

## 제주지역 장애 아동 부모의 우울과 불안

성길명<sup>1)</sup>, 김문두<sup>2)\*</sup>, 홍성철<sup>3)</sup>, 곽영숙<sup>2)</sup>, 이창인<sup>2)</sup>  
제주대학교 의과대학 <sup>1)</sup>의학과, <sup>2)</sup>신경정신과학교실, <sup>3)</sup>예방의학교실

### Depressive symptoms & Anxiety among parents of disabled child in Jeju area

Gil-Myoung Seong<sup>1)</sup>, Moon-Doo Kim<sup>2)\*</sup>, Seong-Chul Hong<sup>3)</sup>, Chang-In Lee<sup>2)</sup>, Young-Sook Kwak<sup>2)</sup>

Departments of <sup>1)</sup>Medicine, <sup>2)</sup>Neuropsychiatry, <sup>3)</sup>Preventive Medicine, College of Medicine and Institute of Medical Science, Cheju National University, Jeju 690-756, Korea

#### Abstract

**Backgrounds:** This study has been performed to improve mental health of parents who have handicapped child by evaluated levels of anxiety and depression.

**Methods:** The data collected from 49 parents visiting mental hospital and social welfare institute to have therapy or educate their child. Their depression was evaluated by CES-D and their anxiety was done by STAI.

**Result:** First, mother had higher depression, anxiety and the prevalence of depressive symptoms than father. Second, parent who has mail or under 9 years old child had higher depression and anxiety. And Parents who feel lower handicap level of their child had higher depression. Third, Parents who have higher income or emotional support from family members han lower depression and anxiety.

**Key words:** Disabled child, parents, depressive symptoms, anxiety

#### 서론

가정생활을 하는 가운데 부모가 경험하는 갈등과 스트레스는 그 종류도 다양하고 생활주기에 따라서도 변화한다. 다양한 스트레스의 요인 중 자녀의 출생(스트레스 량 : 44.28) 또한 포함되어 있다 (1). 자녀 양육으로 인한 자기 생활의 부족, 지출 확대 자녀양육

으로 인한 육체적 피로 등과 같은 출생에 따른 기존 가족 생활패턴의 변화는 하나의 긴장 요인으로 작용할 수 있다. 더구나 태어난 자녀가 장애를 가지고 있을 경우, 부모가 겪는 스트레스는 더욱 클 것이다 (2).

대체로 장애아의 탄생은 준비되지 않은 가운데 맞이하는데 (3), 이러한 상황에서 장애아의 탄생은 그 가족과 가정에 큰 영향을 준다 (4). 장애아동의 양육, 치료, 교육, 재활 등 장기간 부과되는 심리적 압박과 경제적 문제는 장애아동 가정에 정신적으로나 사회·

\*Corresponding Author: mdkim@cheju.ac.kr

경제적으로 큰 부담을 안겨주게 되어 장애아동의 부모는 정상아동의 부모에 비해 2-3배 이상의 많은 스트레스를 받고 있다 (5).

이러한 생활에서 경험하는 스트레스들은 신체 및 심리적 적응과 관련이 있음이 이미 많은 연구들을 통해 보고되었고 (6), 긍정적인 영향보다는 부정적인 영향을 더 많이 주는 것으로 알려져 있다. 부정적인 영향에는 불안과 우울이 대표적이며 그 증상으로 두통, 피로, 식욕부진, 신경성 고혈압, 불면증과 같은 신체 증상과 의욕상실, 절망감, 공격적 성격, 무력감 등의 정신적 증상이 나타난다.

이러한 부모의 불안과 우울 상태는 배우자에게 투사되어 분노로 표현되기도 하고, 다른 가족성원들의 생활을 유보하면까지 장애자녀에게 과잉 집착하는 것으로 나타나기도 한다. 또한 부모의 이러한 상태는 장애아에 커다란 영향을 미치며 오히려 장애아의 장애 그 자체 보다는 장애아에 대한 부모의 반응과 태도가 장애아의 건전하고 건강한 성장에 더 중요한 영향을 미친다 (7).

앞서 이루어진 많은 연구들에 의하면 부모에 의해 지각된 불안과 우울 수준은 장애아동 진단유형과 더불어 많은 요인들에 의해 영향 받는 것 (8, 9)으로 나타났다.

이러한 요인들로는 첫째, 아동의 장애 조건, 장애 속성, 연령, 성별 등 장애아동의 특성을 들 수 있다. 아동의 장애조건이 심각할수록 (10), 연령이 낮을수록 아동의 부모가 더 불안과 우울을 경험한다고 보고되었으며 (11), 여아일 경우에는 어머니가, 남아일 경우에는 아버지가 더 많이 스트레스를 받고 있음이 밝혀졌다 (12).

둘째로, 장애아동 부모의 특성을 들 수 있다. 부모의 사회적 경제적 지위가 낮을수록(14), 또 나이든 부모들일수록 불안과 우울을 더 많이 경험 하는 것으로 나타났다 (13). 그리고 부모의 교육수준이 높을수록 우울과 불안들 더 잘 대처 하였으며 (14), 종교를 가지고 있는 부모들이 불안과 우울 상태를 덜 느끼는 것으로 보고되었다 (15).

셋째로, 이러한 상황적 요인 외에도 어떤 부모가 스트레스를 더 잘 해결해 나가는가에 초점이 맞춰지고 있다. 이러한 접근은 위협을 결정 짓는 환경의 맥락적 특성 (16), 특정한 대처 전략의 이용 (17), 사회적 지위의 이용가능성 (18), 그리고 대처행동의 효과에 영향을 주는 개인의 성격 특성과 환경적 요인들이 부모가 느끼는 우울과 불안에 영향을 미치고 있음을 밝혔다.

이러한 다양한 요인에 대한 이제까지의 연구 결과는 다양한 양상을 보이고 있으며 조사 지역에 따라 차이를 보이고 있다. 이렇듯 장애아동에 대한 부모의 스트레스가 존재하며 이에 따른 우울과 불안 상태가 지속되면 장애아와 가족에게도 큰 영향을 미칠 수 있다. 제주 지역이 육지와 고립되어 다른 문화적, 지역적 차이를 보이고 있음을 볼 때 본 연구에서 아직 이루어지지 않은 제주 지역 장애아동 부모의 우울과 불안 실태 분석은 이 지역의 장애아 및 가족이 당면한 문제를 해결하는데 도움을 줄 자료로 이용 가능할 것이다.

## 대상 및 방법

### 1. 조사지역 및 조사대상의 선정

제주시 지역의 정신과 외래 및 사회복지 시설에 내원한 장애 아동 부모 50명을 대상으로 하였다.

### 2. 조사기간과 설문방법

조사는 2004년 2월 한 달간 시행 되었다. 설문지는 자가보고 형식으로 작성 되었다.

### 3. 측정도구

#### 1) 사회 인구학적 변인

사회인구학적인 정보에 대한 측정에는 본 연구에서 작성된 설문을 사용하였다. 설문 문항은 모두 객관식으로 구성되었으며 성별, 나이, 결혼상태, 학력, 종교, 직업 등이 포함되어 있다.

2) 선별검사 평가도구

(1) CES-D (the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale): 이 척도는 일반 인구 집단을 대상으로 우울 증후군 (Depressive Symptomatology)의 역학적 연구를 하기 위하여, 미국 정신보건연구원 (NIMH)에서 1971년에 개발된 도구이다. 20개의 짧은 문항으로 구성되어 있으며, 자기 보고형으로 각 문항에 대하여 지난주에 경험했던 각기 증상의 빈도를 기록하도록 되어 있다. 문수재 등이 (18) CES-D의 검사가 한국에서도 유용하게 사용될 수 있는 가를 알아본 결과, CES-D의 반분 신뢰도가 0.84로 매우 높은 것으로 나타났다으며, 또 우울증 환자군과 정상인 집단 간의

CES-D의 평균 점수 차이가 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고 (t=14.6 p<0.001), 사례의 분류 기준 점은 24점이 한국에서는 타당하고 밝혀졌다. 본 연구에서는 16점 이상을 우울증상, 25점 이상을 우울증으로 정의하였다.

(2) STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

STAI는 1970년 Spielberger가 고안하였으며 불안도를 평가하기 위한 도구로써 상태-특성 자기평가 불안 척도이다. STAI는 신뢰도가 높은 것으로 보고되고 있으며 특히 국내연구에서 한국의 청소년 집단을 대상으로 한국 표준화를 시도한 연구인 김정택과 신동균의 (19) 보고서에도 역시 신뢰도가 높은 것으로 인정

Table 1. Sociodemographic characteristics of study population

Sociodemographic characteristics	Father(N=6)		Mother(N=43)		Total(N=49)	
	N	%	N	%	N	%
education(unit: year)						
0~9	2	33.3	0	00.0	2	4.1
10~12	0	00.0	19	44.2	19	38.8
13~16+	4	66.7	24	55.8	28	57.1
Occupation						
Manager	2	33.3	3	7.1	5	10.4
Officer	0	00.0	2	4.8	2	4.2
Service workers	0	00.0	6	14.3	6	12.5
Elementary occupations	1	16.7	1	2.4	2	4.2
Agricultural,forestry, fishing workers	2	33.3	0	00.0	2	4.2
Unoccupied	0	00.0	2	4.8	2	4.2
Household	0	00.0	27	64.3	27	56.3
Others	1	16.7	1	2.4	2	4.2
Religion						
Roman Catholicism	1	16.7	7	16.3	8	16.3
Christianity	0	00.0	2	4.7	2	4.1
Buddhism	2	50.0	16	37.2	19	38.8
None	2	33.3	17	39.5	19	38.8
Others	0	00.0	1	2.3	1	2.0
Marital status						
With spouse	6	100.0	42	97.7	48	98.0
Without spouse	0	00.0	1	2.3	1	2.0
Age						
30-39	2	33.3	36	83.7	38	77.6
40-49	4	66.7	7	16.3	11	22.4
Monthly income (unit: million won)						
over 3	1	25.0	14	34.1	15	33.3
2~3	0	00.0	14	34.1	14	31.1
1~2	3	75.0	13	31.7	16	35.6

하고 있어 본 논문의 불안의 척도로 사용하였다. 이 검사는 상태 불안 (State-Anxiety) 20문항, 특성불안 (Trait-Anxiety) 20문항으로 구성되어 있으며, 각 문항의 점수는 1점에서 4점으로 배정되어 있다.

## 결 과

### 1. 대상 부모들의 사회인구학적 특성

대상 부모들의 학력은 대졸이상이 57.1%로 가장 많았으며 고졸이 38.8%, 그 이하가 4.1%였다. 직업에는 주부가 56.3%로 가장 많았으며 판매 서비스직 12.5%,

전문 관리직 10.4% 등의 순이었다. 부모들의 종교 생활은 불교 38.8% 천주교 16.3%, 기독교 4.1% 기타 2% 이었으며 61.2%가 종교를 가지고 있었다. 부모들의 연령은 30대가 77.6%로 대부분 이었으며 40대의 부모가 22.4%였다. 조사대상자들의 대부분은 배우자를 가지고 있어 (98%) 정상적인 가정생활을 하고 있었으며, 수입은 300만원 이상 34.1%, 200-300만원이 34.1%, 그 이하가 31.7%였다 (Table 1).

### 2. 장애아동의 사회 인구학적 특성

대상 아동들은 남자가 74%, 여자가 26%로 남자가 훨씬 많았다. 연령 분포는 9세 이하가 77.7%, 10세 이

Table 2. Sociodemographic of disable child

Sociodemographic characteristics	Male		Female		Total	
	N	%	N	%	빈도	%
Age						
under 9	25	69.4)	13	100.0	38	77.6
over 10	11	30.6)	0	00.0	11	22.4
Number of child						
1	7	20.0	1	07.7	8	16.7
2	16	45.7	8	61.5	24	50.0
3	10	28.6	3	23.1	13	27.1
4	2	05.7	1	07.7	3	06.3
Birth ranking						
1	21	58.3	4	30.8	25	51.0
2	11	30.6	7	53.8	18	36.7
3	4	11.1	1	07.7	5	10.2
4	0	00.0	1	07.7	1	2.0
Degree of disability						
very severe	2	05.6	0	00.0	2	4.2
severe	18	50.0	5	41.7	23	47.9
light	15	41.7	6	50.0	21	43.8
very light	1	02.8	1	08.3	2	4.2
Kind of disorder						
Physical retardation	1	03.2	0	00.0	1	2.3
Cerebral disturbance	5	16.1	5	41.7	10	23.3
Visual disturbance	0	00.0	1	08.3	1	2.3
Auditory disturbance	2	06.5	0	00.0	2	4.7
Language disturbance	3	09.7	3	25.0	6	14.0
Mental retardation	1	03.2	0	00.0	1	2.3
Mental disorders	6	19.4	1	08.3	7	16.3
Others	13	41.9	2	16.7	15	34.9

상이 22.4%로 초등학교 미취학 혹은 저학년 학생들이 높은 비율을 차지하였다. 출생 순위는 첫째가 51%, 둘째가 36.7% 이었으며, 첫째둘째가 87.7%로 다른 논문과 비슷한 유형을 취하고 있다. 부모가 느끼는 장애의 정도는 심한 편이 52.1% 가벼운 편이 48%로 나타났다. 아동들의 장애의 종류는 뇌병변장애가 23.3%로 가장 많았으며 정신장애 16.3%, 언어장애 14.0%, 청각장애 4.7%, 지체장애, 시각장애, 정신지체 각 2.3%, 기

타장애가 34.9%였다 (Table 2).

### 3. 상관 계수

CES-D와 State anxiety의 상관계수는 0.745 (p=0.000)였으며 CES-D와 Trait anxiety는 0.732 (p=0.000), State anxiety와 Trait anxiety의 상관 계수는 0.834 (p= 0.000)로 나타났다 (Table 3).

**Table 3.** Correlation Coefficient among CES-D & STAI

	CES-D	State Anxiety	Trait Anxiety
CES-D	1.000		
State Anxiety	.745***	1.000	.834***
Trait Anxiety	.732***	.834***	1.000

주) \*\*\* p < .001

**Table 4.** Means (SD) of CES-D & STAI according to variables

Variables	CES D		State Anxiety		Trait Anxiety	
	Means	S. D	Means	S. D	Means	S. D
Child sex						
male	11.59	8.68	46.30	12.03	44.82	10.48
female	8.85	9.12	40.79	10.92	42.38	10.84
Child age						
under 9	11.07	8.62	45.65	11.23	45.19	10.04
over 10	10.15	9.74	41.53	14.20	40.24	11.90
Degree of disorder						
mild	11.42	8.44	45.06	10.97	44.23	10.21
severe	10.30	9.41	44.72	13.09	43.94	11.21
Parents' age						
30-39	10.80	8.59	45.48	11.21	45.09	9.51
40+	11.11	9.49	42.53	14.12	41.10	13.63
Monthly income (unit: million won)						
3+	10.80	10.64	44.41	12.42	43.49	12.35
2~3	10.51	7.26	44.52	10.75	43.33	9.04
1~2	12.10	9.41	46.08	13.24	45.58	11.35
Emotional support						
none	16.26	8.67	47.08	13.01	45.73	10.99
sometimes	12.72	9.23	51.19	9.00	50.11	7.91
always	6.26	6.38	37.75	10.61	37.48	9.32
Education (unit: year)						
13~16+	8.06	6.68	41.09	11.31	40.89	10.16
0~12	14.44	9.75	50.15	10.51	48.80	9.21
Parents' sex						
father	11.50	8.62	40.07	12.68	39.40	9.13
mother	10.77	8.91	45.34	11.82	44.71	10.62

#### 4. CES-D & STAI의 변인별 평균과 표준 편차

##### 1) CES-D

각 변수별 CES-D점수 평균을 보면 자녀가 남아일 경우 11.59 (8.68) 여아일 경우 8.85 (9.12) 보다 평균이 높았으며 자녀가 9세 이하일 경우 11.07 (8.62)로 10세 이상일 경우 10.15 (9.74) 보다 높았다. 가정의 수입에 따라서는 저소득층일수록 평균이 높게 나타났는데 수입이 200만원 이상이 10.51 (7.26)로 200만원 미만인 12.10 (9.41)이다. 가족으로부터의 정서적 지원은 항상 받을 경우가 6.26 (6.38)이었으며 가끔 받음, 받지 않음 순으로 커졌다. 부모들의 학력 변인에 대해서는 대졸 이상의 최고 학력자 8.06 (6.68)에 비해 고졸 이하 학력자 14.44 (9.75)들의 평균이 컸으며 부모의 성별에 따라서는 아버지들의 평균이 더 높았다.

##### 2) STAI

각 변수별 상태 불안 척도의 평균 차이를 보면 자녀가 남아일 경우 46.30 (12.03)로 여아일 경우 40.79 (10.92)보다 평균이 높았으며 자녀가 어릴수록 평균이 높았다. 30대의 부모 45.48 (11.21)가 40대의 부모 42.53 (14.12)보다 더 높은 평균치를 보였으며 고졸 이하의 학력자가 더 높은 수치 50.15 (10.51)를 보였다. 가정의 수입이 200만원 이상인 군들에 비해 200만원 미만의 수입을 가진 부모가 46.08 (13.24)로 더 큰 평균치가 보였으며 정서 지원 부문에서는 가끔 받음 51.19 (9.00), 받지 않음 47.08 (13.01) 항상 받음 37.57 (10.61) 순 이었다. 부모에 따라서는 어머니의 평균치

가 45.34 (11.82)로 더 컸다.

각 변수별 특성 불안 척도의 평균 차이를 보면 위와 마찬가지로 자녀가 남아일 경우 44.82 (10.48)로 더 높았으며, 자녀의 연령이 적을수록 45.19 (10.04)로 높았다. 가정의 수입이 많을수록 더 적은 평균치 43.49 (12.35)를 보였으며 가족으로부터의 정서적 지원을 가끔 받을 경우 평균이 50.11 (7.91)로 가장 높았다. 부모들의 학력 수준에 따라서는 고졸 이하가 48.80 (9.21)로 더 높았으며 아버지보다 어머니가 44.71 (10.62)로 더 높았다 (Table 3).

#### 5. 성별 연령별 우울 증상 및 우울증 유병률

우울증상의 유병률은 어머니가 25.6%, 아버지가 16.7%로 어머니가 더 많은 우울증상을 경험하고 있는 것으로 나타났으며 연령에 따라서는 40대 이상이 36.4%로 30대 이하 20.5%보다 많은 것으로 나타났다 (Table 5).

#### 6. 각 변수별 우울증상 유병률의 빈도

각 변수별 우울증상 유병률의 빈도는 남아의 경우 33.3%로 여아의 경우 23.1% 보다 높게 나타났으며 장애의 정도가 가벼운 편이라고 느끼는 경우 34.8%로 심한 편이라고 느끼는 경우 28%보다 높게 나타났다. 부모의 연령이 높을수록 유병률 (45.5%)은 커졌으며 수입에 반비례하였다. 정서적 지원을 받지 않음 (50%)에 비해 항상 받는 경우 (15.8%)가 월등히 낮았으며

Table 5. Prevalence of depressive symptoms & depression according to sex & age

	Nomal (CES-D<15)		Depressive symptoms (CES-D>16)		depression (CES-D>25)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parent' sex								
여	4		1	16.7	1	16.7	6	100.0
남	30	66.769.8	11	25.6	2	4.7	43	100.0
Parent' age								
30-39	29	74.4	8	20.5	2	5.1	39	100.0
40-49	6	54.5	4	36.4	1	9.1	11	100.0

**Table 6.** Prevalence of depressive symptoms according to variables

	Normal		Depressive symptoms		Total	
	N	%	N	%	N	%
Child sex						
male	24	66.7	12	33.3	36	100.0
female	10	76.9	3	23.1	13	100.0
Child age						
9세 under	27	71.1	11	28.9	38	100.0
10세 over	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Degree of disorder						
mild	15	65.2	8	34.8	23	100.0
severe	18	72.0	7	28.0	25	100.0
Parents' age						
30-39	29	74.4	10	25.6	39	100.0
40-49	6	54.5	5	45.5	11	100.0
Monthly income (unit : million won)						
3+	11	73.3	4	26.7	15	100.0
2~3	9	64.3	5	35.7	14	100.0
1~2	10	62.5	6	37.5	16	100.0
Emotional support						
none	5	50.0	5	50.0	10	100.0
sometimes	12	63.2	7	36.8	19	100.0
always	16	84.2	3	15.8	19	100.0
Education (unit : year)						
13~16+	23	82.1	5	17.9	28	100.0
0~12	12	54.5	10	45.5	22	100.0
Parents' sex						
mother	4	66.7	2	33.3	6	100.0
father	30	9.8	13	30.2	43	100.0

고졸이하의 부모들이 45.5%로 높은 유병률을 보였다. 부모의 성별에 따라서는 아버지가 어머니보다 조금 높게 나타났다 (Table 6).

### 고찰

이 연구는 제주도의 장애아동 어머니들의 우울과 불안 실태를 파악하여 부모들의 정신건강증진에 도움이 되고자 이루어 졌다.

총 조사 인원은 49명으로 아버지가 6명 어머니가 43명으로 어머니가 더 많았는데, 이는 병원 외래 혹은 사회 시설 내원시 아동이 주로 어머니와 함께 오기 때문이다.

CES-D와 STAI에서 모두 남아일 경우 부모들의 평균이 높게 나타났는데 이는 남아에 대한 부모들의 기대의식과 남성 가부장적 사회적 체계에 의한 것으로 고려된다. 또한 고소득과 고학력 부모에서 불안 수치가 적게 나타났는데 생활의 안정에 따른 불안의 감소로 보여 진다.

각 변수별 STAI 평균을 보면 대상자의 수가 작아 통계적으로 유의성은 없는 것으로 나타났으나 상태 불안, 특성 불안 모두에서 어머니들이 불안을 많이 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이는 장애 아동의 발생은 일반적으로 가족모두에게 영향을 미치고 있으나 특히 어머니는 장애아동의 교육과 양육에 절대적인 책임을 지고 있는 것이 현실이며 (4), 더 많은 우울과 불안을

경험한다는 (10) 결과와 일치하고 있다. 또 가족구성원들의 정서적 지원을 가끔 받는다고 느낀 부모들의 불안 정도가 가장 높았는데 이는 항상 받는 부모들에 대한 상대적 박탈감과 받지 않는 부모들의 강한 자립성에서 기인한 것으로 보여 진다.

기존의 국내외 연구 논문에 의하면 일생동안 우울증에 이환될 확률은 남성의 경우 7-12% 여성의 경우 20-25%로 여성에서 2-3배 정도 더 높다 (19). 또한, 중년기로 접어들수록 자녀의 독립, 양육 역할 감소 등의 전환 과정에서 우울증상 유병률이 높아지는 결과를 보이고 있다. 장애인 아동들의 부모 역시 성에 따른 큰 격차를 나타내고 있으며 일반 시민들에 비해 더 높은 우울증상 유병 수치를 나타내었다. 이는 장애아동 양육에 따른 스트레스적 요인이 강하게 기인한 것으로 보이며 40대 이상의 부모에서 더 큰 우울증상 유병률이 나왔는데 이는 오랜 기간 자녀를 키워 오면서 실망과 낙담에 의한 것으로 보여 진다.

각 변수별 우울증상 유병률을 살펴보면 대상자의 수가 작아 통계적 유의성은 없으나 자녀가 남아 일 경우 유병률이 더 크게 나타났는데 이는 아직도 우리 사회의 유교적 사고에 의한 남아 기대의식이 남아 있어 나온 결과라 고려된다. 또한 부모의 연령이 많을수록 유병률이 높아 졌는데 이는 어머니의 스트레스 연구 (20)에서 어머니의 연령이 낮을수록 대처행동의 수준이 높다는 결과와 일치한다. 어머니의 학력과 수입이 우울에 영향을 준다는 이전의 연구 (12)의 연구에서와 같이 수입이 많을수록 유병률은 낮았으며 대졸 이하의 고학력자보다 고졸이하의 학력자에서 유병률이 높게 나타났다. 이는 가정의 경제적 안정이 장애아동의 양육과 부모의 여가생활을 좀더 여유롭게 해 생활의 안정을 가져오며 고학력자가 스트레스적 상황에 대한 대처가 더욱 뛰어나며 ego strength 가 높아 우울증상에 잘 저항하며 또한 설문조사에 나타내지 않으려는 노력 역시 많았다고 생각된다. 또한 가족의 정서적 지원 역시 영향 (21)을 주었는데 가족구성원으로부터 정서적 도움을 많이 받을수록 안정감을 얻었다.

자녀의 특성에 따라 연령이 9세 이하인 경우가 10세

이상인 경우보다 우울증상 유병률이 높게 나타났는데, 이는 장애아동의 연령이 증가할수록 정상아동과 비교하여 볼 때 능력 면에서 차이가 더욱 커지게 되고 다루기도 점점 어려워지게 되어 어머니의 스트레스는 더욱 증가한다는 선행 연구결과와 일치하고 있다 (10, 22). 부모가 느끼는 장애 정도에 따라서는 가벼운 편이라고 답한 부모의 유병률이 더 높았는데 이는 장애가 클수록 스트레스를 더 많이 받아 우울증상에 걸리기 쉽다는 결과와는 상반 되는 내용이다 (8, 23). 이러한 차이가 나타나게 된 원인은 이번 연구의 대상자로 선정된 사람들이 병원 혹은 재활 단체에 치료를 받으러 오는 경우가 대부분이어서 장애 정도가 가벼울 경우 자녀의 상태적 호전 가능성을 희망하고 있기 때문에 더욱더 큰 우울증상을 나타내고 있다고 보여진다.

이 연구의 제한점은 첫 째, 대상자의 수가 부족하여 통계처리에 어려움이 있었다. 둘째, 병원 혹은 복지 단체의 치료 혹은 교육을 받는 장애아동의 부모만을 대상으로 해 대표성이 떨어졌다. 셋 째, 일반아동 부모에 대한 대조군 연구가 없어 조금 더 명확한 비교 분석을 하지 못하였다. 넷 째, 대상자의 대부분이 어머니여서 부모의 대표군으로 보기 힘들다. 다섯 째, 부모의 우울과 불안에 큰 영향을 준다고 알려진 스트레스에 대해서 조사하지 못하였다.

위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 장점은 고립된 제주 지역의 장애아동 부모의 우울과 불안을 살펴봄으로서 다른 지역과의 상태 비교 혹은 고립지역 특이성 조사 등에 이용될 수 있을 것이다. 향후, 보다 큰 표본 크기를 확보하고 일반 부모들과의 비교 분석 연구가 필요하다. 또한, 장애 아동 부모의 스트레스 요인에 대해 연구해 보고 사회적 지원문제에 따른 장애 아동 부모에 대한 연구도 결들였으면 한다.

마지막으로, 장애아동 부모의 우울과 불안은 다양한 관련 요인과 상황을 가지고 있었으며 이러한 변인들에 따라 정도도 다르게 나타났다. 어머니에 대한 자녀의 일방적인 양육은 어머니에게 불안과 우울 요소로 작용하므로 아버지와 그 외 가족 구성원들의 정서적, 실질적 노력이 필요 할 것이다. 또한 저소득에 따른



문제를 해결하기 위해 정부적 차원의 보조금 지급이 따라야 할 것으로 보이며 사회적 차원으로 장애 아동의 교육뿐만 아니라 부모에 대한 교육 프로그램을 병행해 부모의 상황적 대처능력을 길러야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

1. 백기청, 홍강의. 스트레스요인으로서의 생활사건과 통제소재 및 불안의 관계에 대한 연구. *신경정신의학* 1987;26:75-111.
2. 서혜영. 장애아 어머니의 적응과 사회적 지원에 관한 연구. *연세대학교 한국가족학회* 1994;6:76.
3. 정옥분, 이춘재, 오가실. 사춘기 신체성숙시기와 심리사회적 발달. *한국 심리학회지 발달*, 1991;4:89-102.
4. Beckem PJ. Influence of selected child characteristics on stress in families of handdicapped infant. *Am J Ment Defic* 1983;88:150-156.
5. 배광웅, 송상천. 장애아동 부모와 일반아동 부모의 스트레스 비교연구. *성지 재활연구* 1986;13-35.
6. 이충원. 시험 스트레스가 건강행위에 미치는 영향. *한국역학회지* 1996;18:95-100.
7. Crnic KA, Friedrich WN, Greenberg MT. Adaptaion of families with mentally retarded children: A mol of tress, coping and family ecology. *Am J Ment Defic* 1983;88:125-138.
8. Byrne EA, Cunningham CC. The effects of mentally handicapped children on families. *J child Psychol Psychiat* 1985;26:847-846.
9. Donovan AM. Family stress and way of coping with adolescents who have handicaps : aternal perceptions. *Am J Ment Retard* 1988;92:502-509.
10. Bristol M. Marriage coping with autistic children: Adequacy of the interpersonal support and effects of child charateristics. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina Chapel Hill 1979 Vol 1, 3943-3944.
11. Lee Y. Copying in Mother Development Disable Children; Effect of Selected Child and Family Variabates. A Disertation, University of missouri 1987;9:26-30.
12. Rabkin JG, Streung EL. Life events, stress and illness. *Science* 1976;194: 1013-1020.
13. Flynt KS, Wood TA. Stress and coping of mother of children with moderate mental retardation. *Am J Ment Retard* 1989;94:78-283.
14. Korn SJ, Chess S, Fernandes P. "The Impact of children's physical handicaps on marital qualrity and family interaction." In Lerner RM and Spanier GB (Eds) *Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective*, 1978, 229-326.
15. Furber B. Effects a severely retarded child on family integration" Monograph of the Society for Reserch in Child Development, Mental retardation 1959;71:24.
16. Brown GW. Meaning, measurement and stress of life event. In Barbara. S. Dorenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects* 1974, 217-243.
17. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Social* 1978;19:2-21.
18. Dean A, Lin N. The stress-buffering role of social support: Problems and prospects for systemic investigation. *J Nerv Ment Disorder* 1977;165:403-417.
19. 문수재, 이민준, 윤관수, 등. 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) 의 사용. *신경정신의학* 1991;30:25-30.
20. 권창희. 노인 환자의 우울증과 일상생활수행능력간의 관련성. *경북대학교 석사학위논문* 1995;2:24-30.
21. Gallanger JJ, Beckman D. Cross AH. Families of handicapped children: sources of stress and its amelioration. *Except Children* 1983;50:10-19.
22. 황경자. 중복 장애아동 어머니의 양육스트레스에 영향을 미치는 요인. 2002 No.7 80
23. 성영혜. 내성심리 인본주의 접근법에 의한 파잉행동아동 치료. *한국가족복지학회* 1997;2:61-74.