다. 성인 아토피 피부염 환자를 대상으로

6개월의 시차를 두고 SCORAD와 피부질환 관련 삶의 질(DLQI; Dermatology Life Quality Index)의 관계를 확인한 Linnet & Jemec(1999)의 연구에서도 아토피 피부염 중증도의 변화는 DLQI에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 또한 아토피 피부염의 중증도와 삶의 만족도 간의 관계를 직접적으로 다루지는 않았지만, 아토피 피부염의 중증도가 심할수록 가족에게 미치는 부정적인 영향이 커진다는 국내외 연구 결과들은(박창근, 박천옥, & 이철현, 2007; 조숙행, 오철환, & 정휘정, 1990; 함정희 외, 2000; Ben-Gashir, Seed, & Hay, 2002), 아토피 피부염의 중증도가 환자의 생활에 중대한 영향을 미치는 가족 관계 및 기능에 부정적인 영향을 미침으로써 환자 본인의 삶의 만족도가 저해될 가능성을 고려하게 한다.

본 연구에서는 아토피 피부염으로 인한 삶의 만족도에 대한 위험요인으로 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식을 적용하고자 한다. 본 연구의 자료인 한국아동청소년패널자료는 개별 질환의 전문가에 의해 판단된 중증도는 포함하고 있지 않다. 그러나 각 질환으로 인한 일상생활에 대한 지장 여부와 전반적인 건강상태에 대한 주관적인 평가를 포함하고 있다. 해당 두 변인을 질병의 중증도를 반영하는 대리값(proxy)로 적용하고자 한다.

일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식은 각기 보호자와 유병 청소년 본인이 스스로 평가한 것으로 객관적인 질병의 중증도와 일치하지 않는다는 한계가 있다. 그러나 주관적 건강상태는 건강 수준을 측정하는 주요한 지표 중 하나로, 전반적인 건강수준과 질병의 중증도를 포괄적으로 반영하는 신뢰성 있는 지표라는 평가가 있다(Idler & Benyamini, 1997; 양동욱, 2014, p.18에서 재인용). 주관적 건강상태는 신체적 고통이나 불편감 뿐만 아니라, 그와 관련된 심리적, 사회적 결과의 표현으로, 질병이 개인의 삶에 미치는 영향이 종합적으로 반영된 지표이다(보건복지부, 2006). 환자가 주관적으로 평가한 건강상태는 질병의 중증도를 반영하고, 질병이

개인에게 미치는 종합적인 영향이 반영된다는 점에서 주관적 건강 상태는 질병 관련 위험요인으로 적용될 수 있을 것으로 판단된다.

일부 선행연구들에서는 환자가 주관적으로 평가한 건강상태가 환자의 삶을 이해하는데 중요한 요인임을 제시하고 있다. 주관적 건강 상태는 실제적인 신체적 조건뿐만 아니라 개인의 정서적인 적응상태까지 반영하는 것으로 객관적 건강상태보다 주관적 안녕에 더 큰 영향을 미칠 수 있으며(Hooker & Siegler, 1992), 만성질환 유병자가 주관적으로 평가한 중증도는 삶의 만족도에 대한 예측요인으로 제시된다(Diener et al., 1999). Zullig 등(2005)의 연구 결과를 살펴보면 청소년이 주관적으로 평가한 건강상태가 좋지 않을수록 삶의 만족도가 낮은 것으로 확인되었으며, 이러한 결과는 성별과 인종에 관계없이 일관되게 나타났다. 제5차 청소년건강행태온라인조사에 참여한 전체 중고등학생을 대상으로 수행한 주관적 행복감 연구에서도 주관적 건강상태는 유의한 예측요인으로 확인되었다(박소연 & 이홍직, 2013).

아토피 피부염 아동, 청소년을 대상으로 한 연구들에서도 환자가 주관적으로 평가한 건강상태는 심리사회적 지표들의 유의한 예측요인으로 보고되고 있다. 국내 대학병원의 아토피 클리닉을 이용 중인 4~15세의 아토피 피부염 환자를 대상으로 한 연구에서 SCORAD의 하위 지표인 주관적 중증도는 불안, 우울, 내재화 문제, 외현화 문제와 유의한 관계가 있는 것으로 확인되었다(정재석, 김규한, & 홍강의, 1999). 또한 Hon 등(2006)의 연구에서는 피부과 전문의가 측정한 객관적인 중증도(objective SCORAD)와 건강 관련 삶의 질 지수(CDLQI) 간에는 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나, SCORAD 중 주관적인 중증도는 CDLQI와 유의한 상관관계를 보였다. 성인 아토피 피부염 환자를 대상으로 한 Wittkowski 등(2003)의 연구에서는 환자가 주관적으로 평가한 아토피 피부염의 중증도는 피부질환 관련 삶의 질(DLQI; Dermatology Life Quality Index)에 유의한 부정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

2) 자아존중감과 삶의 만족도

자아존중감은 자기 자신에 대한 긍정적인 또는 부정적인 평가로 자기 존경의 정도와 자신을 가치 있는 사람으로 생각하는 정도로 (Rogenberg, 1979; 고혜영, 2012, p.14에서 재인용), 청소년의 대표적인 심리사회적 지표 중 하나이다.

긍정적인 자아존중감은 청소년의 다양한 발달에 있어 중요한 역할을 하는 것으로 알려지고 있으며, 자아존중감은 삶의 만족도와도 관계가 높은 것으로 확인되고 있다. 청소년 대상의 총체적 삶의 만족도 척도인 SLSS(Student's Life Satisfaction Scale)의 타당화 과정에서 수행된 다수의 연구들은 일관성 있게 삶의 만족도와 자아존중감 간에 높은 수준의 유의한 상관관계가 있다고 보고하였다 (Heubner, Suldo, & Valois, 2005, pp.46-48). 또한 49개국 청소년을 대상으로 수행된 Diener와 Diener(1995)의 연구에서 자아존중감은 모든 국가에서 삶의 만족도에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우리나라에서 일반 중학생을 대상으로 수행된 삶의 만족도 또는 삶의 질을 살펴보는 선행연구들에서도 자아존중감은 긍정적인 삶의 만족도의 주요한 예측요인으로 확인되고 있다(김정연 & 정현주, 2008; 황혜원, 2011).

만성질환 청소년들은 질병의 영향력을 극복하고 심리사회적 적응을 유지함에 있어서 다양한 내적 자원과 외적 자원을 활용하게 되는데, 자아존중감은 대표적인 내적 자원 중 하나이다(Frazer, 2004; Martz, Livneh, & Wright, 2007). 높은 자아존중감을 가진 청소년은 자기 자신과 환경에 대해서 긍정적인 감정을 느끼며, 살면서 경험하는 도전이나 어려움을 잘 관리할 수 있다는 긍정적인 태도를 보이게 된다(Werner, 1994; Davey, Eaker, & Walters, 2003, p.350에서 재인용). 자아존중감이 높은 청소년들은 자기통제력이 높고, 긍정적인 변화를 보일 수 있다는 자신감이 있으며, 어려움을 피하지 않고

직면하며, 주변에 도움을 구하고 상황을 재해석하는 등 적절한 대응 양식을 활용할 가능성이 높은 것으로 보고되고 있다(김승원, 2000; 전나영, 2001; Bradshaw, & Brekke, 1999; Brook, 1994). 따라서 만성질환이라는 어려움을 가지고 있더라도 자아존중감이 높을 경우, 자신의 질병을 수용하고, 질병의 영향 속에서도 자신의 긍정적인 가치를 이해하고, 질병의 어려움에 대해 적절한 대처를 할 수 있게 된다.

실제로 만성질환 청소년을 대상으로 한 연구들에서도 높은 자아존중감은 심리적 적응에 있어서 보호요인임을 보고하고 있다. 성인 아토피 피부염 환자를 대상으로 한 Wittkowski 등(2004)의 연구에서 자아존중감은 피부질환 관련 삶의 질(DLQI)과 유의한 정적 상관관계가 있다고 확인되었다. 국내 연구에서는 선천성 심질환 청소년의 삶의 질 연구에서 자아존중감은 삶의 질 향상의 가장 강력한 개인적 차원의 예측요인으로 확인되었으며(문주령, 2005), 암 청소년의 질병 적응에 있어서는 질병으로 인한 스트레스에 이어 두 번째로 강한 영향을 미치는 것으로 나타났다(전나영, 2001). 당뇨 아동, 청소년을 대상으로 한 연구에 있어서는 자아존중감이 높을수록 자가간호의 수준이 높은 것으로 보고되었다(심현옥, 1994). 성인 만성질환자를 대상으로 한 연구들에서는 당뇨, 간질, 만성신부전, 류마티스 관절염 등의 다수의 성인 만성질환에서 자아존중감이 삶의 질과 삶의 만족도에 유의한 정적 영향이 확인되었다(김명자 & 송경애, 1990; 김미정, 2007; 박찬남, 2009; 조영임 & 박정애, 2004).

3) 애정적 양육태도와 삶의 만족도

부모의 양육태도는 부모 또는 양육자가 자녀를 양육함에 있어서 나타나는 태도 및 행동을 의미하며, 부모가 양육상황에서 보이는 내적, 외적 태도나 행동을 총괄하는 개념이다(정선아, 2012). 부모는 청소년의 발달 과정에서 중요한 영향을 미치는 핵심적인 관계자로, 부모의 양육태도는 자녀의 심리사회적 발달에 영향을 미칠 수 있다(김정연 & 정현주, 2008; 김혜원 & 홍미애, 2007; 황혜원, 2011). 부모가 지지적인 양육태도는 청소년 자녀의 심리적 적응에 긍정적인 영향을 미치며, 자녀의 삶의 만족도와도 정적인 관계가 있는 것으로 보고되고 있다(고혜영, 2011)

만성질환 청소년의 심리사회적 발달에 있어서도 부모의 양육태도는 중요한 영향을 미칠 수 있다. 자녀의 만성질환으로 인한 생활상의 어려움과 스트레스 등은 부모의 양육태도를 변화시킬 수 있으며, 부정적으로 변질된 부모의 양육태도는 만성질환 자녀의 심리사회적 발달에 영향을 미칠 수 있다(Wallander & Verni, 1998). 반대로 부모의 긍정적인 지지의 제공은 만성질환 청소년의 심리사회적 발달에 중요한 도움을 제공할 수 있다. 청소년기는 이전의 시기들에 비해 부모의 영향력이 작아지는 시기이지만, 청소년에게도 여전히 부모는 안전 기지로서 남아있으며, 특히 위협을 느낄 때나 질병으로 인해 어려움을 겪을 때면 애착체계가 재활성화 되게 된다(Bowlby, 1980; 이수하, 2005, p.8에서 재인용). 천식, 간질, 당뇨 등의 만성질환을 앓고 있는 청소년들을 대상으로 인터뷰를 진행한 Kyngäs(2004)의 연구에서 만성질환 청소년은 부모가 가장 중요한 사회적 지지체계라고 응답하였다. 국내의 선행연구들은 부모의 지지적인 태도는 선천성 심장질환, 소아암 등의 만성질환 청소년의 삶의 만족도에 중요한 예측요인임을 보고하고 있다(기화 & 정남운, 2004; 문주령, 2005).

아토피 피부염 아동, 청소년에게 있어서는 가족 환경 및 가족의 지지가 질병 경과에 있어서 인구학적, 생물학적 조건보다 더 큰 영향을 미칠 수 있으며, 지지적인 가족체계는 아토피 피부염 아동, 청소년의 내재화 문제와 외현화 문제를 완화시킬 수 있다(Dennis, 2006; Gil et al., 1987). 국내 연구에서도 부모의 거부/방임 등의 부정적인 양육태도의 수준이 낮을수록 아토피 피부염 아동, 청소년의 내재화, 외현화 수준이 낮은 것으로 나타났다(김동희, 조성은, & 염혜영, 2010). 또한 어머니의 지지와 아버지의 지지는 모두 환아의 만성질환 극복력과 유의한 상관관계를 가지며(Im & Kim, 2012), 긍정적인 가족 정서와 의사소통은 아토피 피부염 청소년의 아토피 피부염 관련 건강행동 증진에 기여하는 것으로 나타났다(김가은, 2011). 이러한 선행연구의 결과들을 고려하였을 때, 부모의 애정적인 양육태도는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 중요한 영향을 미칠 것으로 예상된다.

4) 또래애착과 삶의 만족도

또래애착은 청소년기의 주요한 애착 관계 중 하나이다. 또래 친구들은 청소년에게 있어 가족 이외에 가장 가까운 사람으로, 아동기에서 청소년기로 발달함에 따라서 청소년들은 친구들과의 함께하는 시간이 점차 늘어나며, 생활에서 친구관계가 미치는 영향이 점차 커지게 된다(권중돈 & 김동배, 2006). 애착 이론은 부모-자녀 간의 관계를 설명하는 것에서 출발하였으나, 최근의 연구들은 성장과정에서 가족 이외의 타인과의 애착을 형성할 수 있다는 결과들을 제시하고 있다(황창순, 2006). 애착이란 한 인간이 주변의 가까운 사람들과 관계 맺고 있는 강하고 지속적인 정서적 유대를 의미하며, 또래애착은 가깝게 지내는 또래와의 정서적인 결속으로 정의된다(Bowlby, 1973; 고영남, 2008).

가까운 친구들과의 관계는 만성질환 청소년들이 질병과 관련된 어려움을 겪거나, 발달과업을 수행하는데 어려움을 겪을 때 중요한 지지체계가 된다(Kyngäs, 2004). 청소년들은 또래와의 관계를 통해서 정서적, 심리적 지지를 받고, 스트레스에 대처하고 문제의 해결방안에 대해서 모색할 수 있으며(Gross & Siperstein, 1997; 김문선, 2013, p.3에서 재인용), 친구들과의 좋은 관계는 그들이 받아들여지고 있다는 느낌이 들게 한다. 천식, 간질, 당뇨 등의 만성질환 유병 청소년을 대상으로 한 인터뷰를 내용분석(content analysis)한 결과, 그들은 중요한 지지체계 중 하나로 친구를 꼽았으며, 부모가 주요한 돌보는 사람(care giver)으로서 역할을 하는 반면 친구들은 질병으로 인한 신체적 한계를 받아들이도록 돕고 감정적인 지지를 제공한다고 보고하였다(Kyngäs, 2004).

아토피 피부염 청소년에게 또래 관계가 미치는 영향을 확인한 국내 선행연구결과들은 아토피 피부염에 있어서도 또래 관계가 중요한 영향을 미칠 수 있음을 보여주고 있다. 7~15세의 아토피 피부염

환자를 대상으로 한 연구에서 친구관계는 간호학적으로 측정된 만성질환 극복력의 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었으며(김동희 & 유일영, 2010), 아토피 피부염 아동, 청소년에게 있어서 교우관계는 관련 변수들을 통제한 상태에서도 문제행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고된다(김동희, 조성은, & 염혜영, 2010).

5) 삶의 만족도에 영향을 미치는 기타 요인

아동기에 비해 성차가 뚜렷해지는 청소년들은 신체적인 특성은 물론, 심리적인 특성에서도 남녀의 차이가 분명하게 나타날 수 있다(이현웅, 곽윤정, 2011). 청소년의 삶의 만족도의 성차를 살펴본 결과, 일부 연구에서는 성별에 따라 삶의 만족도가 유의한 차이가 있고 일반적으로 여자 청소년에 비해 남자 청소년의 삶의 만족도 수준이 높은 것으로 보고되었다(고혜영, 2012; 김정연 & 정현주, 2008; 이주리, 2009). 그러나 일부 연구들은 성별에 따른 차이가 유의하지 않다고 보고하고 있다(이현주, 이미나 & 최인수, 2008; 조성연, 김혜원 & 김민, 2011). 또한 아토피 피부염 환자의 건강 관련 삶의 질의 연구에서도 성별에 따른 차이는 연구에 따라 다르게 나타난다. 조수의 등(2011)의 연구에서는 아토피 피부염 아동, 청소년의 성별에 따라 유의한 건강 관련 삶의 질의 차이를 보이지 않았으나, 박창근 등(2007)의 연구에서는 성별에 따라 유의한 건강 관련 삶의 질의 차이를 보고하였다.

가족 환경은 청소년의 발달에 주요한 영향을 미칠 수 있는 요인으로 청소년 발달과 관련된 연구에서 통제될 필요가 있다. 가족 구조는 가정의 기능 및 성격, 분위기에 중요한 영향을 미치며, 부모의 이혼, 별거, 사별 등 결혼 형태의 변화는 청소년의 적응 및 심리적 발달에 유의한 영향을 미치는 요인이다(이경희 & 유영달, 2006). 부모의 교육수준은 대표적인 인적 자본으로 청소년의 삶의 만족도, 자아존중감, 부모자녀 관계 등 전반적인 발달에 영향을 미칠 수 있는 것으로 보고되고 있다. 가구 소득은 대표적인 가족의 사회경제적 지표로서 청소년 개인과 가족환경에 주요한 영향을 미침으로서 삶의 만족도에 영향을 미칠 수 있다. 일반적으로 가구소득이 높을수록 청소년의 삶의 만족도가 높아지는 것으로 보고되고 있으나(김정연 & 정현주, 2008; 이현주 외, 2008; Huebner, 2004), 일부 연구에서는 가

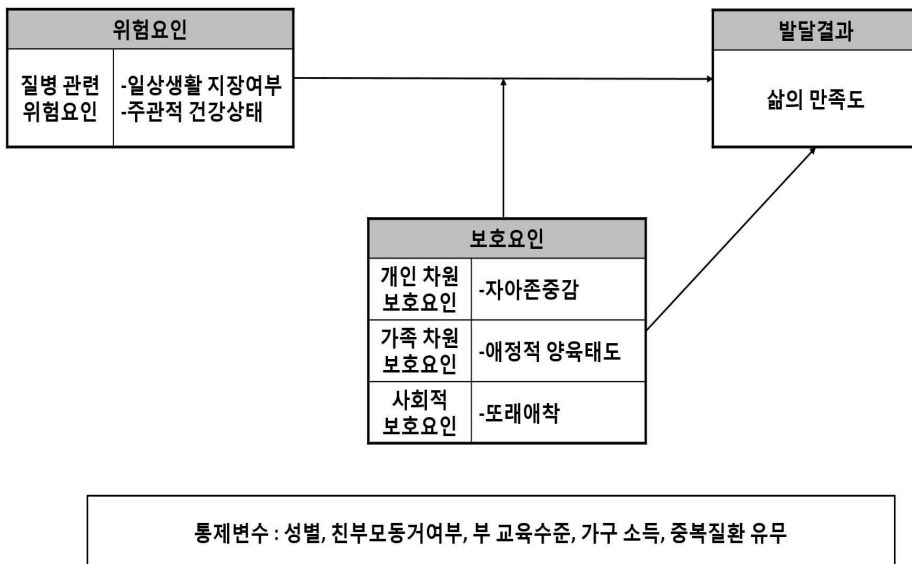
구소득이 청소년의 삶의 질에 유의한 영향을 미치지 않는다고 보고 (조명한, 김정오, & 권석만, 1994)하고 있다.

아토피 피부염과 비염, 천식은 같은 기제에서 발병되는 다른 형태의 질병으로 아토피 피부염 환자는 알레르기 행진에 따라 비염이나 천식으로 진행될 확률이 매우 높다(유진호, 2012; Barnetson & Rogers, 2002). 또한 비염과 천식 외에도 다른 만성질환을 중복적으로 가지고 있는 경우, 신체적 문제가 심리사회적 발달에 미치는 영향이 다르게 나타날 수 있다. 따라서 중복적인 만성질환 유병으로 인한 영향력의 가능성을 통제하고자 한다.

제3장 연구모형 및 연구가설

제1절 연구모형

본 연구는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도와 관련된 구체적인 요인을 확인하고 이를 통해 구체적인 지원방안을 모색하기 위한 것으로, 적응유연성 모형에 따라 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인과 보호요인을 확인하고 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 검증하고자 한다. 만성질환 청소년의 삶의 만족도에 대한 적응유연성 선행연구에 따르면, 질병 관련 위험요인은 삶의 만족도를 저해할 수 있으며, 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래 애착은 삶의 만족도에 대한 보호요인이 될 수 있다. 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 기타 요인들은 선행연구에 근거하여 통제변수로 설정하였다.



[그림 5] 연구모형

제2절 연구가설

본 연구의 연구문제와 연구가설은 다음과 같다.

연구문제 1. 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위험요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구가설 1-1> 아토피 피부염으로 인해 일상생활에 지장을 받을 경우 삶의 만족도가 낮을 것이다.

<연구가설 1-2> 건강상태를 부정적으로 인식할수록 삶의 만족도가 낮을 것이다.

연구문제 2. 아토피 피부염 청소년의 개인적, 가족적, 사회적 보호요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구가설 2-1> 자아존중감의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

<연구가설 2-2> 부모의 애정적 양육태도의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

<연구가설 2-3> 또래애착 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

연구문제 3. 아토피 피부염 청소년의 보호요인은 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 조절하는가?

<연구가설 3-1> 자아존중감의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-2> 자아존중감의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-3> 애정적 양육태도의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-4> 애정적 양육태도의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-5> 또래애착의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-6> 또래애착의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

제4장 연구방법

제1절 연구자료

본 연구는 한국청소년정책연구원에서 실시한 한국아동청소년패널 조사 중1코호트 1차년도(2010년) 자료를 통해 수행되었다. 본 패널 자료는 초등학교 1학년, 초등학교 4학년, 중학교 1학년의 3개 코호트에서 수집되었으며, 2010년에서 2016년까지 7년 간 반복 추적 조사할 계획이다. 표본은 층화다단계집락표집방법에 의하여 전국대표성을 반영하여 추출되었으며, 자료는 학교 방문을 통한 집단설문조사와 부모 부가설문을 통해 수집되었다.

본 연구의 목적은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도의 내부변량을 설명하는 것에 있으므로, 연구자료 중 아토피 피부염을 유병중이라고 응답한 337명을 대상으로 분석을 실시하였다.

제2절 변수의 정의 및 측정도구

1. 삶의 만족도

삶의 만족도는 개인의 주관적 기준에 따른 삶의 상태를 평가하는 인지적인 판단으로, 본 연구의 측정도구로는 김신영 등(2006)이 개발한 문항을 활용하였다. 삶의 만족도 척도는 ‘나는 사는게 즐겁다’, ‘나는 걱정거리가 없다’, ‘나는 내 삶이 행복하다고 생각한다’의 3가지 하위문항으로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’, ‘그렇지 않은 편이다’, ‘그런 편이다’, ‘매우 그렇다’의 4점 척도로 측정되었다. 척도 개발 당시의 신뢰도(Cronbach' alpha)는 .747이었으며(김신영 et al., 2006), 본 연구의 연구대상인 아토피 피부염 유병 청소년들에서는 .802로 확인되었다.

2. 질병 관련 위험요인

1) 일상생활 지장여부

한국아동청소년 패널에서는 부모 설문지를 통해 6개 만성질환-천식, 비염, 아토피 피부염, 비만, 당뇨, 심장질환, 기타-의 유병여부와 함께 해당 만성질환으로 인한 일상생활 및 공부에 지장을 받는 정도를 함께 질문하였다. 질병으로 인한 지장 정도는 ‘많이 받는다’, ‘조금 받는다’, ‘받지 않는다’의 3가지 범주로 측정되었다. 이 중 ‘받지 않는다’를 0으로, ‘조금 받는다’와 ‘많이 받는다’를 1로 코딩하여, 이분변수로 분석에 활용하였다.

2) 건강상태에 대한 부정적 인식

건강상태에 대한 부정적 인식은 조사대상자가 스스로 평가한 자신의 건강상태로, 조사대상 청소년 본인에게 직접 “또래 친구들과 비교해볼 때 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각합니까?”라는 질문을 통해 측정되었다. 응답 범주는 ‘1=매우 건강하다’, ‘2=건강한 편이다’, ‘3=건강하지 못한 편이다’, ‘4=매우 건강하지 못하다’의 4점 척도로 측정되어, 본 연구에서는 점수가 높을수록 주관적으로 인식하는 건강상태가 좋지 않음을 의미한다.

3. 보호요인

1) 자아존중감

자아존중감은 자신에 관한 긍정적 또는 부정적 평가와 관련된 것으로 자신을 가치있는 사람으로 생각하는 정도를 의미한다(Rogenberg, 1979; 고희영, 2012, p.14에서 재인용). 한국아동청소년패널조사에서는 대표적인 자아존중감 척도인 Rogenberg의 자아존중감 척도를 번안(고려대학교, 2000)한 척도를 사용하였다. 해당 척도는 자아존중감에 대한 긍정적 평가 관련 5문항과 부정적 평가 관련 5문항으로 총 10문항으로 구성되어 있다. 이 중 부정적인 문항을 역채점한 후 전체 10개 문항의 점수를 합산하여 분석에 투입하며, 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 본 연구의 연구대상인 아토피 피부염 유병 청소년들에서의 신뢰도는 .854로 확인되었다.

2) 애정적 양육태도

부모의 양육태도는 부모 또는 양육자가 자녀를 양육함에 있어서 나타나는 태도 및 행동을 의미하며(Beck, 2002; 정선아, 2012에서 재인용), 애정적 양육태도는 허묘연(1999)이 개발한 부모양육태도유형 척도의 하위유형 중 하나인 애정적 유형을 활용하였다. 부모의 양육태도는 청소년에게 직접 질문됨으로써 자녀가 인지한 부모의 양육태도의 수준을 반영한다.

애정적 양육태도는 “부모님께서는 나의 의견을 존중해주시다”, “부모님께서는 내게 좋아한다는 표현을 하신다”, “부모님께서는 내가 힘들어할 때 용기를 주신다”, “부모님께서는 나에게 칭찬을 잘해주시다”의 4개 문항으로 구성되어 있으며, ‘매우 그렇다’, ‘그런 편이다’, ‘그렇지 않은 편이다’, ‘전혀 그렇지 않다’의

4점 척도로 응답되었다. 본 연구에서는 4개 문항의 점수의 합을 분석에 사용하였으며, 점수가 높을수록 청소년이 인지하는 부모의 애정적 양육태도의 수준이 높음을 의미한다. 본 연구의 연구대상인 아토피 피부염 유병 청소년들에서의 신뢰도는 .810으로 확인되었다.

3) 또래애착

또래애착은 Armsden&Greenberg(1987)의 부모또래애착 척도(IPPA; Inventory of Parent and Peer Attachment)를 변안한 척도(김지연, 1995)를 활용하였다. IPPA에서는 또래애착을 상호신뢰, 의사소통, 소외의 세 가지 하위요인을 통해 측정한다. 일부 심리학자들은 IPPA 척도는 2자 관계에서의 애착관계보다는 또래 집단과의 관계경험을 측정하는 것으로 애착의 조작적 도구로는 부적합하다고 비판(최영희, 김민선, & 서영석, 2012)하기도 한다. 그러나 본 연구의 목적은 친밀한 친구와의 애착 정도가 아니라 또래와의 긍정적인 관계가 삶의 만족도에 미치는 영향을 확인하기 위함이므로 본 연구에 적용하는데 적합하다고 판단하였다.

IPPA 척도 중 또래애착은 의사소통, 신뢰, 소외의 3개의 하위영역, 총 25개 문항으로 구성되어 있으나, 한국아동청소년패널 조사에는 영역 간에 중복되는 문항을 제외하고 의사소통, 신뢰, 소외의 하위영역 당 각 3개 문항, 총 9개의 문항으로 측정하였다(김지경, 백혜정, 임희진, & 이계오, 2010). 각 문항은 4점 리커트 척도로 측정되었으며, 소외 영역의 문항은 역채점하여 점수가 높을수록 또래애착 수준이 높음을 의미한다. 의사소통, 신뢰, 소외의 영역별 3문항의 점수의 합으로 영역별 또래애착 정도를 측정하였고, 전체 9개 문항의 점수의 합으로 전체 또래애착을 구하였다. 본 연구의 연구대상인 아토피 피부염 유병 청소년들에서의 신뢰도는 .818로 확인되었다.

4. 통제변수

본 연구에서는 연구 문제 및 분석 모형의 명확성을 높이기 위해 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미친다고 밝혀졌거나 예상되는 변인들인 성별, 친부모 동거여부, 부의 교육수준, 가구소득, 중복질환 유무를 통제하고자 한다. 각 통제변수는 다음과 같이 측정되었다.

성별은 남성과 여성으로 측정되었으며, 남자 청소년을 0, 여자 청소년을 1로 코딩하였다.

가구의 형태는 친부모 모두와 함께 생활하고 있는 경우를 '1', 그렇지 않은 경우를 '0' 으로 코딩하였다.

부의 교육수준은 '1=중졸 이하', '2=고졸', '3=전문대 졸', '4=대졸', '5=대학원 졸' 로 측정되어 최종학력이 높을수록 높은 값을 가진다.

가구소득은 월평균소득(단위 : 백만원)을 활용하였다.

마지막으로 중복질환 유무의 경우 한국아동청소년패널에서는 아토피 피부염과 함께 천식, 비염, 비만, 심장질환, 당뇨병, 기타 질환의 유병여부를 함께 측정하고 있다. 아토피 피부염만 유병 중인 경우를 '0', 아토피 피부염 외 다른 질병도 유병 중이라고 응답한 경우를 '1' 로 코딩하였다.

제3절 분석방법

본 연구의 연구문제 및 연구가설의 검증을 위하여 다음과 같은 분석을 실시하였다.

첫째, 본 연구의 대상자인 아토피 피부염 청소년의 일반적인 특성과 주요 변수인 삶의 만족도, 건강상태에 대한 부정적 인식, 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착 등의 현황을 파악하기 위해 빈도분석, 평균, 편차, 왜도, 첨도를 확인하는 기술통계분석을 실시하였다.

둘째, 선행연구들에서는 아토피 피부염 청소년이 정서적, 사회적 발달에 있어서 상대적으로 어려움을 겪고 있음을 보고하고 있으며, 적응유연성의 중요한 전제 중 하나는 실제로 발달 상에 위협에 처해 있는지를 확인하는 것이다. 따라서 본 연구자료를 통해 아토피 피부염 청소년과 건강문제가 없는 청소년 사이에 주요한 청소년 발달 지표에서 차이가 있는지를 살펴보고자 t-test를 실시하였다.

셋째, 주요 변수들의 상관관계를 확인하기 위해, 주요 변수들과 통제변수들을 포함하여 Pearson 단순상관관계 분석을 실시하였다.

넷째, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인의 직접효과를 확인하기 위해, 통제변수와 위험요인 변수를 포함하는 다중회귀분석을 실시하였다. 분산팽창인자(VIF)를 통해 다중공선성 여부를 확인하였다.

다섯째, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 보호요인의 직접효과를 확인하기 위해, 통제변수와 위험요인 변수, 보호요인 변수를 포함하는 다중회귀분석을 실시하였다.

여섯째, 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 검증하기 위해 각 보호요인과 위험요인의 상호작용항을 생성하고, 통제변수, 위험요인 변수, 보호요인 변수, 위험요인-보호요인 상호작용항을 포함하는 다중회귀분석을 실시하였다. 상호작용항은 다중공선성을 예방하기 위해 평균중심화(mean-centering)를 통해 형성하였다.

제5장 연구결과

제1절 응답자 특성

1. 인구사회학적 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성을 확인하기 위하여, 성별, 부모의 학력, 부모의 연령, 가구 월평균소득, 부모의 경제활동 여부를 확인하였다. 그 결과는 아래 [표2]와 같다.

[표 2] 조사대상자의 인구사회학적 특성

(n=337)

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	남	169	50.1
	여	168	49.9
부 학력	중학교 졸업 이하	10	3.0
	고등학교 졸업	153	45.4
	전문대학 졸업	38	11.3
	대학교 졸업	99	29.4
	대학원 졸업	15	4.5
	무응답	22	6.5
모 학력	중학교 졸업 이하	12	3.6
	고등학교 졸업	187	55.5
	전문대 졸업	39	11.6
	대학교 졸업	75	22.3
	대학원 졸업	9	2.7
	무응답	15	4.5
부 연령	30~39세	14	4.2
	40~49세	258	76.6
	50~59세	41	12.2
	60세 이상	1	0.3
	무응답	23	6.8
모 연령	30~39세	69	20.5

	40~49세	244	72.4
	50~59세	10	3.0
	60세 이상	0	0.0
	무응답	14	4.2
월평균 가구소득	100만원 미만	21	6.2
	100만원 이상 200만원 미만	45	13.4
	200만원 이상 300만원 미만	82	24.3
	300만원 이상 400만원 미만	41	12.2
	400만원 이상 500만원 미만	60	17.8
	500만원 이상 600만원 미만	33	9.8
	600만원 이상	34	10.1
	무응답	21	6.2
부 경제활동 여부	경제활동	307	91.1
	비경제활동	9	2.7
	무응답	21	6.2
모 경제활동 여부	경제활동	203	60.2
	비경제활동	122	36.2
	무응답	12	3.6

조사대상자의 성별은 전체 응답자 337명 중 남자가 169명(50.1%), 여자가 168명(49.9%)으로 나타나 1대1에 가까운 비율인 것으로 확인되었다.

조사대상의 아버지의 학력은 중학교 졸업 이하가 10명(3.0%), 고등학교 졸업이 153명(45.4%), 전문대학 졸업이 38명(11.3%), 대학교 졸업이 99명(29.4%), 대학원 졸업이 15명(4.5%)로 고등학교 졸업의 비율이 가장 높게 나타났다. 조사대상의 어머니의 학력도 비슷한 분포를 보여, 중학교 졸업 이하가 12명(3.6%), 고등학교 졸업이 187명(55.5%), 전문대학 졸업이 39명(11.6%), 대학교 졸업이 75명(22.3%), 대학원 졸업이 9명(2.7%)로 나타났다.

조사대상의 부모의 연령을 살펴보면, 아버지의 연령은 30대가 14명(4.2%), 40대가 258명(76.6%), 50대가 41명(12.2%), 60세 이상이 1명

(0.3%)로 나타났다. 어머니의 연령은 30대가 69명(20.5%), 40대가 244명(72.4%), 50대가 10명(3.0%)로 나타났다. 평균 연령은 아버지의 연령이 45.2세, 어머니의 연령이 42.3세로 나타났다.

가구의 경제적인 상황을 살펴보기 위하여 가구의 월평균 소득과 부모의 경제활동 여부를 확인하였다. 가구 월 평균 소득은 100만원 단위의 급간을 적용하여 보고하였다. 월 평균 소득이 100만원 이하라고 응답한 조사대상자는 21명(6.2%)였으며, 100만원 이상 200만원 미만은 45명(13.4%), 200만원 이상 300만원 이하는 82명(24.3%), 300만원 이상 400만원 미만은 41명(12.2%) 400만원 이상 500만원 미만은 60명(17.8%), 500만원 이상 600만원 미만은 33명(9.8%), 600만원 이상은 55명(10.1%)으로 나타났다. 전체 조사대상 가구의 평균 월소득은 약 363만원으로 확인되었다. 또한 조사대상의 아버지 중 경제활동을 하고 있는 자는 307명(91.1%), 어머니 중 경제활동을 하고 있는 자는 203명(60.2%)로 대부분의 부모가 경제활동을 하고 있는 것으로 나타났다. 조사대상 중 5명은 부모 모두가 경제활동을 하지 않고 있다고 응답하였다.

2. 아토피 피부염 청소년의 발달 현황

본격적인 연구가설 검증에 앞서서 본 연구의 분석 자료를 통해서 아토피 피부염 청소년의 전반적인 발달 상황을 확인하기 위해 아토피 피부염이 없다고 응답한 청소년(이하 비아토피 피부염 청소년)들과 비교를 실시하였다. 아토피 피부염 청소년과 비아토피 피부염 청소년 간에 비교를 실시한 변수들은 청소년의 주요한 발달지표이자 본 연구모형에서 다루고 있는 건강상태에 대한 부정적 인식, 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착, 삶의 만족도와 인지적 발달과 사회적 발달 측면을 확인하기 위해서 포함한 학교적응 척도의 하위 영역인 학습활동, 학교규칙, 교우관계, 교사관계이다. 두 집단의 각 발달지표의 평균을 구하고 t-test를 통해 집단 간 평균차이의 통계적 유의성을 검증하였다. 그 결과는 아래 [표3]과 같다.

[표 3] 아토피 피부염 청소년과 비아토피 청소년의 발달 지표 결과 비교

변수	집단	N	평균	표준편차	t
건강상태에 대한 부정적 인식	아토피 청소년	337	1.96	.625	-3.81***
	비아토피 청소년	2013	1.82	.604	
자아존중감	아토피 청소년	337	27.41	5.225	2.065*
	비아토피 청소년	2012	28.02	5.017	
애정적 양육태도	아토피 청소년	337	11.84	4.740	1.338
	비아토피 청소년	2012	12.05	4.429	
또래애착	아토피 청소년	337	26.12	2.627	2.732**
	비아토피 청소년	2011	26.84	2.599	
삶의 만족도	아토피 청소년	337	8.37	2.236	.871
	비아토피 청소년	2012	8.48	2.202	
학습활동	아토피 청소년	337	13.78	1.855	.904
	비아토피 청소년	2013	13.88	1.956	
학교규칙	아토피 청소년	337	13.68	2.423	.901
	비아토피 청소년	2013	13.81	2.450	
교우관계	아토피 청소년	337	14.59	2.157	3.463**
	비아토피 청소년	2012	15.00	2.000	
교사관계	아토피 청소년	337	13.14	3.448	2.422*
	비아토피 청소년	2012	13.61	3.311	

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

아토피 피부염 청소년과 비아토피 피부염 청소년 간의 발달지표 상의 차이를 확인한 결과, 일부 지표들에서 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 확인되었다. 사회적 발달 수준을 확인하기 위하여 검토한 학교적응 척도의 경우, 하위 영역 중 교우관계와 교사관계에 있어서 아토피 피부염 청소년의 평균이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 반면, 학습활동, 학교규칙 영역은 아토피 피부염 청소년 집단의 평균이 비아토피 피부염 청소년 집단의 평균에 비해 상대적으로 낮지만 통계적으로 유의한 차이는 아닌 것으로 확인되었다. 학습활동과 학교규칙 영역에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 교우관계와 교사관계에 있어서는 아토피 피부염 청소년이 통계적으로 유의한 수준에서 상대적으로 더 낮은 결과를 보였음은 아토피 피부염 청소년이 질병으로 인해 인지적인 발달보다는 관계적인 측면에서 더 어려움을 느낄 수 있음을 유추하게 한다. 이에 대해서는 후속 연구를 통해서 더 면밀한 검토를 실시할 필요가 있을 것이다.

본 연구에서 다루고 있는 위험요인과 보호요인 중 일부 변인에서도 아토피 피부염 청소년과 비아토피 피부염 청소년 간에 통계적으로 유의한 차이가 확인되었다. 통계적으로 유의한 차이가 확인된 변인들은 건강상태에 대한 부정적 인식, 자아존중감, 또래애착이었다. 아토피 피부염 청소년은 비아토피 청소년에 비해 자신의 건강상태를 더 부정적으로 인식하고 있었으며, 자아존중감과 또래애착의 수준도 상대적으로 더 낮은 것으로 나타났다. 즉, 통계적으로 유의한 차이를 보인 모든 발달 지표들에서 아토피 피부염 청소년이 상대적으로 부정적인 결과를 보였다. 이를 통해 선행연구들을 통해 확인한 아토피 피부염 청소년이 경험하는 발달상의 어려움은 본 연구의 자료를 통해서도 지지되었다. 부모의 애정적인 양육태도는 아토피 피부염 청소년과 비아토피 청소년 간에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 확인되었다.

한편, 본 연구에서 종속변수로 다르고 있는 삶의 만족도의 경우, 아토피 피부염 청소년과 비아토피 피부염 청소년 간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

그러나 삶의 만족도에 있어서 두 집단 간에 통계적으로 차이가 없다는 것이 아토피 피부염 청소년이 발달상의 위험에 처해있지 않다는 것을 의미하는 것은 아니다. 건강은 청소년의 생활과 발달에 있어서 중요한 영향을 미치는 영역이며, 아토피 피부염 청소년들은 건강에 있어서 만성질환이라는 분명한 위험을 지닌 채 일상을 살아 가고 있다. 또한 앞서 확인한 바와 같이, 아토피 피부염은 유병 청소년들에게 여러 가지 발달 지표들에서 상대적으로 부정적인 결과를 유도하는 것으로 확인되었다. 아토피 피부염 청소년들이 만성질환이라는 건강상의 위험과 이로 인한 여러 심리사회적 발달에 있어서 어려움을 겪고 있음을 고려하였을 때, 아토피 피부염 청소년은 발달상의 위험에 처해 있다고 평가할 수 있다.

또한 위 결과는 아토피 피부염 청소년 집단의 평균적인 삶의 만족도 수준과 비아토피 피부염 청소년 집단의 평균 간에 유의한 차이가 없음을 보여주는 것이지, 아토피 피부염 청소년 집단 내의 삶의 만족도의 변량이 유의하지 않음을 의미하는 것은 아니다. 즉, 아토피 피부염 청소년들은 질병으로 인한 어려움 속에서도 평균적으로는 다른 청소년들과 유사한 수준의 삶의 만족도를 보임에도 불구하고, 아토피 피부염 청소년 집단 내에서는 개인 간에 삶의 만족도에 편차가 존재한다.

정리하자면, 아토피 피부염 청소년들은 만성질환이라는 건강상의 위험을 지속적으로 경험하고 있으며 이로 인해 여러 심리사회적인 발달 지표들에서 상대적으로 부정적인 결과들을 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 일부 아토피 피부염 청소년들은 높은 수준의 삶의 만족도를 보이고 있으며, 이를 통해 평균적으로는 아토피 피부염 청소년 집단은 비아토피 피부염 청소년 집단과 유사한 수준의 삶의

만족도를 보이고 있다. 요컨대, 일부 아토피 피부염 청소년은 건강으로 인한 위험에도 불구하고, 긍정적인 수준의 발달을 유지하고 있다는 것이다.

적응유연성을 판단하는 두 가지 조건은 발달상의 위험이 존재해야 하며, 위험이나 스트레스 속에서도 긍정적인 발달을 보여야 한다는 것이다. 그러므로 높은 수준의 삶의 만족도를 보이는 아토피 피부염 청소년들은 적응유연성을 보이고 있다고 평가할 수 있다.

따라서 본 연구는 변인 중심적 적응유연성 모형을 통하여 아토피 피부염 청소년 집단의 삶의 만족도 변량을 설명할 수 있는 위험요인과 보호요인을 확인하고자 한다. 아토피 피부염 청소년 간의 삶의 만족도의 차이를 설명할 수 있는 요인이 무엇인지 확인함으로써, 아토피 피부염 청소년들의 삶의 만족도를 유지하거나 향상시킬 수 있는 조건을 제시하고 실천적인 개입방향을 제언할 수 있을 것이다.

제2절 주요 변수의 기술통계 및 상관관계

1. 주요 변수의 기술통계

본 연구에 사용된 주요 변수들의 기술통계분석 결과는 다음 [표4]와 같다. 주요 변수들의 집중경향도와 분산성을 확인하기 위하여 평균과 표준편차, 최솟값, 최댓값을 확인하였고, 자료의 정규성을 검토하기 위하여 왜도와 첨도를 확인하였다.

[표 4] 주요 변수의 기술통계

변수	평균	표준 편차	최솟값	최댓값	왜도	첨도
독립변수 (위험요인) 일상생활 지장여부	.61	.46	.00	1.00	-.446	-1.812
독립변수 (위험요인) 건강상태에 대한 부정적 인식	1.96	.63	1.00	4.00	.323	.598
독립변수 (보호요인) 자아존중감	27.41	5.23	11.00	39.00	-.236	-.047
독립변수 (보호요인) 애정적 양육태도	11.84	2.63	4.00	16.00	-.446	-1.186
독립변수 (보호요인) 또래애착	26.12	4.74	9.00	36.00	-.525	1.127
종속변수 삶의 만족도	8.36	2.24	3.00	12.00	-.187	-.375

삶의 만족도, 일상생활 지장여부, 건강상태에 대한 부정적 인식, 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착의 기술통계 결과를 살펴보면, 삶의 만족도의 평균은 8.36이고 표준편차는 2.24이며, 질병 지장여부의 평균은 0.61이고 표준편차는 0.46이며, 건강상태에 대한 부정적 인식의 평균은 1.96이고 표준편차는 0.63으로 나타났다. 자아존중감의 평균은 27.41이고 표준편차는 5.23이며, 애정적 양육태도의 평균은 11.84이고 표준편차는 2.63이며, 또래애착의 평균은 26.12이고 표준편차는 4.74로 나타났다.

일반적으로 왜도의 절댓값이 3미만이고, 첨도의 절댓값이 10미만에 해당하면 자료의 정규성이 크게 위배되지 않은 것으로 판단하며 (Kline, 2010), 해당 기준에 따라 본 연구의 주요 변수들은 정규성을 충족하는 것으로 확인되었다.

2. 주요 변수 간 상관관계

가설 검증에 앞서 종속변수와 독립변수 간에 상관관계를 살펴보고, 독립변수 간에 다중공선성의 가능성이 있는지 검토하고자 단순 상관관계(Pearson's r)를 분석하였다. 그 결과는 [표5]와 같다.

먼저 독립변수 간의 상관관계를 살펴보면, 건강상태에 대한 부정적 인식과 자아존중감($r = -.263, p < .001$), 건강상태에 대한 부정적 인식과 또래애착($r = -.196, p < .001$), 자아존중감과 애정적 양육태도($r = .393, p < .001$), 자아존중감과 또래애착($r = .446, p < .001$), 애정적 양육태도와 또래애착($r = .360, p < .001$)는 통계적으로 유의한 수준의 상관관계를 보였다. 즉, 건강상태에 대한 부정적 인식이 높을수록 자아존중감이 낮고 또래애착이 낮은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서 보호요인으로 설정한 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래관계의 세 변인 간의 모든 정적 상관관계가 통계적으로 유의한 것으로 나타나, 한 보호요인의 수준이 높은 경우 다른 보호요인의 수준도 높은 것으로 확인되었다. 마지막으로 다중공선성에 대해서 검토해보면, 독립변수 간의 상관관계가 0.7이상일 경우 다중공선성을 의심할 수 있으나 본 연구의 독립변수 간에는 다중공선성이 의심될만한 수준의 상관관계는 확인되지 않았다.

종속변수인 삶의 만족도와 통계적으로 유의한 관계를 가지는 변수들로는 일상생활 지장여부, 건강상태에 대한 부정적 인식, 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착의 모든 독립변수들과 통제변수 중 성별과 가구소득인 것으로 확인되었다. 일상생활 지장여부($r = -.126, p < .05$)와 삶의 만족도는 부적 상관관계에 있어서 아토피 피부염으로 인해 일상생활에 지장을 받는 경우 삶의 만족도가 그렇지 않은 경우에 비해 낮은 것으로 나타났다. 건강상태에 대한 부정적 인식 ($r = -.306, p < .001$)과 삶의 만족도도 부적 상관관계에 있어서 아토피 피부염 청소년이 스스로 인지하는 건강상태가 좋지 않을수록 삶의 만

족도가 낮은 것으로 나타났다. 자아존중감($r = .653, p < .001$), 애정적 양육태도($r = .443, p < .001$), 또래애착($r = .377, p < .001$)은 모두 삶의 만족도와 정적 상관관계에 있는 것으로 확인되어, 자아존중감, 부모의 애정적 양육태도, 또래애착의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 통제변수 중에는 남학생의 삶의 만족도 수준이 여학생에 비해 높은 것으로 나타났고($r = -.305, p < .001$), 가구소득이 높을수록($r = .138, p < .05$) 삶의 만족도가 높은 것으로 확인되었다.

[표 5] 주요 변수 간 상관관계

	성별	친부모 동거여부	부학력	가구소득	중복질환 유무	일상생활 지장여부	건강상태 부정적인식	자이존중감	애정적 양육태도	또래애착	삶의만족도
성별	1										
친부모 동거여부	-.019	1									
부학력	-.058	.068	1								
가구소득	-.028	.264***	.284***	1							
중복질환 유무	-.062	.082	-.021	-.086	1						
일상생활 지장여부	.010	-.031	.010	-.115	.074	1					
건강상태 부정적인식	.028	-.010	-.011	-.065	.133*	.054	1				
자이존중감	-.160**	.051	.044	.127*	-.045	-.099	-.263***	1			
애정적 양육태도	-.155**	.016	.005	-.006	.122*	.010	-.089	.393***	1		
또래애착	.053	.011	-.001	.054	-.067	-.077	-.196***	.446***	.360***	1	
삶의만족도	-.305***	.065	.067	.138*	.015	-.126	-.306***	.653***	.443***	.377***	1

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

제3절 가설 검증

본 연구의 연구가설은 위협요인의 주효과, 보호요인의 주효과, 보호요인의 위협요인에 대한 조절효과를 확인하기 위한 것으로, 위계적 다중회귀 분석을 통하여 통계적 검증을 실시하였다. 위협요인의 주효과 모형에서는 통제변수와 위협요인을 투입하였고, 보호요인의 주효과 모형에서는 통제변수, 위협요인, 보호요인을 투입하였다. 마지막으로 보호요인의 상호작용 모형에서는 위협요인과 보호요인의 상호작용항을 형성하고, 각 보호요인을 기준으로 3가지 모형을 설정하였다.

회귀분석을 위한 가정들을 점검한 결과, 본 연구 모형들은 회귀분석의 가정을 충족하는 것으로 확인되었다. 산점도와 히스토그램을 통해 오차의 등분산성과 정규성을 확인하였으며, Durbin-Watson 통계치는 2에 근접하여 자기상관의 문제가 없음이 확인되었다. 또한 모든 모형의 각 변수의 분산팽창지수(VIF)는 2이하로 확인되어 다중공선성의 가능성이 낮은 것으로 확인되었다.

1. 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향

본 절에서 첫 번째로 검증하고자하는 연구문제는 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 것이다. 구체적인 연구문제 및 연구가설은 아래와 같으며, 연구가설의 검증을 위하여 위험요인의 주효과 모형을 설정하였다. 위험요인의 주효과 모형에서는 삶의 만족도 관련 통제 변수와 위험요인을 투입하여 다중회귀분석을 실시하였다.

연구문제 1. 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위험요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구가설 1-1> 아토피 피부염으로 인해 일상생활에 지장을 받을 경우 삶의 만족도가 낮을 것이다.

<연구가설 1-2> 건강상태를 부정적으로 인식할수록 삶의 만족도가 낮을 것이다.

<MODEL 1 : 위험요인의 주효과 모형>

$$Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7X_7 + e$$

Y : 삶의 만족도

D₁ : 성별(0=남자, 1=여자)

D₂ : 친부모동거여부(0=친부모 동거 이외 가족구성, 1=친부모 동거)

X₃ : 부모 교육 수준

X₄ : 가구 소득

D₅ : 중복질환유무(0=중복질환 없음, 1=중복질환 있음)

D₆ : 일상생활 지장여부(0=지장받지 않음, 1=지장받음)

X₇ : 건강상태에 대한 부정적 인식

[표 6] 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향

	Model 1		
	B	S.E	β
성별	-1.251	.234	-.284 ^{***}
친부모 동거여부	-.060	.492	-.007
부 교육수준	.035	.116	.017
가구소득	.073	.050	.083
중복질환 유무	.302	.242	.068
일상생활 지장여부	-.553	.241	-.123 [*]
건강상태에 대한 부정적 인식	-.956	.187	-.274 ^{***}
상수		10.733 ^{***}	
R ²		.187	
Adj. R ²		.167	
F		9.544 ^{***}	

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

위험요인의 주효과 모형(Model 1)은 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 검증하기 위해 통제변수와 질병 관련 위험요인을 투입한 모형이다. 위험요인의 주효과 모형의 적합도를 살펴보면, F값은 9.544로 .001 수준에서 유의하였으며, 수정 R²은 .167로 위험요인 주효과 모형의 통제변수와 위험요인이 종속변수인 삶의 만족도의 변량을 16.7% 설명하는 것으로 나타났다.

분석 결과를 살펴보면, 일상생활 지장여부(β = -.132, P<.05)와 건강상태에 대한 부정적 인식(β = -.274, P<.001)은 모두 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 아토피 피부염으로 인해 일상생활에 지장을 받는 청소년의 경우 그렇지 않은 청소년에 비해 삶의 만족도 수준이 낮고, 청소년 스스로가 인지하는 건강상태가 나쁠수록 삶의 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 이로써 질병 지

장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 부적 영향을 미칠 것이라는 <연구가설 1-1>과 <연구가설 1-2>는 지지되었다.

통제변수의 경우, 성별($\beta = -.284$, $P < .001$)만이 삶의 만족도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 남자 청소년에 비해 여자청소년의 삶의 만족도 수준이 낮음을 의미한다.

2. 보호요인이 삶의 만족도에 미치는 영향

두 번째로 검증하고자 하는 연구문제는 질병 관련 위험요인을 통제 한 상황에서도 보호요인이 삶의 만족도에 영향을 미치는지에 대한 것으로, 구체적인 연구문제 및 연구가설은 아래와 같다. 연구 가설의 검증을 위하여 보호요인의 주효과 모형을 설정하였으며, 해당 모형에서는 통제변수와 위험요인을 포함한 상태에서 보호요인을 투입하여 다중회귀분석을 실시하였다.

연구문제 2. 아토피 피부염 청소년의 개인적, 가족적, 사회적 보호요인은 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구가설 2-1> 자아존중감의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

<연구가설 2-2> 부모의 애정적 양육태도의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

<연구가설 2-3> 또래애착 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높을 것이다.

<MODEL 2 : 보호요인의 주효과 모형>

$$Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7X_7 + b_8D_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + e$$

Y : 삶의 만족도

D₁ : 성별(0=남자, 1=여자)

D₂ : 친부모동거여부(0=친부모 동거 이외 가족구성, 1=친부모 동거)

X₃ : 부모 교육 수준

X₄ : 가구 소득

D₅ : 중복질환유무(0=중복질환 없음, 1=중복질환 있음)

D₆ : 일상생활 지장여부(0=지장받지 않음, 1=지장받음)

X₇ : 건강상태에 대한 부정적 인식

X₈ : 자아존중감

X₉ : 애정적 양육태도

X₁₀ : 또래애착

[표 7] 보호요인이 삶의 만족도에 미치는 영향

	Model 2		
	B	S.E	β
성별	-.795	.185	-.181 ^{***}
친부모 동거여부	-.076	.376	-.008
부 교육수준	.033	.088	.016
가구소득	.042	.038	.048
중복질환 유무	.256	.186	.058
일상생활 지장여부	-.361	.184	-.080
건강상태에 대한 부정적 인식	-.457	.147	-.131 ^{***}
자아존중감	.207	.021	.478 ^{***}
애정적 양육태도	.163	.039	.197 ^{***}
또래애착	.028	.022	.061
상수		1.217	
R ²		.533	
Adj. R ²		.516	
F		32.827 ^{***}	

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

보호요인의 주효과 모형(Model 2)의 적합도를 살펴보면, F값은 32.827로 .001 수준에서 통계적으로 유의하였다. 수정 R²은 .516로 위험요인 주효과 모형의 통제변수와 위험요인이 종속변수인 삶의 만족도의 변량을 51.6% 설명하는 것으로 나타나 본 모형은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 높은 설명력은 가지는 것으로 확인되었다.

아토피 피부염 청소년의 보호요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 확인한 결과, 통제변수와 위험요인을 통제한 상태에서도 자아존중감($\beta=.478$, $P<.001$)과 애정적 양육태도($\beta=.197$, $P<.001$)는 정적 영향을 미치는 것으로 나타났으며 또래애착은 통계적으로 유의한 관계가 확인되지 않았다. 즉, 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도 수준이 높고, 청소년이 인지하는 부모의 애정적 양육태도의 수준이 높

을수록 삶의 만족도의 수준이 높다고 할 수 있다. 또래애착이 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타난 점에 대해서는 더 면밀한 검토가 필요할 것으로 생각된다. 이를 통해 <연구가설 2-1>과 <연구가설 2-2>는 지지되었고, <연구가설 2-3>은 기각되었다.

보호요인을 투입한 상태에서의 위험요인의 영향력을 살펴보면, 위험요인의 주효과는 보호요인의 영향 속에서도 유의한 것으로 나타났다. 보호요인의 영향을 고려하더라도 건강상태를 부정적으로 인식할수록 삶의 만족도가 낮아지는 것으로 확인되었다($\beta = -.131$, $P < .001$). 일상생활 지장여부 변수의 경우, 회귀계수의 유의수준은 .05 미만은 아니었지만($\beta = -.080$, $P = .050$), 통계적 유의성에 매우 근접한 것으로 확인되었다.

3. 위협요인에 대한 보호요인의 조절효과

마지막으로 위협요인과 보호요인의 상호작용 모형을 검증하였다. 이는 아토피 피부염 청소년의 질병 관련 위협요인이 삶의 만족도에 미치는 영향이 보호요인의 수준에 따라서 달라지는지에 대한 것으로, 다시 말해 보호요인의 조절효과를 검증하기 위한 것이다. 통계적 검증을 위해 보호요인의 주효과 회귀모형(Model 2)에 위협요인과 보호요인의 상호작용항을 투입한 상호작용 모형을 설정하고 위계적 회귀분석을 실시하였다. 상호작용모형은 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착의 각 보호요인에 대해서 세 가지 회귀모형을 설정하였다. 평균 중심화(mean-centering)는 상호작용항 투입으로 인한 다중공선성의 문제를 줄일 수 있는 방법 중 하나로(서영석, 2010), 본 연구에서도 각 위협요인과 보호요인을 평균중심화 한 후에 상호작용항을 형성하여 회귀모형에 투입하였다. 구체적인 연구가설 및 가설 검증을 위한 분석모형은 아래와 같다.

연구문제 3. 아토피 피부염 청소년의 보호요인은 위협요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 조절하는가?

<연구가설 3-1> 자아존중감의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-2> 자아존중감의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-3> 애정적 양육태도의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-4> 애정적 양육태도의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-5> 또래애착의 수준이 높을수록, 아토피 피부염의 일상생활 지장 여부가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<연구가설 3-6> 또래애착의 수준이 높을수록, 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향의 크기는 작아질 것이다.

<p><MODEL 3 : 위험요인-보호요인(자아존중감)의 상호작용 모형></p> $Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7X_7 + b_8D_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + b_{11}D_6X_8 + b_{11}X_7X_8 + e$ <p><MODEL 4 : 위험요인-보호요인(애정적 양육태도)의 상호작용 모형></p> $Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7X_7 + b_8D_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + b_{11}D_6X_9 + b_{11}X_7X_9 + e$ <p><MODEL 5 : 위험요인-보호요인(또래애착)의 상호작용 모형></p> $Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7X_7 + b_8D_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + b_{11}D_6X_{10} + b_{11}X_7X_{10} + e$ <p>Y : 삶의 만족도 D₁ : 성별(0=남자, 1=여자) D₂ : 친부모동거여부(0=친부모 동거 이외 가족구성, 1=친부모 동거) X₃ : 부 교육 수준 X₄ : 가구 소득 D₅ : 중복질환유무(0=중복질환 없음, 1=중복질환 있음) D₆ : 일상생활 지장여부(0=지장받지 않음, 1=지장받음) X₇ : 건강상태에 대한 부정적 인식 X₈ : 자아존중감 X₉ : 애정적 양육태도 X₁₀ : 또래애착</p>

조절효과 검증을 위한 위계적 회귀모형에서 R²변화량에 대한 F값이 유의하고, 상호작용항의 회귀계수가 유의할 경우 조절효과가 있다고 보고할 수 있다(양오석, 2013). 본 연구의 분석모형의 결과를 살펴보면, 보호요인 중 애정적 양육태도와 또래애착의 상호작용모형은 R²변화량이 유의하지 않은 것으로 확인되었다. 자아존중감의 상호작용모형은 R²변화량이 .10 수준에서 유의하며, 자아존중감과 건강상태에 대한 부정적 인식의 상호작용항의 유의수준(p)은 .050으로 확인되었다. 따라서 <연구가설 3-1>, <연구가설 3-3>, <연구가설 3-4>, <연구가설 3-5>, <연구가설 3-6>은 기각되었으며, <연구가설 3-2>는 통계적으로 미약한(marginal) 수준에서 지지되었다.

일반적으로 사회과학 연구에서는 통계적 유의수준을 .05에 기준하는 경우가 일반적이다. 그러나 회귀 분석을 통한 조절효과 분석은 검정력이 약하다는 한계를 가지며(박현선 & 이상균, 2008), 적응유연성 모형을 적용한 연구에서 조절효과의 검증은 보다 적극적으로 시도될 필요가 있다는 판단에 따라서, 본 연구 결과 중 자아존중감의 조절효과는 통계적으로 유의한 것으로 해석하고자 한다.

요컨대, 자아존중감의 수준이 높을수록 건강상태에 대한 부정적인 인식이 삶의 만족도에 미치는 부적 영향이 줄어드는 것으로 나타났다. 즉, 건강상태에 대한 주관적 인식이 부정적일수록 삶의 만족도가 낮아지지만, 자아존중감이 조절효과를 보임으로써 삶의 만족도 향상에 기여할 수 있다는 것이다.

[표 8] 위험요인에 대한 보호요인의 조절효과

	Model 2			Model 3			Model 4			Model 5		
	B	S.E	β	B	S.E	β	B	S.E	β	B	S.E	β
성별	-.795	.185	-.181***	-.824	.184	-.187***	-.265	.062	-.181***	-.269	.062	-.184***
친부모 동거여부	-.076	.376	-.008	-.038	.376	-.004	-.027	.126	-.009	-.017	.126	-.006
부 교육수준	.033	.088	.016	.042	.088	.020	.010	.030	.014	.010	.030	.014
가구소득	.042	.038	.048	.035	.038	.040	.014	.013	.049	.014	.013	.047
중복질환 유무	.256	.186	.058	.274	.186	.062	.085	.062	.058	.086	.062	.058
질병 지장여부(A)	-.361	.184	-.080 ⁺	-.327	.184	-.073 ⁺	-.121	.062	-.081 ⁺	-.120	.062	-.080 ⁺
건강상태에 대한 부정적 인식(B)	-.457	.147	-.131***	-.522	.150	-.149***	-.151	.050	-.130**	-.154	.049	-.133**
자아존중감(C)	.207	.021	.478***	.205	.022	.473***	.688	.071	.477***	.688	.071	.477***
예정적 양육태도(D)	.163	.039	.197***	.167	.039	.021***	.218	.052	.197***	.216	.052	.195***
또래에 착(E)	.028	.022	.061	.030	.022	.065	.086	.066	.062	.095	.069	.068
A*C				-.038	.039	-.041						
B*C				.055	.028	.081 ⁺						
A*D							.012	.094	.005			
B*D							-.019	.075	-.010			
A*E										-.061	.119	-.021
B*E										-.032	.072	-.019
상수		1.217			1.298			.405			.384	
R ²		.533			.540			.533			.533	
Adj. R ²		.516			.521			.513			.514	
R ² change					.008 ⁺			.000			.001	
F		32.827***			28.001***			27.179***			27.243***	

⁺ p<.1, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

제6장 결론

제1절 분석결과의 요약

아토피 피부염은 청소년기에 높은 유병률을 보이는 만성질환으로 유병 청소년에게 신체적 영향은 물론이고, 심리사회적 측면에도 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 그러나 모든 아토피 피부염 청소년들이 부정적인 발달을 보이는 것은 아니며, 일부 유병 청소년들은 아토피 피부염에도 불구하고 긍정적인 발달 결과를 보이고 있다. 아토피 피부염 청소년의 부정적인 문제를 줄이고 긍정적인 발달을 지원하기 위해서는 그들 간의 발달상의 차이를 설명할 수 있는 변인을 확인하는 과정이 필요하다. 그러나 기존의 선행연구들은 아토피 피부염 청소년과 대조군을 비교하는데 초점을 두고 있으며, 아토피 피부염 청소년 집단 내부의 변량을 설명하기 위한 연구는 거의 시도되지 않았다는 한계가 있다.

이러한 선행연구의 한계를 극복하고 아토피 피부염 청소년의 긍정적인 발달을 지원하고자 본 연구에서는 적응유연성 모형을 통하여 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인과 보호요인을 확인하였다. 적응유연성 모형은 역경에 처한 아동·청소년의 위험요인과 보호요인을 확인함으로써, 아동·청소년이 어떤 과정을 통해서 좋은 발달 결과를 보이는지 살펴보기에 적합한 모형이다(Fraser, 2004; Luthar, 2000).

삶의 만족도는 총체적인 삶에 대한 인지적 평가를 반영하는 것으로(임남연 외, 2010, Diener et al., 1999), 긍정적인 상태를 측정하기 위한 대표적인 지표 중 하나이다. 최근 청소년 발달 관련 연구들에서는 좋은 발달을 부정적인 문제가 없는 것으로 이해하던 기존의 관점에서 벗어나서, 좋은 발달을 긍정적인 상태의 증진으로 이해하고자 하는 적극적인 노력을 이어가고 있다.

본 연구는 관련 선행연구들의 검토를 통하여 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인으로 일상생활 지장여부 및 건강상태에 대한 부정적 인식을 설정하고, 개인적, 가족적, 사회적 보호요인으로 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착을 설정하였다. 연구문제에 따라 위험요인의 주효과 모형, 보호요인의 주효과 모형, 보호요인의 상호작용 모형을 설정하고 검증하였다. 분석자료는 한국 아동청소년패널 중학교 1학년 코호트의 1차년도(2010년) 조사자료 중 아토피 피부염을 유병 중이라고 응답한 337명의 응답 내용이며, 연구가설의 통계적 검증은 위계적 다중회귀분석을 통해 이루어졌다.

각 연구문제 및 연구가설의 검증 결과는 다음과 같다.

첫째, <연구문제 1>은 질병 관련 위험요인이 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 미치는 영향을 확인하기 위한 것으로, 위험요인 주효과 모형을 통하여 검증하였다. 위험요인 주효과 모형은 청소년의 삶의 만족도와 관련되었다고 보고되는 통제변수들과 질병 관련 위험요인인 일상생활 지장여부, 건강상태에 대한 부정적 인식을 투입한 모형이다. 분석 결과, 통제변수들의 영향력을 통제한 상태에서도 두 위험요인의 부적 영향은 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다. 즉, 아토피 피부염으로 인해 일상생활에 지장을 받는 경우에 상대적으로 삶의 만족도가 더 낮으며, 주관적으로 인식하는 건강상태가 부정적일수록 삶의 만족도가 낮아진다는 것이다. 따라서 <연구가설 1-1>과 <연구가설 1-2>는 지지되었다.

둘째, <연구문제 2>는 개인적, 가족적, 사회적 보호요인의 삶의 만족도에 대한 영향을 확인하기 위한 것이다. <연구문제 2>의 검증을 위해 보호요인의 주효과 모형을 설정하였으며, 해당 모형은 앞서 검증한 위험요인의 주효과 모형에 보호요인을 추가로 투입한 모형이다. 즉, 보호요인의 주효과 모형에는 통제변수, 위험요인, 보호요인이 투입되었다. 검증 결과, 통제변수와 위험요인의 영향을 통제한 상태에서도 자아존중감과 애정적 양육태도는 삶의 만족도에 정적

영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도가 높아지며, 애정적 양육태도의 수준이 높을수록 삶의 만족도가 높아진다는 것이다. 이를 통해 <연구가설 2-1>과 <연구가설 2-2>는 지지되었다. 반면, 또래애착이 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 정적 영향을 미칠 것이라는 <연구가설 2-3>은 통계적으로 유의한 영향이 확인되지 않아 기각되었다.

셋째, <연구문제 3>은 위험요인이 삶의 만족도에 미치는 영향을 보호요인이 조절하는지 확인하기 위한 것으로, 검증을 위하여 보호요인의 상호작용 모형을 설정하였다. 보호요인의 상호작용 모형은 보호요인의 주효과 모형에 보호요인과 위험요인의 상호작용항을 투입하여 설정하였다. 분석결과, 애정적 양육태도의 상호작용 모형(Model 4)과 또래애착의 상호작용 모형(Model 5)은 R^2 변화량이 유의하지 않은 것으로 확인되었다. 자아존중감의 상호작용 모형(Model 3)의 R^2 변화량은 유의수준 .10에서 유의한 것으로 확인되었다. 자아존중감의 상호작용 모형 중 자아존중감과 일상생활 지장여부의 상호작용항은 통계적으로 유의하지 않았으나, 자아존중감의 건강상태에 대한 부정적 인식에 대한 조절효과는 유의한 것으로 확인되었다 ($\beta=.081$, $p<.1$, $p=.050$). 따라서 <연구가설 3-2>을 제외한 <연구문제 3>의 모든 가설은 기각되었고, <연구가설 3-2>는 통계적으로 미약한(marginal) 수준에서 지지되었다.

요컨대, 본 연구를 통해서 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인인 일상생활 지장여부, 건강상태에 대한 부정적 인식의 주효과와 보호요인인 자아존중감, 애정적 양육태도의 주효과가 검증되었다. 특히 통제변수와 위험요인, 보호요인을 포함하는 보호요인의 주효과 모형은 F값이 유의하며, 높은 설명량을 보여 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 살펴보기에 유용한 모형인 것으로 확인되었다. 보호요인의 상호작용 모형을 통해서 자아존중감의 건강상태에 대한 부정적 인식에 대한 조절효과가 검증되었다.

제2절 논의

1. 질병 관련 위험요인과 삶의 만족도

만성질환 청소년의 심리사회적 발달에 있어서 질병은 그 자체로 위험이지만, 유병 청소년 집단 안에서도 질병이 미치는 부정적 영향이 강할수록 심리사회적 발달에 더 큰 어려움을 겪을 수 있다. 본 연구에서는 일상생활에 지장을 줄 정도의 강한 질병의 영향과 건강상태에 대한 부정적 인식은 삶의 만족도에 위험요인으로 작용할 것으로 연구 가설을 설정하였다.

분석결과, 질병 관련 위험요인인 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식은 모두 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인인 것으로 확인되었다. 위험요인 주효과 모형을 통해 두 위험요인은 모두 삶의 만족도에 유의한 부적 영향을 미치는 것으로 검증되었다. 또한 보호요인의 주효과 모형에서 보호요인의 효과를 통제된 상태에서도 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 평가는 모두 삶의 만족도에 대해 유의한 부적 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

아토피 피부염으로 인한 질병 관련 위험요인이 유병 청소년의 발달에 부정적 영향을 미친다는 본 연구의 결과는 기존 선행연구들의 결과와 일치하는 것이다. 질병의 중증도는 만성질환 청소년의 발달에 있어서 대표적인 위험요인으로 지적되어 왔다(Dewolff, 2012; Hasse, 2004; Koinis Mitchell et al., 2004). 아토피 피부염 환자를 대상으로 한 선행연구들에서도 질병의 중증도가 높을수록 심리사회적 문제나 건강 관련 삶의 질 등에서 부정적인 결과의 가능성이 높아지는 것으로 보고된다(조수익 외, 2011; 조중범, 2012; Absolon et al., 1997). 또한 아토피 피부염 중증도와 건강 관련 삶의 질의 관계를 종단적으로 살펴본 연구에서는 중증도가 호전될 경우 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 확인되었다(조수익 외, 2012).

본 연구 결과를 통해서 아토피 피부염 청소년 집단 내부에서도 질병의 영향력이 심각할수록 삶의 만족도가 낮아짐이 확인되었다. 따라서 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 증진시키기 위해서는 질병으로 인한 신체적 문제의 부정적 영향을 감소시키기 위한 노력이 일차적으로 필요함을 알 수 있다.

아토피 피부염의 증상은 일순간에 치료될 수 있는 것이 아니다. 아토피 피부염은 알레르기성 질환으로 근본적인 치료는 알레르기원에 대한 면역체계의 변화를 가져오는 것이지만, 이는 현실적으로 불가능에 가깝다. 그러므로 아토피 피부염 청소년과 그의 부모들은 아토피 피부염의 치료의 목표를 완치에 둘 것이 아니라, 장기적인 증상 관리에 두고 지속적인 노력을 기울일 필요가 있다.

따라서 아토피 피부염의 효과적인 관리를 위해서는 유병 청소년 당사자의 자기 간호 능력 향상이 필요하다. 아토피 피부염의 증상 관리를 위한 악화 인자 회피, 피부 보습, 염증 치료는 일상생활 속에서 유병 청소년 본인의 지속적인 노력을 필요로 하게 되므로, 유병 청소년 본인은 일상생활에서 증상 관리 행동을 책임감 있게 수행할 필요가 있다. 그러나 유병 청소년들은 ‘귀찮음’, ‘치료방법이 까다로움’, 학교 및 학원 일정이 바쁨 ‘ 등을 이유로 질병 관리 행동을 알고 있음에도 불구하고 질병 관리 행동을 실천하기 어려워하는 경향이 있다(김가은, 2011). 이러한 자기 관리에 대한 환아의 비협조적인 태도는 증상 관리를 어렵게 만드는 중요한 요인이 된다(Paller, Mcalister, Doyle, & Jackson, 2002). 따라서 아토피 피부염 청소년들이 스스로 효과적인 증상관리자가 될 수 있도록 교육 및 서비스가 제공되어야 한다.

아토피 피부염 자녀를 둔 부모들을 대상으로는 정확한 정보를 토대로 한 교육이 제공되어야 할 것이다. 유병 청소년 본인과 함께 그의 부모들은 아토피 피부염 증상 관리의 중요한 주체이다. 아토피 피부염의 증상 관리를 위해서는 식생활 관리, 침구류 및 의복 관리,

집안 습도 및 위생 관리 등 유병 청소년이 직접 수행할 수 없는 것들이 많다. 아토피 피부염의 치료법 및 관리 방법도 유병 청소년 스스로가 결정하기보다 부모가 판단하여 결정하는 경우가 많다. 따라서 부모들이 아토피 피부염의 질환적 특성과 치료법에 대해서 정확한 정보를 습득하고 이해하는 것이 중요하다.

또한 아토피 피부염 청소년과 부모가 적절한 치료법을 지속하기 위해서는 피부과 전문가 집단과 협력적인 관계를 유지할 필요가 있다. 아토피 피부염 치료법의 지속에 가장 큰 영향을 미치는 심리사회적 요인은 부모-의사 관계인 것으로 나타났으며, 환자 부모와 의사 간의 좋은 관계는 환자 부모의 치료 상황에서의 자기효능감도 증진시키는 것으로 확인되었다(Ohya et al., 2001). 만성질환 자녀를 둔 부모의 치료 상황에서의 자기효능감은 질병 관리 행동 유지에 중요한 요인이다(오원옥 & 박은숙, 1998; 이혜림, 2011).

아토피 피부염 환자와 치료진 간의 협력적인 관계는 적절한 치료법을 결정하기 위해서도 중요하다. 우리나라에서는 스테로이드 연고에 대한 거부감이 높아서 피부과 전문의로부터 제시된 치료법이 조기 중단되는 경우가 많다(김광호 외, 2011; 최윤경, 2003). 전문의를 통한 치료법에 불신이 높은만큼 대체보완요법에 대한 관심이 높다. 아토피 피부염 환자들 중 80~90%는 대체보완요법만을 이용하고 있으며, 그들 중 대부분은 의료진이 아닌 비전문가를 통해서 대체보완요법을 선택하는 것으로 보고되고 있다(김동재 외, 2008; 김우경, 2008; 진현우 외, 2005). 비전문가와 부정확한 정보를 통해서 치료법을 적용할 경우, 증상을 악화시키거나 적절한 치료법의 적용을 어렵게 할 수 있다. 따라서 아토피 피부염 환자 및 가족과 피부과 전문가 집단은 서로 적극적으로 소통하고 협력하면서 아토피 피부염 청소년에게 가장 적절하고 효과적인 치료법과 증상관리행동을 확인해 나가야 할 것이다.

2. 보호요인과 삶의 만족도

본 연구에서는 적응유연성 모델을 적용하여 개인적, 가족적, 사회적 차원의 보호요인이 아토피 피부염 청소년 개인의 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는지 확인하고자 하였다. 본 연구에서는 선행연구 검토를 통해서 개인적, 가족적, 사회적 보호요인으로 각각 자아존중감, 애정적 양육태도, 또래애착을 설정하였다. 보호요인들이 삶의 만족도에 미치는 영향을 더욱 명확하게 검증하기 위하여 보호요인의 주효과 모형에는 보호요인과 함께 통제변수와 위험요인이 투입되었다. 보호요인 주효과 모형은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대해 높은 설명력($adj.R^2 = .516$)을 보임으로써, 본 연구에서 확인한 위험요인과 보호요인은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 중요한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 분석 결과, 통제변수와 위험요인을 통제된 상태에서도 자아존중감과 애정적 양육태도는 삶의 만족도에 정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 반면 또래애착은 본 연구모형에서는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

본 연구에서 보호요인으로 확인된 자아존중감은 다수의 청소년의 삶의 만족도 관련 연구들에서도 대표적인 보호요인으로 다루어지고 있다. 자아존중감이 높은 청소년은 있는 그대로의 자신에 대해서 만족하며, 자신의 강점을 인식하고, 약점을 알고 극복하려고 하며, 자신의 특성과 능력에 대해서 긍정적인 감정을 느낀다. 반면, 자아존중감이 낮은 청소년은 강점보다 지각되는 부적절함을 강조하며, 자신을 비우호적으로 보는 경향이 있다(Brown, 1998; Shaffer et al., 2012, pp.617-618에서 재인용). 따라서 자아존중감이 높을 경우 어려움이나 역경 속에서도 자신에 대해서 긍정적인 평가를 내리고, 위험의 상황에 적절히 대처하고 긍정적인 발달을 보일 가능성이 높다. 아토피 피부염 환자의 자아존중감과 삶의 만족도의 관계를 직접적으로 살펴보는 선행연구는 발견하지 못하였으나, Wittkowski 등

(2004)의 연구에서 성인 아토피 피부염 환자의 자아존중감과 피부질환 관련 삶의 질(DLQI)이 유의한 정적 상관관계가 있다고 확인된 바 있다. 해당 연구에서는 자아존중감과 건강 관련 삶의 질의 단순상관관계만이 확인되었으나, 본 연구를 통해서 자아존중감은 아토피 피부염 청소년의 보호요인으로서 삶의 만족도를 향상시키는데 기여할 수 있음을 확인하였다.

아토피 피부염 청소년은 증상 완화를 위해서 지속적인 자기 관리를 수행하게 하는데, 질환의 특성 상 아토피 피부염의 증상은 호전과 악화를 반복하게 된다. 호전과 악화를 반복하는 악순환 속에서 유병 청소년은 무력감과 실패감, 자기 관리에 실패했다는 죄책감을 느낄 수 있으며(김홍식 외, 1998; Gieler et al., 2002), 증상의 악화를 자기 관리의 실패나 잘못이라고 인식할 경우, 반복되는 실패의 경험을 통해서 부정적인 자아존중감이 형성될 가능성이 있다. 따라서 일시적인 증상의 악화를 실패로 인식하지 않는 태도가 필요하며, 만성 질환의 특성을 고려하여 질병 관리의 목표를 완치보다는 증상의 완화나 일상생활의 지장정도를 줄이는 것으로 설정해야 할 것이다.

아토피 피부염 증상 관리와 관련하여 가장 잦은 실패를 경험하는 것은 병변을 긁는 행동이며, 반복적인 실패의 경험은 전반적인 자아존중감을 저해할 가능성이 있다. 가려움증과 긁는 행동은 아토피 피부염의 대표적인 증상이자, 유병 청소년과 부모가 호소하는 가장 큰 어려움이다(Chamlin, 2006). 그러나 아토피 피부염 청소년들은 긁지 않는 것이 좋다는 것을 알면서도 긁는 행동을 참기 매우 어려워한다. 가려운 증상은 뇌의 자극을 통한 것으로 가려움을 참는 것만으로는 뇌의 자극을 해소할 수 없으며, 긁는 행동은 이러한 자극을 즉각적으로 해소시킨다(김광호 외, 2011). 즉, 가려움과 긁는 행동은 뇌의 자극과 그에 자연스런 반응행동으로, 아토피 피부염 청소년들이 가려움을 참는 것은 매우 어려운 일이다. 따라서 유병 청소년이 긁는 행동을 했다는 것이 비난 받거나 자기 관리에 실패한 것으로 인

식되어서는 안 된다. 물론 굶는 행동은 증상을 악화시키는 주요인으로 반드시 줄여나갈 필요가 있다. 그러나 굶는 행동을 줄이는 과정은 행동 자체에 부정적인 의미를 부여하는 것이 아니라 적절한 치료법을 통해서 병변의 가려움을 줄이는 방법으로 이루어져야 할 것이다.

부모의 애정적 양육태도는 자아존중감과 함께 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 보호요인으로 확인되었다. 만성질환 청소년에게 있어서 부모의 긍정적인 양육태도는 심리적 어려움을 경감시킬 수 있으며(Eiser, 1990), 부모와의 애정적인 관계는 환자의 건강행동 유지에 필수적인 조건 중 하나이다(Larsen & Lubkin, 2009). 아토피 피부염 아동, 청소년에게 있어서도 부모의 긍정적인 양육태도는 심리사회적 발달에 정적인 영향을 미친다고 보고된다(김가은, 2011; 정재석 외, 1999; 조숙행 외, 1990; Dennis, 2006; Im & Kim, 2012; Gil et al., 1987). 본 연구의 결과는 이러한 선행연구의 결과와 일치하는 것이다.

부모들은 자녀의 증상을 관리하는 과정에서 적절한 양육행동과 애정적인 태도를 보일 필요가 있으며, 이는 청소년의 욕구와 부합하는 방식으로 이루어져야 한다. 자녀의 아토피 피부염은 부모들에게 특수한 양육행동을 요구한다. 연고나 보습제를 발라주거나, 식사를 챙기고, 의복이나 침구를 관리하는 등의 질병 관리 행동은 아토피 피부염 청소년에 대한 중요한 양육행동이며, 그 과정에서 유병 청소년들은 부모의 양육태도를 평가하게 된다. 부모가 자녀의 아토피 피부염의 치료 과정에 적극적으로 참여할 경우, 유병 청소년은 부모의 양육태도를 긍정적으로 인식할 가능성이 높다. 또한 부모가 증상의 관리 행동들을 적극적으로 제공하는 것은 실제로 증상의 호전을 가져올 가능성이 높다는 점에서도 긍정적으로 평가된다. 그러나 증상의 관리 행동을 무조건 부모가 주도적으로 제공하는 것은 바람직하지 않을 수 있다. 청소년기는 만성질환 환자의 질병 관리의 책임이

부모에게서 점차 자녀에게로 이전되는 시기이다(Burroughs et al., 1997). 그러나 아토피 피부염 자녀를 둔 부모는 과보호적인 태도를 보이는 경향이 있으며(Pauli-Pott et al., 1999), 부모가 지나치게 과보호적이고 간호 역할에만 몰입할 경우 청소년 자녀의 독립성의 욕구가 충족되지 못할 가능성이 있다. 따라서 부모-자녀 간에 충분한 의사소통을 통해서 자녀가 필요로 하는 부모의 증상 관리 역할의 유형과 정도를 파악하는 것이 필요할 것이다.

아토피 피부염 청소년에 대한 부모의 정서적인 지지도 중요하다. 아토피 피부염 청소년들은 질병으로 인해 불안, 우울, 좌절감 등 부정적인 정서 상태를 경험할 가능성이 높으며(최승미 외, 2000; Carroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer, & Manuel, 2005), 부모들은 자녀의 이러한 부정적인 감정에 충분히 관심을 가지고 다루어줄 필요가 있다. 또한 부모들은 자신에게 있어 아토피 피부염 자녀가 친밀하고 애정적인 대상임을 표현하여야 할 것이다.

이처럼 아토피 피부염 자녀에게 질병적 특성을 고려한 양육태도를 보이는 것은 중요하지만, 부모가 제공하는 관심과 표현이 질병과 관련된 상황에 국한되어서는 안 된다(김광호 외, 2011). 아토피 피부염은 자녀의 특성 중 한 부분이지, 자녀의 모든 것을 결정하지는 않는다. 만성질환 청소년들은 청소년기에 일반적으로 요구되는 발달과업을 수행할 필요가 있으며, 환자의 역할 외에 가족, 친구, 학생 등으로서 다양한 역할을 수행하게 된다(강홍구, 2007; Taylor, Gibson, & Franck, 2008). 긍정적인 부모-자녀 관계는 심리적 적응, 사회적 적응, 학교 적응 등 다양한 발달 상황에서 공통되게 확인되는 보호요인이다(좌현숙, 2010). 따라서 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 자녀의 아토피 피부염 증상에 우선적인 관심을 보이기보다, 자녀들의 삶 전체에 관심을 가질 필요가 있다.

부모의 애정적 양육태도를 증진시키기 위해서는 부모의 스트레스를 완화하고, 스트레스에 대한 대처 자원을 강화할 필요가 있다. 자

녀의 만성질환으로 인한 긴장상태는 부모의 양육태도에 영향을 줄 수 있으며, 부모의 양육태도는 질병으로 인한 긴장상태에 순환적으로 영향을 미칠 수 있다(Wallander & Verni, 1998). 따라서 부모들의 자녀의 질환으로 인한 긴장상태와 스트레스는 적절히 다루어질 필요가 있다. 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 발병에 대한 죄책감, 증상 관리 실패로 인한 절망감, 자녀의 사회적 발달에 대한 걱정 등으로 높은 스트레스를 보이게 된다(Howlett, 1999; Lapidus et al., 2001; Lawson et al., 1998). 그러나 우리나라의 아토피 피부염 자녀를 둔 어머니들을 인터뷰한 결과, 질병으로 인한 스트레스에 대한 적절한 대처양식을 갖추지 못한 경우가 많은 것으로 나타났다(신채윤, 2004). 따라서 부모들이 아토피 피부염 자녀의 양육 상황에서의 스트레스를 적절히 관리할 수 있도록 지원함으로써, 부모 본인의 긴장상태를 완화하고 자녀에 대한 애정적인 양육태도를 증진할 수 있을 것이다.

마지막으로 사회적 보호요인으로 설정한 또래애착은 아토피 피부염 청소년들의 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 그러나 본 연구의 결과만으로 아토피 피부염 청소년들의 삶의 만족도에 있어서 또래애착이 중요하지 않다고 결론을 내리는 것은 어렵다.

본 연구에서 또래애착이 삶의 만족도에 미치는 영향의 통계적 유의성은 충족되지 않았지만, 그 결과는 ‘티핑 효과(tipping effect)’로 인한 것일 가능성이 있다. 티핑 효과란 독립변수들 간에 다중공선성의 문제가 있을 때 종속변수와 조금이라도 더 높은 상관성을 갖는 독립변수의 회귀계수가 확대되는 현상이다(Paul D. A., 1998; 김태근, 2006, p.277에서 재인용). 본 연구의 독립변수들 간의 상관관계와 VIF 수치는 다중공선성을 의심할 수 있는 일반적인 기준치를 초과하지는 않았지만, 또래애착과 자아존중감($r=.446, p<.000$), 또래애착과 애정적 양육태도($r=.360, p<.000$) 간에는 높은 상관관계가 있는

것으로 나타났다. 또한 각 보호요인과 종속변수 간의 상관관계를 살펴보면, 자아존중감($r=.653, p<.000$)과 애정적 양육태도($r=.443, p<.000$)는 또래애착($r=.377, p<.000$)에 비해 상대적으로 높은 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 보호요인 간의 상관관계, 보호요인과 종속변수 간의 상관관계를 고려하였을 때, 티핑 효과에 의해서 또래애착의 회귀계수의 축소되어 보고되었을 가능성이 있다.

따라서 아토피 피부염 청소년의 또래애착이 삶의 만족도에 유의한 변인이 아니라고 판단내리기보다, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에는 또래애착보다 자아존중감과 애정적 양육태도가 더 중요한 영향을 미치는 것으로 확인되었다고 조심스럽게 해석할 필요가 있다. 아토피 피부염 청소년의 또래애착이 삶의 만족도에 미치는 영향은 후속 연구를 통해 더욱 면밀히 살펴볼 필요가 있을 것으로 사료된다.

3. 보호요인의 조절효과

본 연구에서는 질병 관련 위험요인이 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 미치는 부적 영향이 보호요인의 수준에 따라 달라지는지 확인하고자 보호요인의 상호작용모형을 검증하였다. 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과가 확인될 경우, 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 발달을 지원할 효과적인 개입방법을 모색하는데 기여할 수 있을 것이다.

보호요인의 조절효과의 검증을 위해서 보호요인 주효과 모형에 위험요인과 각 보호요인의 상호작용항을 추가한 보호요인 상호작용 모형 세 가지를 분석하였다. 상호작용 모형의 R^2 변화량을 확인한 결과, 애정적 양육태도와 또래애착의 상호작용 모형은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

그러나 자아존중감과 건강상태에 대한 부정적 인식의 상호작용은 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다. 이는 건강상태에 대한 인식이 부정적일수록 삶의 만족도가 낮아지지만, 자아존중감이 높을수록 주관적 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 부적 영향이 작아짐을 의미한다. 따라서 아토피 피부염 청소년들의 삶의 만족도 향상을 위해서는 그들의 자아존중감을 높이기 위한 개입이 필요하다. 특히 건강상태에 대한 부정적으로 평가하는 경우, 자아존중감 향상을 위한 개입이 더욱 효과적일 수 있다.

자아존중감은 부정적인 신체상이 심리적 문제를 유발하는 과정에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 부정적인 신체상은 건강에 대한 주관적 평가와 심리적 결과에도 영향을 미치는 것으로 보고되며(강정주, 2000; Cash & Pruzinsky, 1990), 자아존중감은 신체상이 심리적 결과에 미치는 과정에 영향을 미친다(양여행, 2013). 특히 아토피 피부염과 같은 만성질환의 경우 건강상의 문제를 직접적으로 해결하기 어려우므로, 자신의 상황과 능력에 대해서 긍정적으로 인식하고 대처

하는 것이 중요하다. 아토피 피부염은 만성질환으로 유병 청소년의 일상생활에 지속적으로 영향을 미치고, 완치가 어렵고 증상의 호전과 악화를 반복한다는 특성을 갖는다. 따라서 아토피 피부염 청소년들은 자신의 건강상태에 대해서 부정적으로 평가하고, 부정적인 신체상을 형성할 가능성이 높다. 그러나 전반적인 자신의 가치에 대해서 긍정적으로 평가할 경우, 부정적인 신체상에도 불구하고 좋은 적응과 발달을 보일 수 있다. 자아존중감은 만성질환 청소년들이 질병의 부정적인 영향력을 극복하고 심리사회적 적응을 유지하는 내적 자원으로 작용할 수 있다(Martz, Livneh, & Wright, 2007). 높은 자아존중감을 가진 청소년은 자신의 어려움을 피하지 않고 직면하고, 어려움을 잘 관리할 수 있다는 긍정적인 태도를 보인다(김승원, 2000; 전나영, 2001; Bradshaw, & Brekke, 1999; Davey, Eaker, & Walters, 2003).

실제로 본 연구 결과를 통해서 자아존중감은 건강상태에 대한 부정적인 인식에 대한 조절효과를 가짐으로써, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 높이는데 기여하는 것으로 확인되었다. 따라서 아토피 피부염 청소년들이 만성질환으로 인한 건강상태에 대한 부정적인 인식 속에서도 높은 수준의 자아존중감을 유지함으로써 자신의 삶을 긍정적으로 평가할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

제3절 연구의 함의

1. 이론적 함의

본 연구의 이론적 함의는 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 전국 대표성을 가지는 자료를 활용하여 수행되어 우리나라 아토피 피부염 청소년 전반의 특성에 대해서 살펴볼 수 있었다. 아토피 피부염 환자를 대상으로 한 대부분의 선행연구는 병원, 간호 세팅에서 비확률표본추출을 통해 모집한 소수의 대상자를 통해 연구를 수행하여왔다. 연구자가 접근 가능한 환경에서 참여자를 모집하는 방식으로는 다수의 조사대상자를 모집하기 어려우며, 비확률 표집으로 수행된 연구는 외적 타당도를 확보하기 어렵다는 한계가 있다. 그러나 본 연구는 전국 대표성을 가지도록 설계된 한국아동청소년패널의 자료를 활용하여, 높은 외적 타당성을 갖추고 있다.

둘째, 본 연구는 아토피 피부염 청소년의 심리사회적 발달을 체계적으로 이해하고자 하였다는 점에서 의의를 가진다. 아토피 피부염 환자에 대한 연구는 대부분 신체적 증상에 초점을 두고 진행되고 있으며, 심리사회적인 문제와 관련된 연구는 아직 활발하게 이루어지고 있지 않은 실정이다. 본 연구에서는 긍정적인 측면에서 심리사회적 발달을 확인하는 삶의 만족도를 종속변수로 활용함으로써, 질병의 영향력 속에서도 긍정적인 발달을 보이는 청소년들의 특성을 이해하고자 하였다.

셋째, 본 연구에서는 적응유연성 모형을 적용함으로써 아토피 피부염 청소년의 발달을 지원하기 위한 구체적인 조건을 확인하였다. 일부 선행 연구들에서 아토피 피부염과 관련된 심리사회적인 문제를 밝혀오고 있으나, 주로 대조군과의 비교를 통하여 아토피 피부염 청소년의 상대적인 어려움을 확인하는 연구방법을 적용하여 왔다. 그러나 본 연구에서는 아토피 피부염이라는 동일한 질병을 가지고

있는 청소년들을 대상으로 인구사회학적 변수들을 통제한 상태에서도 삶의 만족도에 미치는 요인을 확인하였다는 점에서 의의를 가진다. 질병으로 인한 일상생활 지장여부와 건강상태에 대한 부정적 인식은 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 대한 위험요인으로 확인되었다. 보호요인으로는 자아존중감과 부모의 애정적인 양육태도가 확인되었다. 위험요인의 부적 영향을 완충하는 보호요인의 조절효과를 검증한 결과, 자아존중감은 건강상태에 대한 부정적 인식이 삶의 만족도에 미치는 부적 영향을 조절하는 것으로 확인되었다. 본 연구의 결과를 통해서 아토피 피부염 청소년의 긍정적인 심리사회적 발달을 지원하기 위한 구체적이고 실천적인 조건을 확인할 수 있었다.

2. 실천적 함의

아토피 피부염은 청소년기에 만연한 만성질환으로 현재 우리나라에서도 청소년기의 아토피 피부염 유병률은 조사에 따라 10~20%로 매우 높게 나타나고 있다. 아토피 피부염 청소년은 일반 아동들에 비해 상대적으로 정서적, 사회적 어려움을 겪을 수 있으므로, 그들에 대한 많은 관심과 적극적인 개입이 필요하다. 본 연구는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인을 검증함으로써, 그들의 삶의 만족도 향상에 중요한 변인들을 확인하고자 하였다. 본 연구를 통하여 일상생활 지장이 있을 정도로 강한 질병의 영향력과 건강상태에 대한 부정적 인식은 위험요인인 것으로 확인되었으며, 보호요인으로는 자아존중감과 애정적 양육태도가 확인되었다. 이를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 아토피 피부염 청소년과 그의 가족들이 효과적으로 증상을 관리할 수 있도록 아토피 피부염의 질병의 특성과 올바른 치료법에 대한 교육이 제공되어야 한다. 만성질환으로 인해 발생하는 부정적인 영향력의 수준은 질병의 중증도에 따라 달라질 수 있으며, 본 연구결과도 이를 지지하는 것으로 확인되었다. 따라서 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 향상시키기 위한 일차적인 과제는 아토피 피부염의 증상의 완화라고 할 수 있다. 아토피 피부염과 같이 다인자성 만성질환의 효과적인 관리를 위해서는 질병인식과 관리에 대한 교육이 필수적이다. 질병의 악화 원인과 자연경과, 치료방법, 영양, 예방 등에 대한 교육을 통해서 유병 청소년과 부모가 정확한 지식을 습득할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 아토피 피부염은 특히 치료 순응률이 낮고 대체보완의료의 이용률이 높은 질환으로, 부모들이 아토피 피부염의 질병적 특성과 효과적인 치료법에 대한 충분한 이해 속에서 자녀들의 증상관리가 이루어질 수 있도록 지원해야 한다.

둘째, 아토피 피부염 청소년을 위한 심리사회적 개입이 필요하다. 아토피 피부염 청소년을 대상으로 한 심리사회적 개입은 유병 청소년의 자기 관리 능력을 향상시키는데 기여할 수 있다. 아토피 피부염의 특성상 증상의 관리는 의료세팅 뿐만이 아니라 일상생활 속에서 주로 이루어지며, 유병 청소년은 자신의 증상을 관리하기 위한 적극적인 노력을 필요로 한다. 그러나 일부 아토피 피부염 청소년들은 질병 관리 행동을 알고 있음에도 불구하고 질병 관리 행동을 실천하기 어려워하며(김가은, 2011), 자기 관리에 대한 환자의 비협조적인 태도는 증상 관리를 어렵게 만드는 중요한 요인이 된다(Paller, Mcalister, Doyle, & Jackson, 2002). 굵기 행동에 대한 행동수정 프로그램이나 인지행동치료과, 증상 관리에 대한 동기강화 프로그램, 과제중심모델 등의 사회복지적 개입은 유병 청소년의 신체적 증상 관리행동 증진에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

또한 아토피 피부염 청소년의 부정적인 심리사회적 영향을 최소화하고 자아존중감을 향상시키기 위한 개입도 필요하다. 지속적인 스트레스 상황을 제공하는 아토피 피부염과 같은 만성질환에서는 의료적 접근과 함께 심리적 어려움을 다루기 위한 개입이 통합적으로 이루어질 필요가 있다(염혜영 외, 2012). 아토피 피부염 청소년들은 증상 관리의 실패, 외모의 변화 등으로 인해 자신이나 타인으로부터 부정적인 피드백을 형성할 가능성이 높다. 자신과 타인으로부터의 부정적인 피드백은 자아존중감을 낮추게 되고, 나아가 전체적인 삶의 만족도가 낮아지는 등의 부정적인 심리적 결과를 유발할 가능성이 높다. 심리사회적으로 긍정적인 적응을 유지하도록 지원하는 것은 신체적인 증상을 관리하는 것만큼이나 환자의 삶의 만족도를 위한 중요한 목표가 될 수 있다. 특히 자아존중감의 경우, 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도에 중요한 영향을 미치는 것으로 확인되었으므로, 아토피 피부염 청소년을 대상으로 자아존중감 향상을 위한 서비스를 제공할 필요가 있다.

셋째, 아토피 피부염 부모를 대상으로 한 교육 및 서비스를 제공할 필요가 있다. 본 연구를 통해 부모의 애정적인 양육태도는 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도를 향상하는데 기여할 수 있음이 확인되었다. 부모들에게 아토피 피부염 자녀가 질병의 상황 속에서도 자신에 대해서 긍정적으로 인식할 수 있도록 지원할 수 있는 부모의 양육태도 및 기술을 전달함으로써, 부모-자녀의 관계의 질을 향상하고 유병 청소년의 긍정적인 발달을 유도할 수 있을 것이다.

또한 유병 자녀의 양육 상황으로 인한 부모의 스트레스를 완화할 수 있도록 서비스를 제공할 필요가 있다. 아토피 피부염은 환자 개인에게 뿐만 아니라 가족 관계와 기능 전반에 영향을 미칠 수 있는 질병이며, 질병이 가족에 미치는 부정적인 영향은 아토피 피부염 청소년에게 다시 영향을 미칠 수 있다. 특히 아토피 피부염 자녀를 둔 부모들은 자녀의 증상에 대한 죄책감을 가지며, 자녀의 질병관리로 인해 높은 스트레스를 경험할 수 있다고 보고된다. 부모에게 아토피 피부염 자녀의 양육상의 스트레스를 완화할 수 있는 서비스를 제공함으로써 부모의 안녕을 증진하고 자녀에 대한 긍정적인 양육태도를 강화할 수 있을 것이다.

넷째, 아토피 피부염 환아와 부모의 심리사회적 지원을 위한 사회적 차원의 지원이 필요하다. 아토피 피부염은 높은 유병률을 보이고 있으며 질병에 대한 사회적 관심도 점차 늘어가고 있다. 아토피 피부염이 사회적 문제로 자리 잡아감에 따라서 아토피 피부염으로 인한 심리사회적 문제에 대한 사회적 접근도 필요한 시점으로 생각된다. ‘아토피·천식 안심학교’와 ‘아토피·천식 예방관리사업 시범보건소’는 아토피 피부염 환자들을 대상으로 한 가장 대표적인 정책적, 사회적 지원으로, 고위험 아동 관리, 질환 특성 및 응급상황 대처에 대한 교육, 예방관리 수칙 이행을 향상, 예방 및 관리로 조퇴 및 결석일수 감소의 4가지 주목표에 따라 운영되고 있다. 국가적 차원에서 아토피 질환의 심각성과 관리의 중요성을 인식하고 정책적 서비스를 제공하고 있다는 점은 긍정적으로 평가되지만,

심리사회적인 문제에 대한 대응은 이루어지고 있지 않다는 한계가 있다. 사회적 차원에서도 아토피 피부염과 관련된 심리사회적 문제의 중요성을 인지하고, 부정적인 심리사회적 결과를 다루고 긍정적인 심리사회적 발달을 지원하기 위한 방안 및 전달체계에 대한 고민이 필요할 것으로 보인다.

제4절 후속연구를 위한 제언

본 연구의 한계와 이를 바탕으로 한 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 한국아동청소년패널 조사를 통해 수집된 2차 자료를 활용한 것으로 국내 아토피 피부염 청소년의 일반적 상황을 확인하고, 전반적인 발달지표를 통한 아토피 피부염 청소년의 적응 유연성을 확인할 수 있었다. 그러나 아토피 피부염과 관련된 질병적 특성과 질병에 대한 아동의 태도나 인식 등은 반영할 수 없었다는 한계가 있다. 자아존중감과 애정적 양육태도는 일반 청소년들의 발달에도 보호요인으로 제시되고 있는 것들로, 본 연구 결과만으로는 두 보호요인이 아토피 피부염이라는 특수한 영향 속에서 어떤 과정과 기제를 통해서 보호효과를 보이는지 정확하게 파악할 수 없다. 따라서 후속 연구에서는 질병의 유병기간, 객관적인 중증도, 질병에 대한 태도, 대처 양식 등의 질병 관련 변인들을 연구에 포함하여 수행된다면, 아토피 피부염 청소년들의 삶의 만족도 증진을 위한 보다 구체적인 제언이 가능할 것으로 기대된다.

둘째, 본 연구는 한국아동청소년패널 조사 중 중학교 1학년 코호트의 1차년도(2010년) 조사자료를 통해 수행되었다. 따라서 본 연구 결과를 통해 변인 간의 인과관계는 설명할 수 없으며, 다른 연령층에 대한 설명은 제시할 수 없다. 본 연구의 계획이 수행되는 시점에서 한국아동청소년패널 조사는 2차년도 조사까지 공개가 되었고 주요 변수들이 3년 간격으로 측정되도록 계획되어 있어서 종단적 연구모형 설정이 불가하였으며, 코호트 간 주요 변수의 측정여부가 일치하지 않아서 연령 간 비교를 위한 연구 모형 설정이 어려운 상황이었다. 한국아동청소년패널 조사는 초등학교 1학년, 초등학교 4학년, 중학교 1학년의 3개 코호트를 대상으로 7차년도 조사까지 진행될 예정으로 패널 조사가 진행됨에 따라서 다양한 연령층을 대상으로 하고, 종단적 연구 모형을 적용한 연구를 수행할 필요가 있다.

셋째, 후속 연구에서는 아토피 피부염 청소년의 성별에 따른 차이에 대한 검토를 시도할 수 있을 것이다. 아토피 피부염 아동, 청소년을 대상으로 건강 관련 삶의 질을 살펴본 연구들에서는 성별에 따른 유의한 차이가 보고되고 있으며, 본 연구에서도 성별은 통제변수 중 유일하게 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 확인된 변인이다. 따라서 후속 연구에서는 성별에 따라서 아토피 피부염 청소년의 삶의 만족도의 수준이 차이가 있는지, 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인이 다르게 나타나는지 살펴볼 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 강병철. (2011). 사회적 낙인 인식이 성소수자의 삶의 만족도에 영향을 미치는 과정. 박사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 강정주. (2000). 신체상에 대한 만족도와 스트레스 대처방식의 관계. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 강흥구. (2007). 의료사회복지실천론. 파주: 학현사.
- 고려대학교, 행동과학연구소. (2000). 심리척도 핸드북. 서울: 학지사.
- 고영남. (2008). 중학생의 부 애착, 모 애착, 또래 애착 및 주관적 안녕감의 관계. 열린교육연구. 16(2), 111-131.
- 고혜영. (2012). 자아존중감과 또래애착을 매개로 한 부모양육태도와 중학생의 삶의 만족도. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 권석만. (2008). 긍정 심리학. 서울: 학지사.
- 권중돈 & 김동배. (2006). 인간행동과 사회환경. 서울: 학지사.
- 기화, & 정남운. (2004). 만성질환 아동을 둔 가족의 심리적 적응에 관한 가족 탄력성 모형의 검증. 한국심리학회지, 9(1), 1-24.
- 김가은. (2011). 청소년 아토피 환자의 건강행동에 영향을 미치는 가족관계요인. 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 서울.
- 김광호, 김미지, 한영신, 장은영, & Ebs 다크프라임, 제. (2011). 내 아이의 전쟁 알레르기. 서울: 지식채널.
- 김동재, 김진우, 하석준, 박영민, 이현정, 고보경, 변대규. (2001). 아토피피부염 환자의 민간요법에 관한 연구. 대한피부과학회지, 39(1), 16-21.
- 김동희. (2010). 아토피피부염 환자의 행동문제 관련 요인 분석. 한국모자보건학회지, 14(2), 206-214.
- 김동희, & 유일영. (2010). 만성질환아의 극복력(Resilience) 측정도구 개발. 대한간호학회지, 40(2), 236-246.
- 김동희, 조성은, & 염혜영. (2010). 학동기 아토피피부염 환자의 행

- 동문제와 부모 양육태도 및 학교생활과의 관계. 소아알레르기 및 호흡기학회지, 20(3), 197-205.
- 김명자, & 송경애. (1990). 류마티스양 관절염환자의 불편감, 자기 존중감, 성격 및 삶의 만족도간의 관계. 대한간호학회지, 20(2), 185-194.
- 김문선. (2013). 부모의 양육행동, 청소년의 또래애착 및 삶의 만족도가 1년 후 학교생활적응에 미치는 영향. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김미정. (2007). 한국 간질 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요소. 석사학위논문, 울산대학교 일반대학원, 울산.
- 김승원. (2000). 청소년의 스트레스 대처양식과 관련변인. 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원, 서울
- 김신영, 임지연, 김상욱, 박승호, 유성렬, 최지영, & 이가영. (2006). 한국 청소년발달 지표조사 I : 결과부문 측정지표 검증. 한국청소년개발원 연구보고서, -(2), 1-161.
- 김아름. (2011). 청소년의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 석사학위논문, 경북대학교 대학원, 대구.
- 김우경. (2008). 아토피피부염의 대체보완요법. 소아알레르기 및 호흡기학회지, 18(4), 273-275.
- 김은정, 김형욱, & 박영민. (2008). 아토피피부염 환자의 삶의 질과 경제적 부담에 관한 연구. 대한피부과학회지, 46(2), 160-170.
- 김의철, 홍천수, 이정권, & 박영신. (2005). 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인에 대한 분석: 자기효능감, 사회적 지원 및 질병관리를 중심으로. 한국심리학회지 사회문제, 11(2), 143-181.
- 김은선. (2009). 아토피 피부염 아동을 둔 어머니의 양육효능감에 영향을 미치는 요인. 석사학위논문, 숭실대학교 대학원, 서울.
- 김은정. (2006). 초기 청소년 자녀의 자아존중감에 미치는 가정 내 사회자본의 역할과 특성에 관한 연구. 가족과 문화, 18(3), 33-61.

- 김정연, & 정현주. (2008). 청소년의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 사회복지리뷰, 13(-), 171-190.
- 김지경, 백혜정, 임희진, & 이계오. (2010). 한국아동 • 청소년패널조사2010 I. 한국청소년개발원 연구보고서, 2010(12), 1-236.
- 김지연. (1995). 청소년기 애착과 자아존중감의 관계. 석사학위논문, 숙명여자대학교 대학원, 서울.
- 김태근. (2006). (u-Can)회귀분석. 서울: 인간과복지.
- 김혜원, & 홍미애. (2007). 연구논문 : 우리나라 청소년들의 삶의 질 정도와 설명요인 분석. 청소년학연구, 14(2), 269-297.
- 김홍식, 신용우, 박향준, 김유찬, & 이경규. (1998). 원저 : 소아 아토피 피부염 환자의 우울 및 불안에 관한 임상적 연구. 대한피부과학회지, 36(4), 628-634.
- 나혜경. (2006). 아토피 아동 어머니의 양육스트레스에 관한 현상학적 연구. 석사학위논문, 경성대학교 사회복지대학원, 부산.
- 문주령. (2005). 선천성 심질환 청소년의 삶의 질 예측모형 개발. 박사학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울.
- 박소연, & 이홍직. (2013). 청소년의 주관적 행복감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 스트레스연구, 21(2), 73-84.
- 박찬남. (2009). 신대체요법 환자들의 기분상태와 삶의 질. 석사학위논문, 한양대학교 행정•자치대학원, 서울.
- 박창근, 박천욱, & 이철현. (2007). 원저 : 유,소아기 아토피피부염이 환자의 삶의 질과 가족에 미치는 영향. 대한피부과학회지, 45(5), 429-438.
- 박현선. (1998a). 빈곤 청소년의 학교 적응유연성(Resilience) 발달메커니즘. 청소년학연구, 5(3), 147-165.
- 박현선. (1998b). 빈곤청소년의 위험 및 보호요소가 학교 적응유연성에 미치는 영향. 사회복지연구, 11(1), 23-52.
- 박현선. (1998c). 빈곤청소년의 학교 적응유연성. 박사학위논문, 서울

- 대학교 대학원, 서울.
- 박현선, & 이상균. (2008). 청소년기 비행친구의 영향에 대한 보호요인의 조절효과 -자아존중감, 부모애착 및 지도감독을 중심으로. *사회복지연구*, 37(-), 399-427.
- 보건복지가족부, 질병관리본부, & 교육과학기술부. (2012). 제8차 (2012년) 청소년건강행태온라인조사 통계. 보건복지가족부 질병관리본부, 청원군.
- 보건복지부. (2005). *한국인의 질병부담*. 서울: 보건복지부 기술연구개발사업.
- 보건복지부. (2006). (건강증진목표 설정을 위한) 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구. 울산대학교의과대학 건강증진사업지원단.
- 서영석. (2010). 상담심리 연구에서 매개효과와 조절효과 검증: 개념적 구분 및 자료 분석 시 고려 사항. *한국심리학회지*, 22(4), 1147-1168.
- 서은국, & 구재선. (2011). 단축형 행복 척도(COMOSWB) 개발 및 타당화. *한국심리학회지*, 25(1), 96-114.
- 선동신. (2011). 알레르기 질환에서 심리사회적 문제에 관한 연구. 석사학위논문, 순천향대학교, 아산.
- 신미, 전성희, & 유미숙. (2012). 초기 청소년의 사회적 관계, 자아존중감, 삶의 만족, 학교생활적응 간의 관계 분석. *아동학회지*, 33(1), 81-92.
- 신채윤. (2004). 아토피 피부염이 있는 자녀를 둔 어머니의 양육태도, 스트레스, 대처방식에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 신현숙. (2003). 적응유연성 연구의 전망: 개념 및 방법론적 문제와 학교. *교육학연구*, 41(2), 431-456.
- 심현옥. (1994). 학령기 및 청소년기 당뇨병환자의 자아 존중감과 자가

- 간호와의 상관관계 연구. 군진간호연구, 13(-), 108-130.
- 양동욱. (2014). 주관적 계층의식이 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 미치는 영향. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 양여행. (2013). 한국과 대만 초등학생의 신체상과 자아존중감이 행복감에 미치는 영향. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 양오석. (2013). 경영 연구를 위한 조절효과(Moderating Effect) 검증 방법에 대한 엄밀성 제고. 한국국제경영관리학회 학술발표대회 논문집, 2013(11), 478-508.
- 오원옥, & 박은숙. (1998). 암환아 부모의 질병에 대한 불확실성, 자기효능감 및 대처정도. 아동간호학회, 4(2), 274-285.
- 유승민. (2011). 서울 지역을 대상으로 모집된 유·소아기 아토피피부염 환아의 삶의 질과 경제적 비용 부담에 관한 조사. 석사학위논문, 경희대학교 대학원, 서울.
- 유정란. (2004). 청소년의 삶의 질에 관련된 인구사회학적 변인, 스트레스 변인 및 대처방식. 석사학위논문, 충북대학교 대학원, 청주.
- 유정원. (2011). 빈곤이 청소년의 삶의 질에 미치는 영향. 박사학위논문, 경기대학교 일반대학원, 수원.
- 유진호. (2012). 알레르기 행진; 아토피피부염에서 천식으로의 이행. 천식 및 알레르기, 32(3), 137-143.
- 이경희, & 유영달. (2006). 동거부모형태에 따른 청소년이 지각한 가족기능성과 심리적 안녕. 가족과 문화, 18(2), 115-138.
- 이미현, & 김정규. (2012). 청소년의 신체상이 사회불안에 미치는 영향; 자기효능감의 매개효과. 청소년 문화포럼, 31(-), 61-83.
- 이상미, 박영신, 김의철, 양계민, 정갑순, & 권혁호. (2000). 초, 중, 고등학생의 생활만족도 차이와 형성 및 영향. 한국심리학회지, 5(1), 94-118.
- 이수미. (2011). 초등학생이 지각한 행복감과 학교생활적응에 대한 연구. 석사학위논문, 경희대학교 교육대학원, 서울.

- 이수하. (2005). 부모애착 및 또래애착과 청소년의 학교생활적응간의 관계. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원, 서울.
- 이연옥. (2011). 청소년 삶의 만족도 영향요인에 관한 연구. 석사학위 논문, 경북대학교 과학기술대학원, 상주.
- 이이순. (2011). 아토피 피부염 아동 어머니와 일반아동 어머니의 삶의 만족도와 정신건강. 석사학위논문, 중앙대학교 사회개발대학원, 서울.
- 이주리. (2009). Data Mining을 이용한 중학생의 삶의 만족도에 대한 보호요인 및 위험요인 탐색. 아동학회지, 30(1), 11-25.
- 이현웅, & 곽윤정. (2011). 초기 청소년의 학교생활 및 삶에 대한 만족도에 미치는 영향 변인 연구. 청소년학연구, 18(7), 59-83.
- 이현주, 이미나, & 최인수. (2008). 한국 청소년 안녕감 척도 (K-WBSA)의 타당화 및 삶의 질 분석. 교육심리연구, 22(1), 301-315.
- 이혜림. (2011). 요로감염 환자 어머니의 부모 효능감, 요로감염 관련 지식 및 예방행위 실천. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 임남연, 이화령, & 서은국. (2010). 한국에서의 Diener의 삶의 만족 척도 (Satisfaction With Life Scale: SWLS)사용 연구 개관. 한국심리학회지, 29(1), 21-47.
- 전나영. (2001). 암환아의 질병적응 관련요인 분석. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 정선아. (2012). 고등학생이 지각한 부모의 양육태도와 또래관계가 자아존중감에 미치는 영향. 석사학위논문, 동국대학교, 서울.
- 정수진, 김규한, 김도원, 김성진, 김인주, 김창욱, 육숙정. (2005). 아토피 피부염 학회 보고서: 한국 소아형 아토피 피부염의 임상적 특징에 대한 연구. 대한피부과학회지, 43(11), 1497-1509.
- 정재석, 김규한, & 홍강의. (1999). 아토피피부염 소아 청소년에서의

- 정신병리와 양육태도 연구. 소아·청소년정신의학, 10(1), 34-42.
- 조명한, 김정오, & 권석만. (1994). 청소년 삶의 질. 사회과학과 정책 연구, 16(2), 61-94.
- 조복희, 오세영, 정자용, 이형민. (2008). 아토피피부염 아동의 문제 행동, 자아역량인식, 사회적 능력과 양육스트레스와의 관계. 대한 가정학회지, 46(5), 13.
- 조성연, 김혜원, & 김민. (2011). 생태학적 맥락에 따른 청소년의 삶의 만족도. 대한가정학회지, 49(3), 87-98.
- 조성은, 전지은, 조하나, 손동국, 김혜원, 이수형, & 염혜영. (2010). 아토피피부염 통합치료 프로그램에서의 심리적 개입의 실제. 천식 및 알레르기, 30(2), 100-109.
- 조수익, 김진혜, 정보영, 안인수, 김혜원, 박천욱, & 이철현. (2011). 소아청소년 아토피피부염 환자의 삶의 질. 대한피부과학회지, 49(5), 415-421.
- 조숙행, 오칠환, & 정휘정. (1990). 아토피 피부염 환자 어머니의 정서상태 및 가족기능에 관한 예비적 연구. 대한피부과학회지, 28(5), 535-542.
- 조영임, & 박정애. (2004). 당뇨병환자가 지각한 자아존중감, 건강상태 및 삶의 질과의 관계. 동남보건대학 논문집, 22(2), 47-60.
- 조중범, 이정현, 서정민, 유정석, 이호석, 박은아, 안강모. (2012). 아토피피부염의 중증도 변화에 따른 삶의 질 변화. 소아알레르기 및 호흡기 학회지, 22(1), 86-99.
- 좌현숙. (2010). 빈곤 청소년의 적응유연성 영역간 종단적 상호관계: 심리, 사회, 학교 영역을 중심으로. 사회복지연구, 41(2), 247-278.
- 지혜미, 김경원, 김창수, 손명현, 신동천, & 김규언. (2009). 2006년 초등학생의 알레르기 질환 유병률의 전국적 역학조사. 소아알레르기 및 호흡기 학회지, 19(2), 165-172.
- 진현우, 장호선, 장봉석, 조주현, 김문범, 오창근, 권경술, 권유욱.

- (2005). 아토피피부염 환자의 대체의학 이용 실태에 관한 연구. *대한피부과학회지*, 43(7), 903-911.
- 최승미, 신민섭, 정진엽, & 김중술. (2000). 만성적인 신체질환 및 장애를 지닌 아동의 심리적 특성: 자기개념 및 스트레스에 대한 양상 비교. *소아청소년정신의학*, 11(2), 252-261.
- 최영희, 김민선, & 서영석. (2012). 한국판 청소년또래애착 척도 타당화 연구: 고등학생들을 대상으로. *한국심리학회지*, 24(2), 273-296.
- 최윤경. (2003). 인터넷상에서 자조집단 활동을 하는 아토피 피부염 환자와 가족의 증상관리에 관한 연구. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- 한순미, & 한순미. (2011). 가정환경의 건강성이 청소년의 정서지능, 사회지능 및 행복도에 미치는 영향. 박사학위논문, 인하대학교 대학원, 인천.
- 함정희, 김성현, 황규광, 조소연, & 신나라. (2000). 소아기 아토피 피부염이 가족에 미치는 영향에 관한 연구. *대한피부과학회지*, 38(4), 494-499.
- 허묘연. (1999). 청소년이 지각한 부모 양육행동 척도 개발 연구. 박사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 허영호. (2007). 아토피피부염 환자 어머니의 사회적 지지, 불안과 우울에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원, 서울.
- 황창순. (2006). 초기 청소년기의 부모 및 또래애착과 애착의 변화. *한국청소년연구*, 17(1), 201~225.
- 황혜원. (2011). 청소년의 삶의 질에 영향을 미치는 보호체계 요인에 관한 연구. *청소년학연구*, 18(3), 1-26.
- Absolon, CM, Cottrell, D, Eldridge, SM, & Glover, MT. (1997). Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *British Journal of Dermatology*,

137(2), 241-245.

- Arabiya, Diana H, Al Jabery, Mohammad, & Wardam, Lina. (2013). Screening for anxiety symptoms and social desirability in children and adolescents living with chronic illnesses in Jordan. *Journal of Child Health Care*, 17(1), 62-71.
- Barnetson, Ross St C, & Rogers, Maureen. (2002). Childhood atopic eczema. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7350), 1376.
- Beasley, Richard. (1998). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *The Lancet*, 351(9111), 1225-1232.
- Ben-Arieh, Asher. (2005). Where are the children? Children's role in measuring and monitoring their well-being. *Social Indicators Research*, 74(3), 573-596.
- Ben-Gashir, MA, Seed, PT, & Hay, RJ. (2002). Are quality of family life and disease severity related in childhood atopic dermatitis? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16(5), 455-462.
- Ben-Gashir, MA, Seed, PT, & Hay, RJ. (2004). Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 150(2), 284-290.
- Bradshaw, J., & Richardson, D. (2009). An index of child well-being in Europe. *Child Indicators Research*, 2(3), 319-351.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 545-553.
- Carroll, Christie L, Balkrishnan, Rajesh, Feldman, Steven R, Fleischer, Alan B, & Manuel, Janeen C. (2005). The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatric dermatology*, 22(3), 192-199.

- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*: Guilford Press.
- Chamlin, S. L. (2006). The psychosocial burden of childhood atopic dermatitis. *Dermatologic therapy*, 19(2), 104-107.
- Cole, D. A., Martin, J. M., & Powers, B. (1997). A Competency-based Model of Child Depression: A Longitudinal Study of Peer, Parent, Teacher, and Self-evaluations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 505-514.
- Coleman, James S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, S95-S120.
- Compas, B. E., Hinden, B. R., & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46(1), 265-293.
- Davies, D. (2004). *Child development: A practitioner's guide*: Guilford Press.
- Daud, L., Garralda, M., & David, T. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood*, 69(6), 670-676.
- Dennis, Hannah, Rostill, Helen, Reed, Julie, & Gill, Steve. (2006). Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. *Journal of Child Health Care*, 10(2), 126-139.
- Dewolff, Darla Kim. (2012). In Search of Resilience and Positive Health Outcomes in Low-Income Adolescents with Asthma.
- Diener, Ed, & Diener, Marissa. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653.
- Diener, Ed, Suh, Eunkook M, Lucas, Richard E, & Smith, Heidi L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress.

Psychological bulletin, 125(2), 276.

- Ehlers, Anke, Osen, Anja, Wenninger, Kerstin, & Gieler, Uwe. (1994). Atopic dermatitis and stress: possible role of negative communication with significant others. *International journal of behavioral medicine*, 1(2), 107-121.
- Ehlers, Anke, Stangier, Ulrich, & Gieler, Uwe. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 624.
- Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1), 85-98.
- Fergus, Stevenson, & Zimmerman, Marc A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Fraser, Mark W, Galinsky, Maeda J, & Richman, Jack M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23(3), 131-143.
- Fraser, Mark W, Kirby, Laura D, & Smokowski, Paul R. (2004). *Risk and resilience in childhood: NASW press*.
- Fujita, Frank, & Diener, Ed. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 158.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459.
- Gieler, U., Niemeier, V., Brosig, B., & Bender, B. G. (2002). Psychoimmunology and evaluation of therapeutic approaches. *Atopic Dermatitis*, 43.

- Glanz, K., Rimer, B. K., Lewis, F. M. 유태균, & 유혜라 역. (2009). 건강행동과 건강교육. 서울: 군자.
- Graham, Hilary, & Power, Chris. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child: care, health and development*, 30(6), 671-678.
- Greene, Roberta R. (2002). *Review of Resiliency: An Integrated Approach to Practice, Policy, and Research*: Educational Publishing Foundation.
- Haase, Joan E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N., & Rutter, M. (1994). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*: Wiley Online Library.
- Halvorsen, J. A., Braae Olesen, A., Thoresen, M., Holm, J. Ø., & Bjertness, E. (2008). Comparison of self-reported skin complaints with objective skin signs among adolescents. *Acta dermato-venereologica*, 88(6), 573-577.
- Helmbold, PETER, Gaisbaur, G, Kupfer, JOÈRG, & Haustein, Uwe-Frithjof. (2000). Longitudinal case analysis in atopic dermatitis. *ACTA DERMATOVENEREOLOGICA-STOCKHOLM-*, 80(5), 348-352.
- Heubner, Suldo, & Valois. (2005). Children's Life Satisfaction. In K. A. Moore & L. H. Lippman (Eds.), *What do Children Need to Flourish* (Ch.2, pp. 41-59). New York: Springer.
- Hilliard, Marisa E, Harris, Michael A, & Weissberg-Benchell, Jill. (2012). Diabetes resilience: A model of risk and protection in Type 1 Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 739-748.

- Hon, KLE, Kam, WYC, Lam, MCA, Leung, TF, & Ng, P CDLQI. (2006). CDLQI, SCORAD and NESS: are they correlated? *Quality of Life Research*, 15(10), 1551-1558.
- Hon, KLE, Leung, TF, Wong, KY, Chow, CM, Chuh, A, & Ng, PC. (2008). Does age or gender influence quality of life in children with atopic dermatitis? *Clinical and experimental dermatology*, 33(6), 705-709.
- Hooker, Karen, & Siegler, Ilene C. (1992). Separating apples from oranges in health ratings: Perceived health includes psychological well-being. *Behavior, Health, & Aging*.
- Howlett, S. (1999). Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *British Journal of dermatology*, 140, 381-384.
- Huang, Min-Feng. (2009). Resilience in chronic disease: the relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes.
- Huebner, E Scott. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1-2), 3-33.
- Im, Y. J., & Kim, D. H. (2012). Factors associated with the resilience of school-aged children with atopic dermatitis. *Journal of clinical nursing*, 21(1-2), 80-88.
- Kellerman, Jonathan, Zeltzer, Lonnie, Ellenberg, Leah, Dash, Jerry, & Rigler, David. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of pediatrics*, 97(1), 126-131.
- Kemp, Andrew S. (2003). Cost of illness of atopic dermatitis in children. *Pharmacoeconomics*, 21(2), 105-113.

- King, Ross M, & Wilson, George V. (1991). Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *Journal of psychosomatic research*, 35(6), 697-706.
- Kline, R. B. 이현숙, 김수진, & 전수현 역. (2010). 구조방정식모형. 서울: 학지사.
- Kodama, Atsuko, Horikawa, Tatsuya, Suzuki, Takaaki, Ajiki, Wakiko, Takashima, Tsutomu, Harada, Susumu, & Ichihashi, Masamitsu. (1999). Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *Journal of allergy and clinical immunology*, 104(1), 173-176.
- Koinis Mitchell, Daphne, Klein Murdock, Karla, & McQuaid, Elizabeth L. (2004). Risk and resilience in urban children with asthma: A conceptual model and exploratory study. *Children's Health Care*, 33(4), 275-297.
- Kyngäs, Helvi. (2004). Support network of adolescents with chronic disease: adolescents' perspective. *Nursing & health sciences*, 6(4), 287-293.
- Lapidus, CS, & Kerr, PE. (2001). Social impact of atopic dermatitis. *Medicine and health, Rhode Island*, 84(9), 294.
- Lawson, V, Lewis-Jones, MS, Finlay, AY, Reid, P, & Owens, RG. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *British Journal of Dermatology*, 138, 107-113.
- Lewis-Jones, MS. (2006). A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *British Journal of Dermatology*, 155(1), 145-151.
- Lewis-Jones, MS, & Finlay, AY. (1995). *The Children's Dermatology*

- Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *British Journal of Dermatology*, 132(6), 942–949.
- Lewis-jones, S. (2006). Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International journal of clinical practice*, 60(8), 984–992.
- Linnert, J., & Jemec, G. (1999). An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 140, 268–272.
- Lippman, Laura H, Moore, Kristin Anderson, & McIntosh, Hugh. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425–449.
- Luthar, Suniya S, Cicchetti, Dante, & Becker, Bronwyn. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562.
- MacLeod, Jessica S. (2009). *The Everyday Lives of Adolescent Girls with Epilepsy: A Qualitative Description*. faculty of the University Graduate School in partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in the School of Nursing, Indiana University.
- Martz, E., Livneh, H., & Wright, B. (2007). *Coping with chronic illness and disability*: Springer.
- Masten, Ann S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Ohya, Y., Williams, H., Steptoe, A., Saito, H., Iikura, Y., Anderson, R., & Akasawa, A. (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *Journal of investigative dermatology*, 117(4), 852–857.

- Paller, Amy S, Mcalister, Robert O, Doyle, Joseph J, & Jackson, Archi. (2002). Perceptions of physicians and pediatric patients about atopic dermatitis, its impact, and its treatment. *Clinical pediatrics*, 41(5), 323-332.
- Pauli-Pott, U., Darui, A., & Beckmann, D. (1999). Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *psychotherapy and psychosomatics*, 68(1), 39-45.
- Reid, P, & LEWIS-JONES, MS. (1995). Sleep difficulties and their management in preschoolers with atopic eczema. *Clinical and experimental dermatology*, 20(1), 38-41.
- Ring, J, & Palos, E. (1986). Psychosomatic aspects of parent-child relations in atopic eczema in childhood. II. Child-rearing style, the family situation in a drawing test and structured interview]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 37(11), 609.
- Rutter, Michael. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Seigel, Warren M, Golden, Neville H, Gough, James W, Lashley, Marc S, & Sacker, Ira M. (1990). Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(6), 501-504.
- Shaffer, D. R., Kipp, K., 송길연, 장유경, 이지연, & 정윤경. (2012). 발달심리학. 서울: Cengage Learning.
- SOLOMON, C RUTH, & GAGNON, CLAIRE. (1987). Mother and child characteristics and involvement in dyads in which very young children have eczema. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 8(4), 213-220.

- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour research and therapy*, 32(5), 497-502.
- Spratling, Regena, & Weaver, Scott R. (2012). Theoretical Perspective: Resilience in Medically Fragile Adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 26(1), 54-68.
- Staab, Doris, Diepgen, Thomas L, Fartasch, Manigé, Kupfer, Jörg, Lob-Corzilius, Thomas, Ring, Johannes, . . . Schnopp, Christina. (2006). Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *Bmj*, 332(7547), 933-938.
- Stein, R. E., & Riessman, C. K. (1980). The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Medical care*, 18(4), 465-472.
- Su, John C, Kemp, Andrew S, Varigos, George A, & Nolan, Terence M. (1997). Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Archives of disease in childhood*, 76(2), 159-162.
- Taylor, Rachel M, Gibson, Faith, & Franck, Linda S. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 17(23), 3083-3091.
- Wallander, Jan L, & Varni, James W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 29-46.
- Wittkowski, A., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *Journal of psychosomatic research*, 57(2), 195-200.
- Yosipovitch, G, Goon, ATJ, Wee, J, Chan, YH, Zucker, I, & Goh,

CL. (2002). Itch characteristics in Chinese patients with atopic dermatitis using a new questionnaire for the assessment of pruritus. *International journal of dermatology*, 41(4), 212-216.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of life Research*, 14(6), 1573-1584.

부록. 측정도구 설문문항

● 만성질환 유병여부 및 지장여부(부모 설문)

문5) ‘이 학생’은 중학생이 된 이후 아래와 같은 건강상의 문제가 있었습니까? 그 문제 때문에 일상생활 및 공부에 얼마나 지장을 받고 있습니까? 아래 해당 칸에 건강 문제 유무를 ○표로 표시하고 건강 문제가 있다면 그에 따라 일상생활 및 공부에 지장을 받는 정도에 ○표 해 주십시오.

	㉑ 건강 문제 유무	㉒ 일상생활 및 공부에 지장을 받는 정도		
		많이 받는다	조금 받는다	받지 않는다
1. 천식	1.있다	1	2	3
	2.없다			
2. 비염	1.있다	1	2	3
	2.없다			
3. 아토피피부염	1.있다	1	2	3
	2.없다			
4. 비만	1.있다	1	2	3
	2.없다			
5. 심장질환	1.있다	1	2	3
	2.없다			
6. 당뇨병	1.있다	1	2	3
	2.없다			
7. 기타_____	1.있다	1	2	3
	2.없다			

● 삶의 만족도

문19) 학생이 자신을 어떻게 생각하는지에 대한 질문입니다. 아래 각 항목의 해당 칸에 ○표 해 주십시오.

	매우 그렇다	그런 편이다	그렇지 않은 편이다	전혀 그렇지 않다
25. 나는 사는 게 즐겁다.	1	2	3	4
26. 나는 걱정거리가 별로 없다.	1	2	3	4
27. 나는 내 삶이 행복하다고 생각한다.	1	2	3	4

● 건강상태에 대한 부정적 인식

문4) 또래 친구들과 비교해 볼 때 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각합니까? 아래 해당 번호에 ○표 해 주십시오.

1. 매우 건강하다.
2. 건강한 편이다.
3. 건강하지 못한 편이다.
4. 매우 건강하지 못하다.

● 자아존중감

문19) 학생이 자신을 어떻게 생각하는지에 대한 질문입니다. 아래 각 항목의 해당 칸에 ○표 해 주십시오.

	매우 그렇다	그런 편이다	그렇지 않은 편이다	전혀 그렇지 않다
15. 나는 나에게 만족한다.	1	2	3	4
16. 때때로 나는 내가 어디에도 소용없는 사람이라고 생각한다.	1	2	3	4
17. 나는 내가 장점이 많다고 느낀다.	1	2	3	4
18. 나는 남들만큼의 일은 할 수 있다.	1	2	3	4
19. 나는 내가 자랑스러워할 만한 것이 별로 없다고 느낀다.	1	2	3	4
20. 때때로 나는 내가 쓸모없는 존재로 느껴진다.	1	2	3	4
21. 나는 내가 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이라고 느낀다.	1	2	3	4
22. 나는 나를 좀 더 존중할 수 있었으면 좋겠다.	1	2	3	4
23. 나는 내가 실패자라고 느끼는 경향이 있다.	1	2	3	4
24. 나는 나에 대해 긍정적인 태도를 지니고 있다.	1	2	3	4

● 애정적 양육태도

문20) 학생이 부모님(보호자)을 어떻게 생각하는지에 대한 질문입니다. 아래 각 항목의 해당 칸에 ○표 해 주십시오.

	매우 그렇다	그런 편이다	그렇지 않은 편이다	전혀 그렇지 않다
3. 부모님(보호자)께서는 나의 의견을 존중해 주신다.	1	2	3	4
12. 부모님(보호자)께서는 내게 좋아한다는 표현을 하신다.	1	2	3	4
15. 부모님(보호자)께서는 내가 힘들어 할 때 용기를 주신다.	1	2	3	4
19. 부모님(보호자)께서는 나에게 칭찬을 잘해주신다.	1	2	3	4

● 또래애착

문21) 학생이 친구들을 어떻게 생각하는지에 대한 질문입니다. 아래 각 항목의 해당 칸에 ○표 해 주십시오.

	매우 그렇다	그런 편이다	그렇지 않은 편이다	전혀 그렇지 않다
1. 내 친구들은 나와 이야기를 나눌 때 내 생각을 존중해 준다.	1	2	3	4
2. 내 친구들은 내가 말하는 것에 귀를 기울인다.	1	2	3	4
3. 나는 내 친구들에게 내 고민과 문제에 대해 이야기한다.	1	2	3	4
4. 내 친구들은 나를 잘 이해해 준다.	1	2	3	4
5. 나는 속마음을 털어놓고 싶을 때 친구들에게 말할 수 있다.	1	2	3	4
6. 나는 내 친구들을 믿는다.	1	2	3	4
7. 나는 지금의 친구들 대신 다른 친구들을 사귀고 싶다.	1	2	3	4
8. 나는 친구들과 함께 있어도 외롭고 혼자라는 느낌이 든다.	1	2	3	4
9. 친구들은 내가 요즘 어떻게 지내는지 잘 모른다.	1	2	3	4

Abstract

The Research on Factors affecting Life Satisfaction of Adolescents with Atopic Dermatitis

Choi, Chang Yong
Department of Social Welfare
Graduate School
Seoul National University

Atopic dermatitis(AD) is one of the representative chronic disease of modern society, and adolescents in Korea are showing a very high prevalence. Depending on high prevalence of atopic dermatitis, social interest about atopic dermatitis is also increasing. But research on psychosocial aspects of atopic dermatitis adolescents still does not have been made.

AD is an adversity of youth that leads to difficulties in the biopsychosocial development. There is remarkable variability in the reactions of adolescents to adversity. It is necessary to understand the characteristics of the young people who show a positive development, even in AD, in order to support psychosocial development AD adolescents. By the resilience model, this study was carried out by placing the aim of identifying a protective factor and risk factors that can affect life satisfaction of AD adolescents. In this study, ‘whether AD interfere with daily life or not’ , ‘subjective negative perception to health’ were set for risk factor. And ‘self-esteem’ , ‘affectionate parenting attitude’ , ‘peer attachment’ were set for protective factor. This

study examined the main effect of risk factors, main effect of protective factors, and moderating effect of protective factors. The study hypotheses were verified using hierarchical multiple regression analysis.

This study was performed with secondary data, 1st year data of 'Korean Child and Youth Panel Survey(KCYPS, 2010)' of 7th grade cohort. And this study used 337 cases of who responded prevalence of AD.

The major findings of present study are as follow.

First, AD related risk factors, 'whether AD interfere with daily life or not', 'subjective negative perception to health', was found to be negatively associated with the level of life satisfaction. In other words, who are interfered daily life by AD had lower life satisfaction than who do not be interfered, and the level of life satisfaction decreases as the perception of subjective health is worse.

Second, the main effect of two protective factors, self-esteem and affectionate parenting attitude, were examined. That is, self-esteem and affectionate parenting attitude are positively associated with life satisfaction. But peer attachment did not have statistical significant relationship with life satisfaction.

Third, self-esteem moderates the effect of negative perception of health to life satisfaction. Though worse perception of health leads to lower level of life satisfaction, the effect of negative perception of health on life satisfaction is decreased when level of self-esteem is high. The other hypotheses about interaction of risk factor and protective factor were rejected.

The results of this study is to suggest as follows. As health related physical risk factors have negative main effects to life

satisfaction, effective management of symptoms is required primarily for maintenance of life satisfaction of AD adolescents. And self-esteem and affectionate parenting attitude are protective factor of life satisfaction. It is necessary to be careful so as not to inhibit level of self-esteem and affectionate parenting attitude in the course of symptom management and day-to-day life. Psychosocial interventions for AD adolescents and their parents is needed to improve self-esteem and affectionate parenting attitude. Especially, interventions to improve self-esteem of AD adolescents are important, depending on self-esteem is showing moderate effects on influence of negative perception of health to life satisfaction.

This study has significance in that it seeks variables which can explain difference level of life satisfaction among AD adolescents by using resilience model. And this study is focusing on psychosocial development of AD adolescents that has not been treated well. It is first study of AD adolescents that conducted with national representative data.

Despite these implications, this study has few limitations. This study could not include some physical variables associated with the disease. Since the results are come from cross-sectional research, the causal relationships between variables cannot be explained. Follow-up studies are needed to overcome these limitations.

Key words : atopic dermatitis adolescent, resilience, life satisfaction, perception of health risk, self-esteem, affectionate parenting attitude

Student Number : 2012-20129