

선천성심질환 청소년의 우울과 극복력의 관계분석

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 심장혈관센터, 청소년 및 성인선천성심질환 클리닉*,
소아과[†], 순환기내과[‡], 흉부외과[§], 가톨릭대학교 간호대학^{||}

문주령* · 정연이* · 허 준[†] · 강이석[†] · 박승우[‡] · 양지혁[§] · 전태국[§] · 김명자^{||} · 이흥재[†]

Relationship between depression and resilience in adolescents with congenital heart disease

Ju Ryoung Moon, R.N.* , Yoen Yi Jung, R.N.* , June Huh, M.D.[†]
I-Seok Kang, M.D.[†] , Seung Woo Park, M.D.[‡] , Ji-Hyuk Yang, M.D.[§]
Tae-Gook Jun, M.D.[§] , Myung Ja Kim, R.N.^{||} and Heung Jae Lee, M.D.[†]

Grown-Up Congenital Heart(GUCH) Clinic, Cardiac & Vascular Center,
Department of Pediatrics[†], Division of Cardiology[‡], Department of Thoracic &
Cardiovascular Surgery[§], Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University,
College of Medicine, Seoul, College of Nursing, Catholic University^{||}, Seoul, Korea*

Purpose : The purpose of this study was to investigate the relationship between depression and resilience in adolescents with congenital heart disease(CHD) and to identify the variables associated with depression.

Methods : The Resilience Scale(cronbach's $\alpha=0.92$), Children's Depression Inventory(cronbach's $\alpha=0.72$) and Maternal Behavior Research Instrument(cronbach's $\alpha=0.88$) were applied and analyzed to assess depression and resilience among 231 adolescents after surgery for CHD from three major cardiac centers in Korea. This group consist of 114 males and 117 females. The mean age was 15.8 years(range:13-18 years). The clinical severity of illness was rated by CHD functional index and NYHA functional class.

Results : The mean score for depression and resilience was 16.74(range:0-49) and 115.84(range:70-132) respectively. Depression was significantly related to age($r=0.25$, $P<0.001$) and NYHA functional class($r=0.35$, $P<0.001$), as well as being negatively correlated with oxygen saturation($r=-0.39$, $P<0.001$), academic achievement($r=-0.41$, $P<0.001$), parental attitude($r=-0.49$, $P<0.001$) and resilience ($r=-0.59$, $P<0.001$). The results of multiple regression analysis showed that parental attitude($\beta=-0.48$, $P<0.01$) and resilience($\beta=-0.62$, $P<0.01$) were related to depression.

Conclusion : This study demonstrated that adolescents with CHD had a higher resilience and were less depressed with an affectionate parent. With respect to medical and nursing intervention programs, it is essential to identify strengths of adolescents with CHD in order to increase their resilience. Additionally, it is also important that parenting and counseling programs be implemented for the parents of adolescents with CHD. (**Korean J Pediatr 2006;49:523-528**)

Key Words : Congenital heart disease, Adolescent, Depression, Resilience

서론

최근 심장수술의 발달로 선천성심질환 환자의 85% 이상이

본 연구는 (재)인성의과학연구재단에서 연구비를 지원받음.

접수:2005년 11월 18일, 승인:2006년 1월 12일

책임저자: 이흥재, 성균관의대 삼성서울병원 소아과

Correspondence: Heung Jae Lee, M.D.

Tel: 02)3410-3520 Fax: 02)3410-0043

E-mail: hjlee@smc.samsung.co.kr

청소년기를 거쳐 성인으로 생존하고 있다¹⁾. 그러나 이들 중 55% 이상이 수술을 받은 이후에도 재수술, 부정맥, 세균성 심내막염, 울혈성 심부전 및 폐혈관 질환 등의 의학적 문제를 보이고 있다^{2,3)}. 이들 중 대다수가 성장과정 중 피로, 통증, 호흡 곤란, 성장 지연 및 청색증^{4,5)}과 함께 사회·심리적 적응에 어려움을 겪고 있다. 이제 선천성심질환은 더 이상 소아기에만 보는 질병이 아니라 평생 전인간적 관리를 요하는 만성질환 중 하나가 된 것이다.

특히, 청소년기는 신체적 변화와 심리적 불안정을 경험하는 과도기⁶⁾, 선천성심질환 청소년의 경우, 흔히 자신의 병의 심각성과 생존의 불확실성, 활동 제한, 약물 복용을 비롯한 여러 형태의 치료, 반복되는 입원 및 일상생활의 단절, 가족관계의 변화 등으로 그 발달·적응과정에 부정적인 영향을 받게 된다⁷⁻⁹⁾.

지금까지 선천성심질환 청소년을 포함한 만성질환을 가진 청소년에 관한 연구는 대부분 질병에 의한 부정적인 영향, 즉 적응에 초점을 둔 것들이 대부분이었다. 그러나 이러한 관점의 연구결과들은 비슷한 상황에서도 긍정적으로 적응하고 있는 청소년들의 특징이나 적응 정도의 차이에 대하여는 충분히 설명하지 못하고 있다.

1970년대 이후 인간 적응에 관한 연구는 사회·심리적 문제 유발 요소를 확인하여 중재하려는 문제 중심의 관점에서 개인이 갖고 있는 긍정적인 면, 즉 적응력을 규명하려는 관점으로 점차 그 패러다임의 변화를 보여 왔고, 이를 극복력(resilience)의 개념으로 설명하고 있다¹⁰⁾. 극복력이란 개인이 역경으로부터 회복하여 긍정적으로 적응하도록 하는 심리·사회적 능력을 표현하는 개념으로 스트레스 이전의 적응 수준으로 복귀할 수 있는 힘이나 능력이 그 중심 개념이다¹⁰⁾. 이에, 본 연구는 선천성심질환 청소년에게서 가장 문제가 되는 심리 문제인 우울¹¹⁾의 정도와 극복력을 파악하고, 이들 간의 상호 상관관계 및 우울과 관련된 여러 변수를 규명하기 위하여 시행하였다.

대상 및 방법

1. 대상

선천성심질환 진단으로 수술을 받고 서울소재 2개의 대학병원과 심장전문병원에 등록되어 추적관찰 중인 청소년을 근접모집단으로 하였다. 대상자 선정기준은 ① 만 13-18세의 청소년으로 ② 심장 수술 후 뇌신경 합병증이 없고, ③ 선천성심질환 이외에 의학적으로 규명된 염색체 이상이 없으며, ④ 의사소통과 국문 해독이 가능하고 설문 작성이 가능하고, ⑤ 본 연구에 참여하기로 동의한 환자와 그의 부모로 하였다.

2. 방법

S병원 임상시험심사위원회의 승인을 받은 후 2004년 11월 20일부터 2005년 2월 25일까지 조사하였다. 주소와 연락처가 확인된 1,200명의 대상자에게 연구 내용과 동의서 양식을 우편으로 발송하였으며, 이들 중 본 연구에 참여하기로 동의한 249명의 환자를 대상으로 하였다. 대상자 외래 방문 시 진료 후 상담실에서 극복력 측정 도구, 우울 척도 및 양육태도 측정 도구 등으로 구성된 설문지를 연구대상자가 직접 작성하도록 하였으며, 설문지 작성 후 이들이 경험하고 있는 어려움이나 스트레스에 대하여 상담하였다. 249부의 설문지 중 240부를 회수하여 회수율은 96%이었고, 이 중 미흡한 자료와 다응중후군 대상자 자료 9부를 제외한 231부를 본 연구 분석에 이용하였다.

3. 도 구

1) 극복력 측정 도구

Kim¹²⁾이 국내 만성 질환아를 대상으로 개발한 도구로 측정하였으며 개인내적 특성, 대처양상 특성, 대인관계 특성으로 나뉘어져 있다. 총 32문항의 5점 척도로 구성되며 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 도구의 신뢰도를 나타내는 내적일관계수(Cronbach's α)는 0.92이었으며, 본 연구에서의 신뢰도도 동일하였다.

2) 우울 척도(Child Depression Inventory, CDI)

Beck¹³⁾의 우울척도를 만 8-18세에 맞도록 Kovasc이 개발한 CDI로 Cho와 Lee¹⁴⁾가 번역한 것을 사용하였다. 이는 총 27문항으로 구성되었으며 자가 보고의 형식으로 자신의 기분상태를 반영하도록 한 것이다. 각 문항마다 3개의 서술문이 있고 정도에 따라서 0-2점으로 평가되며 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 평가한다. Cho와 Lee¹⁴⁾가 번역할 당시 도구의 Cronbach's α 는 0.81이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 0.72이었다.

3) 양육태도 측정 도구

Schaefer의 Maternal Behavior Research Instrument (MBRI)를 기초로 Kwak¹⁵⁾이 제작한 척도를 사용하였다. 본 설문지는 Schaefer의 양육태도 유형에 따라 부모의 양육태도를 애정-적대, 자율-통제와 같이 긍정적인 면과 부정적인 면으로 양극화시켰으며 애정-적대 12문항, 자율-통제 12문항으로 총 24문항으로 구성되어 있으며 4점 척도로 구성되어 있다. 12점에서 48점까지 분포되어 있으며 총점이 높을수록 긍정적으로 지각하는 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 0.85이었다.

4. 통계분석

본 연구의 분석을 위하여 Win SPSS 12.0 프로그램을 사용하였으며 연구에서 이용한 통계기법은 다음과 같다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율 및 평균과 표준편차로, 우울과 극복력은 평균과 표준편차로 분석하였다. 도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's α 로 분석하였고, 대상자의 일반적 특성, 우울과 극복력과의 관계는 Pearson correlation coefficient로, 우울과 관련된 변수의 확인은 Multiple regression으로 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반 특성 및 임상 특성

대상자의 평균 연령은 15.8세이며, 여자가 50.6%였다. 대상자 중 58.4%가 종교가 없었으며, 55.8%가 첫 번째 출생아였다. 가족형태는 81.8%가 핵가족이었으며, 경제 상태는 36.6%가 중간 수준이었다(Table 1).

진단명은 심실중격결손, 심방중격결손이 각각 23.4%, 22.1% 순으로 가장 많았으며, 활로써4정, 심실중격결손을 동반한 폐동

Table 1. General Characteristics of the Subjects(N=231)

Variables	Category	N(%)	Mean(SD)
Age(year)	13	33(14.3)	15.8(1.8)
	14	33(14.3)	
	15	42(18.2)	
	16	42(18.2)	
	17	51(22.0)	
	18	30(13.0)	
	Gender	Male	
Female		117(50.6)	
Religion	Have	96(41.6)	41.4(3.2)
	Have not	135(58.4)	
Family structure	Extended	21(9.1)	41.4(3.2)
	Nuclear	189(81.8)	
	Single parent	18(7.8)	
	Adolescent-led	3(1.3)	
Sibling order	First	129(55.8)	41.4(3.2)
	Second	75(32.5)	
	Third	27(11.7)	
Academic achievement	High	77(13.3)	41.4(3.2)
	Middle	137(59.8)	
Economic status	Low	17(06.9)	41.4(3.2)
	High	60(26.0)	
	Middle	84(36.6)	
Mother's age	High	87(37.4)	41.4(3.2)
	Middle	84(36.6)	
	Low	87(37.4)	
Mother's education	College & above	77(33.4)	41.4(3.2)
	High school	133(57.6)	
	Middle school & below	21(9.0)	
Mother's marital status	Married	226(98.8)	41.4(3.2)
	Not married	5(0.2)	

맥폐쇄, 삼첨판폐쇄, 대혈관전위, 총동맥간증, 양대혈관 우심기시를 포함한 청색증형 심질환이 46.7%이었다. 수술 후 추적기간은 6-10년이 30.7%로 가장 많았고, 15년이 넘는 대상자가 11.7%이었다(Table 2).

NYHA I단계 및 II단계가 각각 46.8%로 가장 많았다. 선천성 심질환 기능지수는 II군이 48.1%이었고 심장수술횟수는 1회가 63.6%, 2회가 33%, 3회 이상이 21.1%이었다. 안정 시 산소포화도는 평균 93.5%이었으며, 95% 이상이 83.1%, 90% 미만의 환자가 5.2%이었다(Table 2).

2. 대상자의 우울과 극복력 정도

대상자의 우울점수는 0점에서 49점의 분포(가능한 점수범위 : 0-54점)를 보였으며 평균 16.74점이었고, 극복력 점수는 70점에서 132점 분포(가능한 점수범위 : 32점-160점)로 평균 115.84점이었다(Table 3).

3. 일반 특성 및 임상 특성과 우울정도, 극복력의 상관관계

대상자의 일반특성 및 임상특성 중 우울정도와 통계적으로 유의한 관련 변수는 나이($r=0.25, P<0.05$), 학업 성취도($r=-0.41,$

Table 2. Clinical Characteristics of the Subjects(N=231)

Variables	Category	N(%)		
Primary medical diagnosis	Acyanotic	VSD	54(23.4)	
		ASD, P-AVSD	51(22.1)	
		Valvular disease (AR, MR, TR)	12(5.2)	
		CoA	6(2.6)	
		TOF	30(12.9)	
	Cyanotic	CHD	PA with VSD	27(11.7)
			Tricuspid A	21(9.1)
			TGA	18(7.8)
			DORV	9(3.9)
			Truncus A	3(1.3)
NYHA ¹⁶⁾ functional class	I	108(46.8)		
	II	108(46.8)		
	III	15(6.4)		
	IV	0(0.0)		
CHD ¹⁷⁾ functional index	I	0(0.0)		
	II	111(48.1)		
	III	48(20.7)		
	IV	60(26.0)		
	V	12(05.2)		
Number of operation	1	147(63.6)		
	2	33(14.3)		
	3	30(13.0)		
	4	21(09.1)		
Duration after last operation (year)	<1	29(12.6)		
	1-5	53(22.9)		
	6-10	71(30.7)		
	11-15	51(22.1)		
	≥16	27(11.7)		
Oxygen saturation(%)	<85	3(1.3)		
	85-90	9(3.9)		
	91-95	27(11.7)		
	≥96	192(83.1)		

Abbreviations : CHD, Congenital heart disease; VSD, Ventricular septal defect; ASD, Atrial septal defect; P-AVSD, Partial atrioventricular septal defect; AR, Aortic valve regurgitation; MR, Mitral valve regurgitation; TR, Tricuspid valve regurgitation; CoA, Coarctation of the aorta; TOF, Tetralogy of fallot; PA with VSD, Pulmonary atresia with ventricular septal defect; Tricuspid A, Tricuspid atresia; TGA, Transposition of the great arteries; DORV, Double outlet right ventricle; Truncus A, Truncus aortiosus; NYHA, New York heart association

Table 3. Depression and Resilience Score(N=231)

Variables	Mean	SD	Range
Depression	16.74	6.58	0-49
Resilience	115.84	13.44	70-132

$P<0.01$), 양육태도($r=-0.49, P<0.01$), NYHA 기능단계($r=0.35, P<0.01$), 산소포화도($r=-0.39, P<0.01$)로 나타났다. 즉, 청소년의 나이가 많을수록, 학교성적이 낮을수록, 부모의 양육태도가 부정적일수록, NYHA 기능단계가 나쁠수록, 산소포화도가 낮을

Table 4. Correlation among the Major Variables(N=231)

Variable	Age	Academic achievement	Mother's age	Mother's education	Maternal attitude	NYHA Fc	CHD FI	Oxygen saturation	Number of heart op	Duration of last op	Resilience	Depression
Age	1.00											
Academic achievement	0.06	1.00										
Mother's age	0.17	-0.02	1.00									
Mother's education	-0.19	-0.16	-0.20	1.00								
Maternal attitude	0.02	0.21	0.19	0.18	1.00							
NYHA Fc	0.01	-0.13	0.09	0.01	0.02	1.00						
CHD FI	0.02	-0.19	0.08	0.05	0.01	0.25*	1.00					
Oxygen saturation	0.01	0.20	0.01	0.03	0.00	-0.28*	-0.29*	1.00				
Number of heart op	0.19	0.18	0.18	0.02	0.01	0.20	0.17	0.11	1.00			
Duration of last op	0.15	0.18	0.16	0.01	0.04	0.21	0.20	0.15	-0.15	1.00		
Resilience	-0.24*	0.24*	0.09	0.14	0.41 [†]	-0.34*	-0.19	-0.24*	-0.19	0.22	1.00	
Depression	0.25*	-0.41 [†]	0.13	-0.20	-0.49 [†]	0.35 [†]	0.18	-0.39 [†]	0.20	-0.24	-0.59 [†]	1.00

* $P < 0.05$, [†] $P < 0.01$

Abbreviations : NYHA Fc, New York heart association functional class; CHD FI, Congenital heart disease functional index; OP, Operation

Table 5. Related Factors of Depression(N=231)

Variable	β	P
Age	0.69	0.526
Academic achievement	-0.27	0.102
Maternal attitude	-0.48	0.004
NYHA functional class	0.32	0.035
Oxygen saturation	-0.18	0.325
Resilience	-0.62	0.000
$R^2=0.62$, Adj R -sp=0.54		

수록 우울정도가 높았다.

극복력과 상관관계가 있는 변수로는 양육태도($r=0.41$, $P < 0.01$), NYHA 기능단계($r=-0.34$, $P < 0.05$)로 나타났다. 즉, 부모의 양육태도가 애정적이고 자율적일수록, NYHA 기능단계가 좋을수록 극복력이 높았다.

그러나 어머니의 나이, 어머니의 학력, 심장수술횟수, 심장수술 후 경과한 기간은 극복력 및 우울의 정도와 유의한 상관관계가 없었다.

극복력과 우울정도의 상관관계를 보면 통계적으로 유의한 역상관관계($r=-0.59$, $P < 0.01$)를 나타내어 극복력이 높을수록 우울이 낮은 것으로 나타났다(Table 4). 극복력의 하부 영역인 개인 내적요인($r=-0.69$, $P < 0.01$), 대처양상($r=-0.39$, $P < 0.05$), 대인관계($r=-0.59$, $P < 0.01$) 역시 우울정도와 통계적으로 유의한 역상관관계를 보였다.

4. 우울과 관련된 변수 분석

우울과 통계적으로 유의하게 나타난 6개의 변수, 즉 나이, 학교성적, 양육태도, NYHA 기능단계, 산소포화도, 극복력에 대해 각각의 변수를 통제된 상태에서 다중회귀분석을 한 결과, 부모의 양육태도($P < 0.01$)와 극복력($P < 0.01$)이 우울과 역상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 5). 분석에 포함된 변수들의 우울에 대한 설명력은 62%이었다.

고 찰

본 연구에서 선천성심질환 수술을 받은 대상 청소년들의 우울 점수는 16.74로, 동일한 측정 도구를 사용한 Cho와 Lee¹⁴⁾의 정상 청소년 우울점수 14.72와 Kim와 Yoo¹⁸⁾의 신증후군 청소년들의 우울점수 11.44 보다 높게 나타났다. 이는 만성질환아 일수록 더 우울하다는 기존의 연구들^{19, 20)}과 일치하며, 이들의 우울을 예방하고 완화시키기 위한 중재개발이 우선되어야 함을 시사한다.

본 연구에서 나이, 학업 성취도, 부모의 양육태도, NYHA 기능단계, 산소포화도 및 극복력이 수술 치료를 받은 선천성심질환 청소년 환자들의 우울에 유의한 변수로 나타났고, 진단명, 심장수술횟수, 수술 후 시간경과는 우울과 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 이는 나이가 많을수록 사춘기 심리적 특성 때문에 우울정도가 높으며, 학교성적이 자신을 평가하는 중요한 기준이 되는 현실 때문에 성적이 나쁠수록 더욱 우울하다는 기존

의 연구결과^{18, 21)}와 일치한다. 따라서 학교성적이나 학업성취도가 낮은 만성질환 청소년 환자들은 담임교사나 보건교사 등과 연계하여 이들의 심리적 문제에 대한 특별관리가 필요하다. 또한 선천성심질환 환자들은 수술 후에도 왜소한 신체, 청색증, 신체기능의 한계 등으로 정상이라는 인식을 형성하기 어렵고^{22, 23)}, 수술 전 체육과 경쟁적인 운동에서 소외되는 등 또래 모임에서의 아픈 기억이 우울과 강한 관련성을 보인다고 한다²⁴⁾. 따라서 정확한 운동능력 측정을 통해 허용 가능한 운동 범위를 알려 줌은 물론, 자신의 신체적 한계를 극복할 수 있는 정서적 지지 제공이 필요하다고 하겠다.

우울의 정도와 전체 극복력의 점수는 역상관관계가 나타났으며, 극복력의 하부 영역 세 부분 역시 모두 우울점수와 높은 역상관관계를 보였다. 다중회귀분석을 통해 다른 변수를 통제한 상태에서 극복력은 우울에 영향을 주는 중요한 변수임을 보여 주었다.

부모의 양육태도 역시 만성질환 청소년 우울의 관련 요인으로 보고되어 왔다^{16, 25, 26)}. Lee 등²⁵⁾은 내향적이고 의존성을 조장하며 자녀를 부정적으로 평가하는 경향을 보이는 부모의 청소년은 우울정도가 높다고 하였다. 자녀의 만성질환은 가족에게 신체적, 심리적, 경제적 부담을 주게 되며, 이러한 부담감이나 스트레스는 부모 자녀 관계에 영향을 주게 되어 자녀를 과보호하거나 거부 또는 적대시하는 양상으로 양육태도에 변화를 가져올 수 있다¹⁶⁾. 이로 인해 청소년 환자 자신도 사회, 정서적으로 부정적인 변화를 보이고, 자신의 심질환을 일상생활 속에 조화 융합시키는데 어려움을 겪을 수 있다²⁶⁾. 본 연구에서 부모의 양육태도는 우울정도와 극복력 모두와 상관관계가 있으며, 극복력을 통제한 다중회귀분석결과에서도 유의하게 나타나 극복력과 상관없이 청소년의 우울정도에 영향을 미친다고 하겠다. 즉 부모의 양육태도가 애정적이고 자율적인 경우 청소년의 극복력과 관계없이 우울정도가 낮은 것으로 관찰되었다. 따라서 부모가 청소년 환자에게 애정적이고 자율적이며 보다 긍정적인 양육태도를 가질 수 있도록 중재하는 노력이 필요할 것으로 본다.

본 연구 결과를 볼 때 청소년의 우울을 예방하고 완화시키기 위하여서는, 우선 선천성심질환 및 만성질환을 가진 청소년의 개인적 특성, 스트레스 상황에서의 대처능력 및 대인관계 영역에서의 극복력을 높이기 위한 중재노력^{18, 27)}과 부모의 긍정적 양육태도를 유도하기 위한 부모교육 프로그램 개발이 필요할 것으로 사료된다. 특히, 청소년 환자의 극복력을 높이기 위한 중재노력은 이들이 성인이 되어서도 자신의 질병을 조절 가능한 질환으로 생각하고 생활에 적응해 나갈 수 있도록 하는데 큰 도움이 될 것이다.

따라서 앞으로 청소년 선천성심질환 환자의 극복력을 파악하고 증진시킬 수 있는 보다 심층적인 연구가 뒤따라야 할 것이며, 다른 만성질환을 가지고 있는 청소년의 우울과 극복력 그리고 적응에 영향을 미칠 수 있는 제 요인을 규명하기 위한 반복연구가 필요하리라 본다.

요 약

목적 : 선천성심질환 청소년의 우울정도와 극복력의 상관관계를 파악하고 우울과 관련된 변수를 확인하고자 하였다.

방법 : 선천성심질환으로 수술을 받고 2개 대학병원 및 심장 전문병원에 등록되어 추적관찰 중인 만 13-18세 청소년 231명을 대상으로 하였다. 연구 도구는 만성질환아를 대상으로 개발한 극복력 도구와 Beck의 우울척도를 8-18세에 맞게 변형시킨 Kovasc의 CDI를 사용하였다.

결과 : 선천성심질환 청소년의 우울정도는 0-54점 가능 점수에서 평균 16.74점이었고, 극복력은 70-160점 가능 점수에서 115.84점이었다. 극복력에 따른 우울정도는 극복력과 우울은 유의한 역상관관계($r=-0.59, P<0.01$)를 나타냈다. 또한, 극복력의 하부 개념인 개인내적요인($r=-0.69, P<0.01$), 대처양상($r=-0.39, P<0.05$), 대인관계($r=-0.59, P<0.01$)도 우울정도와 통계적으로 유의한 역상관관계를 보였다. 다중회귀분석 결과 선천성심질환 청소년의 우울과 관련된 유의한 변수는 부모의 양육태도($\beta=-0.48, P<0.01$) 및 극복력($\beta=-0.62, P<0.01$)으로 나타났다.

결론 : 선천성심질환 청소년에서 청소년 자신의 극복력이 높을수록 부모가 긍정적인 양육태도를 가질수록 우울정도가 낮음을 알 수 있었다. 따라서 환자 자신의 극복력을 파악하고 증진할 수 시킬 수 있는 심층 연구와 선천성심질환 청소년과 같이 만성질환을 가진 자녀의 부모에게 양육태도의 중요성을 가질 수 있도록 돕는 중재개발이 필요하다.

References

- 1) Lee HJ. Congenital heart disease after childhood: Experience of grown up congenital heart clinic(GUCH clinic). Korean Circ J 2001;31:537-41.
- 2) Warnes CA, Libberthson R, Danielson GK, Dore A, Harris L, Hoffman JI, et al. Task force 1: The changing profile of congenital heart disease in adult life. J Am Coll Cardiol 2001;37:1170-5.
- 3) Huh J, Noh CI, Kim YW, Yoon MJ, Choi JY, Yun YS, et al. Midterm follow-up of children with corrected transposition of the great arteries. Korean Cir J 1998;28:1774-81.
- 4) Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. Philadelphia(PA): WB Sanders Co, 2004: 1481-554.
- 5) Choi YR, Lee HJ, Park SW, Kang IS, Min JY, Park SW, et al. Clinical profile of congenital heart disease in adolescent and adults: Early experience of grown up congenital heart clinic. Korean Circ J 1998;28:1782-9.
- 6) Blum RW. Overview of transition issues for youth with disabilities. Pediatrician 1992;18:101-4.
- 7) Alden B, Giljam T, Gillberg C. Long-term psychological outcome of children after surgery of transposition of the great arteries. Acta Paediatr 1998;87:405-10.
- 8) Moon JR, Lee HJ. Transitioning adolescents with congeni-

- tal heart disease into adult health care. *J Korean Pediatr Cardiol* 2004;8:135-42.
- 9) Mulerner LB, Lee AH, Binns CW, Lower A. Quality of life of adolescent. *Qual Life Res* 2003;12:283-90.
 - 10) Garmezy N. Stressors of childhood. In: Garmezy N, Rutter M, editors. *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill, 1993:43-85.
 - 11) Popelova F, Slavik Z, Skovranke J. Are cyanosed adult with congenital heart cardiac malformation depressed? *Cardiol Young* 2001;11:379-84.
 - 12) Kim KH. Development of an instrument to measure resilience in children with chronic illness [dissertation]. Seoul: Yonsei Univ., 2002.
 - 13) Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspect*. New York: Harper & Row, 1967:52-65.
 - 14) Cho SC, Lee YS. Development of Korean form of Kovacs children depression inventory. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1990;29:943-56.
 - 15) Kwak JS. The relationships between parents' child-rearing types perceived by children and sex identity [dissertation]. Seoul: Korea Univ., 1994.
 - 16) The criteria committee of the new york heart association. *Nomenclature and criteria for diagnosis of disease of the heart and great vessel*. 9th ed. Boston(MA): Little Brown & Co, 1994:113-26.
 - 17) Moons P, Siebens K, De Geest S, Abraham I, Budts W, Gewilling M. A pilot study of expenditures on, and utilization of resources in, health care in adults with congenital heart disease. *Cardiol Young* 2001;11:301-13.
 - 18) Kim KH, Yoo IY. Relationship between depression and resilience among children with nephrotic syndrome. *J Korean Acad Nurs* 2004;34:534-40.
 - 19) Boekaerts M, Roder I. Stress, coping and adjustment in child with a chronic disease: A review of the literature. *Disabil Rehabil* 1999;21:311-37.
 - 20) Soliday E, Kool E, Lande MB. Psychosocial adjustment in child with kidney disease. *J Pediatr Psychol* 2000;25:93-103.
 - 21) Lee WJ, Bae SE, Sin MS, Oh JY, Yoo IS, Park NW. Propensity to depression and anxiety in children. *J Korean Acad Fam Med* 1998;19:828-37.
 - 22) Somerville J. Management of adults with congenital heart disease: An increasing problem. *Ann Rev Med* 1997;48:283-93.
 - 23) Foster E, Graham TP Jr, Driscoll DJ, Reid GJ, Reiss JG, Russell IA, et al. Task force 2: special health care needs of adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1161-98.
 - 24) Horner T, Liberthson R, Jellinek MS. Psychosocial profile of adults with congenital heart disease. *Mayo Clinic Proc* 2000;75:31-6.
 - 25) Lee JH, Park JS, Choi YM. Studies on factors involved in children's depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1995; 34:1485-91.
 - 26) Moons P, De Geest S, Budts W. Comprehensive care for adult with congenital heart disease: Expanding roles for nurse. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002;1:23-8.
 - 27) Moon JR. A model of quality of life in adolescents with congenital heart disease [dissertation]. Seoul: Catholic Univ., 2005.