

일 지역 저소득 가정 아동의 정서행동문제

이 정 숙¹ · 김 수 진¹ · 김 보 영^{2*} · 권 영 란³ · 정 혜 정⁴ · 정 순 복⁵

¹전남대학교간호대학 교수, 전남대학교간호과학연구소
^{2*}광주광역시남구정신보건센터 정신보건간호사(교신저자)
³조선대학교 의과대학 간호학과 조교수
⁴광주광역시청 사회복지국 보건위생과 보건주무관
⁵동신대학교 대학원 박사과정

A Study on Emotional Behavioral Problem of Children in Low-Income Family

Chung Sook Lee¹, Soo Jin Kim¹, Bo Young Kim^{2*}, Young Ran Kweon³, Joung Hey Joung⁴, Soon Bok Jeung⁵

¹Professor, College of Nursing, Chonnam National University,
Chonnam National University Research Institute of Nursing Science

^{2*}Psychiatric Mental Health Nurse, Namgu Mental Health Center

³Assistant Professor, Dept. of Nursing, College of Medicine, Chosun University.

⁴Public Health Assistant Deputy Director, Health and Hygiene Division, Social Welfare Bureau, Gwangju Metropolitan City

⁵Doctoral student, Dongshin University

ABSTRACT

Purpose : This study was to examine the emotional behavioral problem of children in low-income family who were participating in local children care center.

Method : From June 2 to September 9, 2008, 322 elementary school children were surveyed using structured questionnaire. Emotional behavioral problem were measured using K-YSR.

Result : In the distribution of three groups by emotional behavioral problems scores of subjects, normal group was 83.23%, borderline group was 9.32%, clinical group was 7.45% among 322 children. The emotional behavioral problem score of subjects showed attention problem .62(5.61), aggressive behavior .52(9.87), anxiety and depression .50(7.89), withdrawn .49(3.46), social problem .43(3.50), somatic complaints .35(3.17), thought problem .32(2.27), delinquent behavior .31(3.11) and total behavioral problem scores were .44(44.55). Also, total behavioral problem scores was not significantly difference by sex and grade, but the scores of girls students was higher compared with boys.

Conclusion : This finding will be significant in that it can provide basic data for school mental health services, which can provide early intervention program for the students who belong to borderline and clinical groups

Key words : Mental health, Poverty, Student

(2009년 11월 26일 접수, 2009년 12월 10일 채택)

Corresponding author : Bo Young Kim

Psychiatric Mental Health Nurse, Namgu Mental Health Center

Gwangju Namgu Mental Health Center, 203-2 Baegun 2 dong, Namgu, Gwangju 503-808, Korea

Tel : 82-62-654-8236, Fax : 82-62-655-8236, e-mail : dasom7812@hanmail.net

1. 서 론

1. 연구의 필요성

IMF 이후 회복기에 들어섰던 경기가 2003년부터 다시 악화되면서 저소득으로 인한 빈곤문제는 중요한 사회적 관심의 대상이 되었고 저소득 가정 아동의 심각한 실태가 알려지기 시작했다(구인회, 2003). 보건복지부 집계에 따르면 2003년 한 해 동안 발생한 18세 미만 요보호아동 수는 10,056명인데, 발생 원인으로서는 부모의 빈곤이나 실적이 42%로 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 전국의 아동관련 42개 상담소의 전체 상담건수 31,303건 중 10,194건이 생계곤란으로 나타나, 빈곤이나 실직과 같은 경제적 문제가 가장 심각함을 알 수 있어 저소득 가정의 빈곤아동 문제는 더 이상 소수의 문제로 방치할 수 없는 수준에 와 있다(신지현, 2008).

보건복지부는 '아동의 권리신장'이라는 2005년도 정책목표를 세우고 지역사회 저소득층 아동을 위한 지원체계의 일환으로 지역아동센터 확대 및 활성화 사업을 추진하고 있다. 지역아동센터는 가정에서 자녀양육기능의 약화로 방과 후 적절한 보호와 지도를 받지 못하는 지역사회 저소득층 아동에게 보호, 급식, 교육 및 안전한 놀이와 오락 등 종합적인 아동복지서비스를 제공하는데 목적을 두고 있다(보건복지부, 2005). 또한 부모의 빈곤이나 실직, 가출, 맞벌이와 가족해체 등에 의하여 보장받지 못하는 만 18세 미만 아동의 권리를 보호하기 위한 시설이며(아동복지법, 제 16조 제 1항 11호), 2006년 12월 기준 전국에 지역아동센터 2029개소의 이용 아동 중 결혼이민자 가정 아동 321명, 탈학교 103명, 기타 99명으로 지역사회 곳곳에서 사회적 돌봄이 필요한 아동들을 돌보고 있으나(김경미, 2008) 이들의 정신건강문제를 관리할 수 있는 전문 인력은 거의 없는 실정이다.

저소득 가정 아동은 부모 간 갈등, 심리적 압박, 의료적 어려움, 경제적 어려움, 자아 존중감 및 자신감 상실, 친구나 가족들로부터의 위축감 같은 부정적인 경험들로 아동발달에 부정적인 결과를 초래함으로써 적응의 어려움을 가속화시켜 빈곤의 악순환을 가속화시킬 수 있다(김경미, 2008). 또한

경제적 불충분 상태에서 파생되어지는 빈곤가정의 경제적, 사회적, 정서적 불만 요인으로 인해 아동의 우울, 또래관계에서의 어려움, 품행장애, 아동의 취학중단 및 학업부진, 부적응행동 등 아동발달상의 문제를 가져오며, 지속적인 부적응 행동은 정서적 문제 및 비행의 문제로 이어지기도 한다(민경화, 2000).

보건복지부(2006)가 초등학생을 대상으로 실시한 정신건강 선별검사 결과, 초등학생 4명 중 1명인 25.8%가 정서와 행동에 문제를 안고 있는 것으로 나타났고, 초등학생의 정신건강 상태에 대한 조은숙(2008)의 연구결과 정상군 70.3%, 위험군 29.7%로 나타났다. 또한 이정희(2007)의 연구에서는 저소득 가정 아동의 심리사회적 적응에서 우울, 불안이 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 공격성, 위축, 비행의 순으로 나타났다. 이러한 아동기의 정서행동문제는 일시적으로 나타났다가 사라지는 것이 아니라 약 60% 정도의 아동의 경우 그 문제가 지속적으로 유지되는 특징이 있어(백혜정, 황해경, 2006), 문제가 해결되지 않았을 경우 청소년기의 비행이나 일탈로 이어지며 성인기의 정신건강 문제의 근원이 될 수 있다(남소현, 김영희, 2000)는 점에서 예방차원의 중요성이 점점 부각되고 있다. 특히 초등학교 고학년인 11세에서 13세는 초기 청소년기로서 급격한 생리적 변화와 자아정체감 형성이 이루어지면서 사춘기가 시작되고, 정서적 불안정이나 기타 적응의 문제가 나타날 가능성이 많은 시기(이정숙 외, 2008)이므로 저소득 가정 아동의 정서행동문제를 조기발견하고 조기중재를 위한 실태를 파악하는 것은 중요한 일이다.

그러나 저소득 가정 아동의 정서행동문제 관련 선행연구들은 주로 지역아동센터를 이용하는 저소득층 아동들의 심리사회적 특성, 그리고 저소득 가정 아동의 문제행동과 관련 있는 개인, 가족 및 학교환경 변인들과의 관계에 관한 연구(고근중, 2006; 문은경, 2006; 서찬란, 이형실, 2006; 신지현, 2008; 최보윤, 광노의, 2006)가 주를 이루고 있어, 저소득 가정 아동의 정서행동문제 수준 및 실태조사 연구가 부족한 실정이다. 또한 아동의 정서행동 문제 및 관련요인들이 연구마다 도구가 다르고 일관성

이 없이 다양하게 나타났기에, 본 연구에서는 저소득 가정 아동이 지각하는 정서행동문제를 확인하는 것이 필요하다고 생각되었다.

따라서 본 연구는 G 광역시 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동의 정서행동문제 실태를 파악하여 날로 증가하고 있는 저소득 가정 아동의 정서 행동문제를 예방할 수 있는 조기발견 및 조기중재 프로그램 개발, 임상적 문제를 가진 아동의 조기발견 및 조기치료를 위한 자원연계 시스템 개발, 그리고 교사와 학부모 교육 프로그램 개발 등 학교정신보건사업 모형 구축을 위한 기초 자료를 제공하는데 목적이 있다.

2. 연구의 목적

- 1) 저소득 가정 아동의 정서행동문제 점수에 따른 일반군, 준 임상군 및 임상군의 분포를 확인한다.
- 2) 저소득 가정 아동의 집단 별 정서행동문제 점수 차이를 확인한다.
- 3) 저소득 가정 아동의 학년별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제 점수 차이를 확인한다.

3. 용어정의

1) 저소득 가정 아동

우리나라에서 공식적으로 저소득 가정이라 하면 최저 생계비 이하인 가족과 최저생계비 120%에 속하는 차 상위 계층 가정을 의미하며(한국여성복지연구회, 2005), 저소득 가정 아동이란 '국민기초생활보장법'에 의거 '국민기초생활보장수급권자'로 선정된 가정 아동을 말한다(고근중, 2006). 본 연구에서는 지역아동센터를 이용하는 초등학교 4, 5, 6학년 학생을 말한다. 지역아동센터를 이용하는 아동은 빈곤 아동 뿐 아니라 차 상위계층 가정인 저소득 가정 아동이다.

2) 정서행동문제

정서행동문제는 아동기에 흔히 보일 수 있는 문제행동증후군으로, 자신의 행동을 지나치게 억제하거나 자신을 적절히 표현하지 못하는 위축행동, 우울, 불안, 두려움 및 신체증상 등의 내재화문제와, 아동이 자신의 문제를 적절히 통제하지 못하여 발

생되는 공격성, 과잉행동, 거짓말, 도벽, 및 다른 사람을 못살게 구는 등의 외현화 문제 행동 및 총 문제행동을 말한다(Achenbach, 1991). 본 연구에서는 Achenbach(1991)가 제작한 Youth Self-Report를 오경자 등(2001)이 표준화 절차를 거친 청소년 자기행동평가(K-YSR: Korea Youth Self-Report) 중 문제행동증후군 척도로 측정한 점수를 말한다.

II. 연구내용 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 G 광역시 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동의 정서행동 문제를 확인하기 위해 구조화된 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 G 광역시 소재 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동 중 초등학교 4, 5, 6학년 학생을 대상으로, 연구의 목적을 이해하고 참여여부를 스스로 결정하고 동의 한 아동 322명(남학생 138, 여학생 184)을 대상으로 하였다. 연구대상을 초등학교 4, 5, 6학년으로 선정한 것은 문제행동에 대한 자기보고가 가능한 시기가 11세 이후이고(오경자 등, 2001), 또한 이시기가 Piaget의 구체적 조작기 후기에 해당하여 자신과 타인에 대한 지각이 가능하고 문제행동에 대한 여러 변인들의 관계성을 이해할 수 있는 시기라고 보았기 때문이다(신지현, 2008). 본 연구 대상자 수를 결정하기 위하여 G^*Power 3.0 프로그램을 활용하여, Effect size(d)=0.25, α =0.05, Power($1-\beta$)=0.90로 분석한 결과 최소 표본 수는 309개이었다. 본 연구에서는 탈락자를 감안하여 400명을 선정하였다.

본 연구에서 아동행동문제 집단 분류는 문제행동증후군 척도 119문항에 대한 총점을 T점수로 환산한 것을 기준으로, 본 연구대상을 일반군, 준 임상군, 임상군으로 분류하였다. 분류결과 총 322명 중 24명(7.45%)이 T점수 70점 이상의 임상군으로 분류되어 전문적인 치료가 필요하다. 30명(9.32%)은 T점수가 63-70점미만으로 경미한 수준의 정서행동 문제를 보이는 준 임상군으로 분류되어 정서·행동

〈표 1〉 대상자의 정서행동 문제 수준 별 집단분류

| 변수 | 집단(n) | 평균(표준편차) | 범위 | | 집단분류 원점수 기준(T-점수) |
|--------|-----------|--------------|----|-----|----------------------|
| | | | 최소 | 최대 | |
| 총 문제행동 | 일반군(268) | 36.25(16.00) | 1 | 67 | 67점 미만(63T 미만) |
| | 준 임상군(30) | 76.80(5.27) | 69 | 84 | 67~88점 미만(63~70T 미만) |
| | 임상군(24) | 96.92(7.88) | 87 | 121 | 88점 이상(70T 이상) |

상의 문제가 잠재되어 있음을 말한다. 나머지 268명(83.23%)은 T점수가 63점미만으로 나타나 일반군으로 분류되어 정서·행동 상의 문제가 없음을 말한다(표 1).

3. 연구도구

정서·행동문제(K-YSR; Korea-Youth Self-Report)

정서행동문제 측정 도구는 Achenbach(1991)가 제작한 Youth Self-Report를 오경자 등(2001)이 공동연구로 번안하여 표준화 절차를 거친 청소년 자기행동평가척도(K-YSR : Korea-Youth Self-Report)이다. 청소년 자기행동평가척도(K-YSR)는 총 142 문항 중 사회능력 척도 23문항, 문제행동 증후군 척도 119문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 K-YSR의 119 문항으로 구성된 문제행동증후군 척도만을 사용하였다. 문제행동증후군 척도는 크게 내재화 문제, 외현화 문제, 총 문제행동으로 구분하여 평가된다. 내재화문제의 하위척도는 위축, 신체 증상, 우울/불안이 있고, 외현화문제의 하위척도는 비행과 공격성이 있다. 문제행동증후군 척도에서 내재화문제, 외현화 문제에 포함되지 않는 척도로는 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제 척도가 있다.

K-YSR은 아동 자신이 지난 6개월 동안에 보인 문제행동들에 대해 '전혀 아니다' 0점, '가끔 그렇다' 1점, '자주 그렇다' 2점의 3점 리커트 척도로서, 점수범위는 최저 0점에서 최고 238점이며 점수가 높을수록 정서행동문제의 정도가 심하다는 것을 의미한다. 본 연구에서 정서·행동문제의 Cronbach's Alpha 계수는 .93이었으며, 하부요인인 내재화 문제의 Cronbach's Alpha 계수는 .90, 외현화문제의

Cronbach's Alpha 계수는 .84이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구는 2008년 6월 2일부터 9월 9일까지, G광역시 소재 지역아동센터를 이용하는 초등학교 4, 5, 6학년 아동을 대상으로 구조화된 질문지를 이용하여 인구학적 특성, 정서행동문제를 조사하였다. 자료수집 방법은 G광역시청에서 G광역시에 소재한 각 지역아동센터에 협조공문을 보낸 후, 본 조사에 협조하기를 원하는 지역아동센터 교사, 연구자 및 G광역시 담당 선생님과 협의회를 실시하였다. 지역아동센터 교사들은 본 연구목적과 조사방법, 설문지의 내용과 자료수집방법에 대해 2시간의 교육을 받았다. 자료수집 시 지역아동센터 교사들은 대상자에게 연구목적을 설명하고 동의를 구한 후, 윤리적인 측면을 고려하여 대상자에게 연구의 취지와 응답을 원치 않을 경우는 철회할 수 있고 회수된 자료는 익명으로 처리됨을 알려준 후 자의적으로 연구에 참여하기를 수락하는 아동들을 임의표출 하였다.

또한 본 조사에 앞서 측정도구의 신뢰도, 문항내용에 대한 아동의 이해정도, 소요시간 등을 파악하기 위해 예비조사를 실시하였다. 예비조사는 지역아동센터 교사 협조 하에 아동 7명을 대상으로 연구도구를 개별적으로 읽어가면서 이해하기 어렵다고 지적되는 일부 문항을 수정하였다. 특히 일반적 특성 중 가정경제 상태, 부모님 동거여부, 부모님 학력 및 직업에 대한 문항은 많은 아동들이 기입하기를 꺼려하여 강요하지 않았다. 이러한 과정 후에 지역아동센터 장 2인, 아동·청소년 정신보건간호사 1인, 정신간호학 교수 2인에게 전문가 타당도 검증을 거쳤다. 그리고 대상자 중 문항을 잘 이해

하지 못하는 아동들은 지역아동센터 교사가 직접 아동들에게 개별적으로 질문지를 읽어주고 그 자리에서 응답하도록 하여 자료를 수집하였다. 설문지 작성 소요시간은 약 30-40분 정도 이었으며, 각 지역아동센터를 이용하는 4, 5, 6학년 아동 400명을 조사대상으로 질문지를 배포하였으며 회수된 367부 중 응답이 불확실한 45부를 제외한 총 322부를 최종분석에 사용하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 15.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, Chi-square, Fisher's exact test를 이용하여 분석하였다.
- 2) 대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서

행동문제는 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였다.

3) 대상자의 집단 별 정서행동문제 점수 차이는 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

4) 대상자의 학년, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제 점수 차이는 t-test를 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 연구대상 총 322명 중 일반군은 268명, 준 임상군 30명, 임상군 24명 이었다. 학년 별 분포를 보면 4학년은 23.3%, 5학년은 43.2%, 6학년은 33.5%로 5학년이 가장 많았으며 남학생은 42.9%, 여학생은 57.1%로 여학생이 더 많았다. 가족과의 대화정도는 '자주'

<표 2> 대상자의 일반적 특성

| | | (N=322) | | | | | | |
|----------------|----|----------------|-----------------|---------------|----------------|---|------|--|
| 일반적 특성 | 범주 | 일반군 (n=268) | 준 임상군 (n=30) | 임상군 (n=24) | 총 계 (n=322) | χ^2 / Fisher's exact test | p | |
| | | 빈도(%) | 빈도(%) | 빈도(%) | 빈도(%) | | | |
| 인구학적 특성 | | | | | | | | |
| 학년 | 초4 | 64(19.9) | 6(1.8) | 5(1.6) | 75(23.3) | 5.546 | .239 | |
| | 초5 | 113(35.1) | 18(5.6) | 8(2.5) | 139(43.2) | | | |
| | 초6 | 91(28.3) | 6(1.8) | 11(3.4) | 108(33.5) | | | |
| 성별 | 남 | 114(35.4) | 13(4.1) | 11(3.4) | 138(42.9) | .101 | .974 | |
| | 여 | 154(47.8) | 17(5.3) | 13(4.0) | 184(57.1) | | | |
| 가족관련 특성 | | | | | | | | |
| 가족 대화 | 자주 | 95(29.6) | 13(4.0) | 8(2.5) | 116(36.1) | 2.623 | .623 | |
| | 보통 | 156(48.6) | 16(5.0) | 13(4.0) | 185(57.6) | | | |
| | 못함 | 16(5.0) | 1(.3) | 3(0.9) | 20(6.2) | | | |
| 가족 관계 | 편함 | 135(41.9) | 18(5.6) | 8(2.5) | 161(50.0) | 4.738 | .315 | |
| | 보통 | 117(36.3) | 10(3.1) | 15(4.7) | 142(44.1) | | | |
| | 불편 | 16(5.0) | 2(.6) | 1(.3) | 19(5.9) | | | |
| 학교관련 특성 | | | | | | | | |
| 성적 | 상 | 61(19.1) | 4(1.3) | 6(1.9) | 71(22.2) | 1.562 | .816 | |
| | 중 | 56(17.5) | 7(2.2) | 5(1.6) | 68(21.3) | | | |
| | 하 | 149(46.6) | 19(5.9) | 13(4.1) | 181(56.6) | | | |
| 학교생활 만족 | 좋음 | 90(28.0) | 5(1.6) | 12(3.7) | 107(33.3) | 7.547 | .110 | |
| | 보통 | 61(19.0) | 7(2.2) | 3(0.9) | 71(22.1) | | | |
| | 나쁨 | 116(36.1) | 18(5.6) | 9(2.8) | 143(44.5) | | | |

*p<.05

36.1%, '보통' 57.6%, '못함' 6.2%로, 94% 정도에서 보통 이상으로 가족과의 대화를 잘한다고 응답하였고, 가족관계는 '편함'이 50%, '보통' 44.1%, '불편' 5.9%로 94%에서 보통 이상으로 편하다고 응답하였다. 성적은 '상' 22.2%, '중' 21.3%, '하' 56.6%로 '하'라고 생각하는 아동이 가장 많았으며, 학교생활 만족에서 '좋음'이 33.3%, '보통'이 22.1%, '나쁨'이 44.5%로 학교생활에서 비교적 만족하지 못하는 아동이 가장 많았다.

2. 대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제

대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제 결과는 <표 3>과 같다. 연구대상 총 322명 중 일반군은 83.23% (268명), 준 임상군 9.32% (30명), 임상군 7.45% (24명) 이었다. 집단 별 학년 분포를 살펴보면, 일반군은 5학년은 35.09%, 6학년은 28.26%, 4학년은 19.88% 순으로 총 83.23%이며, 준 임상군은 5학년은 5.59%, 4학년은 1.86%, 6학년은 1.86%순으로 총 9.32%로 준 임상군은 5학년에서 가장 많은 것으로 나타났고, 임상군은 6학년은 3.42%, 5학년은 2.48%, 4학년은 1.55% 순으로 총 7.45%로 나타나 임상군은 6학년에서 가장 많은 것으로 나타났다. 그리고 집단 별 성별분포를 살펴보

면, 일반군은 남학생 35.40%, 여학생 47.83%이며, 준 임상군은 남학생 4.04%, 여학생 5.28%, 임상군은 남학생 3.42%, 여학생 4.04%로 나타나 세 집단 모두 여학생이 남학생보다 더 많았다.

3. 대상자의 집단 별 정서행동문제 점수 차이

대상자의 집단 별 각각의 정서행동문제 점수 차이는 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다<표 4>. 대상자의 집단 별 정서행동문제 점수에서, 일반군은 평균평점 2점 만점 중, 내재화 문제는 .36점이며 내재화 문제 하위영역에서 위축 .41점, 불안 및 우울은 .39점, 신체증상 .26점 순으로 나타났다. 외현화 문제는 .36점이며 외현화 문제 하위영역에서 공격행동 .43점, 비행행동 .24점 순으로 나타났다. 사회적 미성숙 .36점, 사고의 문제 .25점, 주의집중문제 .54점으로 총 문제행동 점수는 .36점으로 나타났다. 준 임상군은 평균평점 2점 만점 중, 내재화 문제는 .82점이며 내재화 문제 하위영역에서 불안 및 우울은 .92점, 위축 .82점, 신체증상 .68점 순으로 나타났다. 외현화 문제는 .73점이며 외현화 문제 하위영역에서 공격행동 .89점, 비행행동 .51점 순으로 나타났다. 사회적 미성숙 .71점, 사고의 문제 .61점, 주의집중문제 .93점으로 총 문제행동 점수는 .76점으로 나타났다. 임상군은 평균평점 2점 만점 중, 내

<표 3> 대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제

(N=322)

| 범 주 | | 일반군(n=268) | 준 임상군(n=30) | 임상군(n=24) | 총계(n=322) |
|-----|---|------------|-------------|-----------|------------|
| | | 빈도(%) | 빈도(%) | 빈도(%) | 빈도(%) |
| 초4 | 남 | 26(8.07) | 2(.62) | 2(.62) | 30(9.32) |
| | 여 | 38(11.80) | 4(1.24) | 3(.93) | 45(13.98) |
| | 계 | 64(19.88) | 6(1.86) | 5(1.55) | 75(23.29) |
| 초5 | 남 | 49(15.22) | 10(3.11) | 5(1.55) | 64(19.88) |
| | 여 | 64(19.88) | 8(2.48) | 3(.93) | 75(23.29) |
| | 계 | 113(35.09) | 18(5.59) | 8(2.48) | 139(43.17) |
| 초6 | 남 | 39(12.11) | 1(.31) | 4(1.24) | 44(13.66) |
| | 여 | 52(16.15) | 5(1.55) | 7(2.17) | 64(19.88) |
| | 계 | 91(28.26) | 6(1.86) | 11(3.42) | 108(33.54) |
| 총 계 | 남 | 114(35.40) | 13(4.04) | 11(3.42) | 138(42.86) |
| | 여 | 154(47.83) | 17(5.28) | 13(4.04) | 184(57.14) |
| | 계 | 268(83.23) | 30(9.32) | 24(7.45) | 322(100.0) |

〈표 4〉 대상자의 집단 별 정서행동문제 점수 차이

(N=322)

| 변 수 | 일반군 (n=268) | 준 임상군 (n=30) | 임상군 (n=24) | 총계 (n=322) | | F | p |
|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|---------|----------|
| | 평균평점 (표준편차) | 평균평점 (표준편차) | 평균평점 (표준편차) | 평균평점 (표준편차) | 평균 (표준편차) | | |
| 내재화문제 | .36(.20) | .82(.14) | 1.07(.22) | .46(.30) | 14.17(9.21) | 193.095 | <.001*** |
| 불안/우울 | .39(.23) | .92(.19) | 1.16(.26) | .50(.33) | 7.89(5.35) | 176.505 | <.001*** |
| 신체증상 | .26(.26) | .68(.33) | .97(.42) | .35(.35) | 3.17(3.18) | 91.808 | <.001*** |
| 위축행동 | .41(.32) | .82(.28) | 1.06(.31) | .49(.37) | 3.46(2.59) | 65.983 | <.001*** |
| 외현화문제 | .36(.18) | .73(.15) | .90(.16) | .43(.25) | 12.98(7.45) | 149.212 | <.001*** |
| 비행행동 | .24(.19) | .51(.20) | .80(.29) | .31(.25) | 3.11(2.55) | 100.616 | <.001*** |
| 공격행동 | .43(.23) | .89(.18) | 1.01(.20) | .52(.29) | 9.87(5.56) | 118.625 | <.001*** |
| 사회적 미성숙 | .36(.26) | .71(.29) | .85(.31) | .43(.31) | 3.50(2.44) | 56.261 | <.001*** |
| 사과의 문제 | .25(.24) | .61(.29) | .82(.27) | .32(.30) | 2.27(2.11) | 82.181 | <.001*** |
| 주위집중문제 | .54(.31) | .93(.21) | 1.18(.27) | .62(.36) | 5.61(3.22) | 64.925 | <.001*** |
| 총 문제행동 | .36(.16) | .76(.05) | .96(.08) | .44(.24) | 44.55(24.08) | 260.712 | <.001*** |

*** p < .001

〈표 5〉 대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제 점수 차이

(N=322)

| 범 주 | | 일반군 | t(p) | 준 임상군 | t(p) | 임상군 | t(p) | 총계 | t(p) |
|-----|---|--------------|---------|-------------|---------|---------------|---------|--------------|--------|
| | | 평균(표준편차) | | 평균(표준편차) | | 평균(표준편차) | | 평균(표준편차) | |
| 초4 | 남 | 29.23(16.89) | -2.426 | 82.00(2.83) | 3.703 | 95.50(13.44) | -.829 | 37.17(26.12) | -1.628 |
| | 여 | 38.97(14.98) | (.018)* | 76.00(1.41) | (.021)* | 102.67(6.66) | (.468) | 46.51(23.11) | (.108) |
| 초5 | 남 | 35.35(18.53) | -.694 | 76.60(5.64) | .186 | 90.60(4.98) | -3.228 | 46.11(25.74) | .498 |
| | 여 | 37.56(15.39) | (.489) | 76.13(5.06) | (.855) | 98.33(1.53) | (.023)* | 44.11(21.71) | (.619) |
| 초6 | 남 | 37.08(16.40) | .225 | 69.00(.00) | -1.241 | 102.50(12.87) | 1.342 | 43.75(25.01) | -.493 |
| | 여 | 36.37(13.74) | (.823) | 78.40(6.91) | (.282) | 95.57(4.35) | (.212) | 46.13(24.30) | (.623) |
| 총계 | 남 | 34.54(17.56) | -1.462 | 76.85(5.84) | .041 | 95.82(10.45) | -.619 | 43.41(25.64) | -.731 |
| | 여 | 37.51(14.69) | (.145) | 76.76(4.97) | (.967) | 97.85(5.11) | (.542) | 45.40(22.88) | (.465) |

* p < .05

재화 문제는 1.07점이며 내재화 문제 하위영역에서 불안 및 우울은 1.16점, 위축 1.06점, 신체증상 .97 점 순으로 나타났다. 외현화 문제는 .90점이며 외현화 문제 하위영역에서 공격행동 1.01점, 비행행동 .80점 순으로 나타났다. 사회적 미성숙 .85점, 사고의 문제 .82점, 주의집중문제 1.18점으로 총 문제행

동 점수는 .96점으로 나타났다.

그리고 본 연구 대상자의 정서행동문제 중 일반군, 준 임상군 및 임상군 세 집단 모두 주위집중 문제가 2점 만점 중 .62점(5.61점)으로 가장 높게 나타났고, 다음은 외현화 문제 영역에서 공격성 .52 점(9.87점), 내재화문제 영역에서는 불안 및 우울은

.50점(7.89점), 위축 .49점(3.46점)이었고, 사회적 미성숙 .43점(3.50점), 신체증상 .35점(3.17점), 사고의 문제 .32점(2.27점), 비행행동 .31점(3.11점) 순으로 나타났으며 총 문제행동 점수는 .44점(44.55점) 이었다.

4. 대상자의 학년 별, 성별에 따른 집단 별 정서행동문제 점수 차이

대상자의 학년 별, 성별에 따라 집단 별 정서행동문제 점수 차이는 <표 5>와 같다. 일반군은 4학년에서 남학생은 29.23점, 여학생은 38.97점으로 유의한 차이가 나타나($t=-2.426, p=.018$) 여학생이 남학생보다 정서행동점수가 더 높게 나타났다. 준 임상군은 4학년에서 남학생은 82.00점, 여학생은 76.00점으로 유의한 차이가 나타나($t=-2.426, p=.018$) 남학생이 여학생보다 정서행동문제 점수가 더 높게 나타났다. 그리고 임상군에서는 5학년에서 남학생은 90.60점, 여학생은 98.33점($t=-3.228, p=.023$)으로 여학생이 남학생보다 정서행동문제 점수는 더 높게 나타났다.

그러나 전체적으로 보았을 때 학년 별, 성별에 따라 집단 별 정서행동문제 점수는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 학년 별 차이를 보면, 4학년은 남학생 37.17점, 여학생 46.51점($t=-1.628, p=.108$), 5학년은 남학생 46.11점, 여학생 44.11점($t=.498, p=.619$), 6학년은 남학생 43.75점, 여학생 46.13점($t=-.493, p=.623$)으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그리고 성별의 차이를 보면 남학생 43.41점, 여학생 45.40점으로 여학생이 남학생보다 정서행동문제 점수는 더 높게 나타났지만 유의한 차이는 없었다($t=-.731, p=.465$). 집단 별 차이를 보면 임상군은 남학생 34.54점, 여학생 37.51점($t=-1.462, p=.145$), 준임상군은 남학생 76.85점, 여학생 76.76점($t=.041, p=.967$), 임상군은 남학생 95.82점, 여학생 97.85점($t=-.619, p=.542$)으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

IV. 고 찰

본 연구 대상자의 집단 별 정서행동문제 실태를 살펴보면, 총 322명 중 일반군은 83.23%, 준 임상군

9.32%로 5학년에서 가장 많았고, 임상군 7.45%로 6학년에서 가장 많은 것으로 나타났다. 준 임상군과 임상군이 5, 6학년에서 약 17% 정도라고 볼 때, 이러한 결과는 저소득 가정 아동의 정서행동문제가 결코 간과될 수 없음을 나타낸다. 이는 보건복지부(2006)가 초등학생을 대상으로 실시한 정신건강 선별검사 결과, 초등학생 4명 중 1명인 25.8%가 정서행동에 문제를 안고 있는 것으로 나타난 결과와, 아동문제행동선별검사(CPSQ : Child Behavior-Problem Screening Questionnaire)를 사용하여 초등학생의 정신건강 상태에 대한 조은숙(2008)의 연구에서 정상군 70.3%, 위험군 29.7%로 나타난 결과, 그리고 이미숙(2001)이 SCL-90-R을 사용하여 조사한 연구에서 대상 아동의 20%가 문제행동을 보일 가능성이 있으며, GHQ(General Health Questionnaire)를 사용하여 조사한 하영신(2007)의 연구에서 아동의 23.5%에서 정신건강 문제를 가진 것으로 보고한 결과와는 다소 차이가 있다. 그러나 Brandenburg, Friedman 와 Silver(1990)는 전체 아동 중 14% - 22%정도가 발달문제, 정서문제, 행동문제로 인하여 일상생활이나 학습에 영향을 미친다는 결과는 본 연구결과를 지지해준다.

그러나 이 연구들이 모두 측정도구가 달라 직접적인 비교가 어렵지만 아동의 정신건강 선별 측정도구를 사용하였다는 공통점이 있어서 전반적인 추세를 살펴본 결과, 정서행동문제가 있는 아동의 비율이 증가추세를 보이고 있음을 알 수 있었다. 이런 증가 추세는 정서행동 측정도구의 다양성으로 인한 것인지, 사회전반의 변화와 같은 다른 원인에 의한 것인지에 대해서는 반복연구를 통한 신중한 결론이 필요할 것으로 사료된다.

우리나라는 아직도 부모 및 교사의 이해부족과 잘못된 선입견으로 아동의 정신건강문제를 소홀히 다루는 경우가 많다(장금옥, 2005). 특히 아동기의 많은 문제가 부모나 교사 등 성인에 의해 발견되어 의뢰하는 경우가 대부분인 것을 생각하면, 저소득 가정 아동의 드러나지 않는 정서행동 문제는 더 많을 것으로 생각된다. 따라서 이러한 아동의 정서행동문제는 심각한 발달상의 문제 뿐 아니라 그 후유증이 일생동안 지속되어 개인, 가정, 사회전반

에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로(조은숙, 2008), 준 임상군과 임상군에 속하는 5, 6학년 아동을 초기에 발견하여 최적의 시기에 전문적인 도움을 줌으로써 문제가 발생하는 것을 사전에 예방할 수 있도록 가정, 학교, 정신보건센터 및 의료기관과 연계한 학교정신보건사업을 정착시키는 것이 장기적으로 볼 때 비용 효과적 측면에서 유용하다고 사료된다.

대상자의 집단 별 총 문제행동 점수는 평균평점 2점 만점 중, 일반군은 .36점, 준 임상군은 .76점, 임상군은 .96점으로 높게 나타났다. 그리고 저소득 가정 아동의 전체적인 정서행동 문제영역과 임상군에서 높은 점수를 나타낸 4개의 영역은 주의집중문제 .62점(5.61점), 공격행동 .52점(9.87점), 불안 및 우울 .50점(7.89점), 위축 .49점(3.46점)으로 나타났다. 총 문제행동 점수는 .44점(44.55점)이었다. 이는 저소득 가정 아동의 심리사회적 적응에서 우울, 불안이 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 공격성, 위축, 비행의 순으로 나타났다는 이정희(2007)의 연구결과, 안동현 외(2003)의 조사에서 교사들이 아동들의 문제행동으로 선택한 문제행동은 1위가 '집중력이 짧고 주위가 산만하다', 2위가 '다른 아이들과 잘 어울리지 못한다', 3위가 '불만이 많고 쉽게 화를 낸다'로 이 세 가지 문제행동이 전체 응답의 약 절반을 차지하였다는 결과와 일치한다. 이런 결과는 전국적으로 공통적인 문제행동으로 앞으로 이들에 대한 대책이 순위에 있어서 가장 우선적으로 꼽혀야 할 것이다.

주의집중문제는 2점 만점 중 .62점(5.61점)으로 세 집단 모두 가장 높게 나타났으며 특히 임상군에서는 1.18점으로 가장 높게 나타났다. 다음으로 공격행동은 2점 만점 중 .52점(9.87점)이었으나 임상군에서는 1.01점으로 높게 나타났다. 이는 신지현(2008)의 저소득 가정 아동의 문제행동연구에서 공격성의 정도는 10.35점, 정선옥(2002)의 연구에서는 9.40점으로 본 연구결과와 거의 비슷하게 나타났다. 특히 저소득 가정 아동의 학년에 따른 전체문제행동에서는 차이가 없었으나 4학년에 비해 5학년이 더 많은 외현화 문제행동과 공격성을 보였다(신지현, 2008). 불안 및 우울은 2점 만점 중 .50점(7.89

점)이었으나 임상군에서는 1.16점으로 높게 나타났다. 이는 우울 및 불안은 평균 7.19점으로 나타난 신지현(2008)의 연구와 8.44점 나타난 오승환(2000)의 연구는 본 연구결과와 일치한다. 위축행동은 2점 만점 중 .49점(3.46점)이었으나 임상군에서는 1.06점으로 높게 나타났다. 이는 다른 아이들과 잘 어울리지 못하거나 혼자만의 생각에 빠지는 등의 행동성향을 보이는 위축행동은 평균 2.97점으로 나타난 신지현(2008)의 연구결과, 3.01점으로 나타난 이해경(2007)의 연구결과는 본 연구결과보다 다소 낮게 나타났다.

이상의 결과를 종합해볼 때, 저소득 가정 아동들은 일반 가정의 아동들에 비해 또래 집단속에서 적절한 대인관계를 형성하는 것이 어려우며 주위가 산만하고 공격적 행동을 보일 가능성이 높고, 또래 집단으로부터 소외되고 고립되어 우울 및 위축행동을 나타내어 원만한 대인관계를 형성하는데 어려움을 겪을 수 있는 위험한 환경에서 자라게 된다. 이러한 아동기의 정서행동문제는 일시적으로 나타났다가 사라지는 것이 아니라 약 60% 정도의 아동의 경우 그 문제가 지속적으로 유지되는 특징이 있어(백혜정, 황혜경, 2006), 문제가 해결되지 않았을 경우 청소년기의 비행이나 일탈로 이어지며 성인기의 정신건강 문제의 근원이 될 수 있다(남소현, 김영희, 2000)는 점에서 예방차원의 정신건강관리의 중요성이 점점 부각되고 있다.

교육인적자원부의 '2008년 학생정신건강실태조사 실시방안'에 의하면 초1, 초4, 중1, 고1 학생대상으로 1차 정신건강 선별검사를 실시하고 해당학교는 가정으로 검사결과를 통보해주고 정밀검진 기관(정신보건센터, 의료기관)을 안내하도록 하였다(교육인적자원부, 2007). 그리고 보건복지부 주관으로 정신보건센터가 1차 정신건강 선별검사 결과 위험군에 속하는 학생과 관내 취약계층 대상인 저소득층 학생에게 2차 선별검사를 실시하고 2차 선별검사 결과 위험군 또는 확인아동 청소년에게 맞춤형 사례 별 사후관리를 실시하도록 하였다. 또한 2차 선별검사 결과 위험군으로 선별된 대상자 중 국민기초생활보장수급자, 지역아동센터 등 저소득 가정 아동청소년 대상으로 의료기관 연계비용을 지원해

주도록 하였다(보건복지부, 2008).

따라서 저소득 가정 아동의 정신건강증진을 위해 주의집중문제, 공격행동, 우울과 불안문제 및 위축행동에 대한 예방 및 조기중재 프로그램 개발이 필요하다. 특히 준 임상군과 임상군에 속하는 저소득 가정 아동의 조기발견 및 조기중재를 위한 사례관리 프로그램 뿐 아니라 아동이 속한 가정의 어려움, 폭력, 알코올문제 등을 위한 서비스 제공을 위해 학교차원에서 개인, 가정 및 정신보건센터나 의료기관과 통합적인 연계체계 개발이 필요하다.

저소득 가정 아동의 집단 별 정서행동 문제를 학년 별, 성별에 따라 유의한 차이가 있는 지를 알아본 결과, 일반군은 4학년에서 남학생보다 여학생이 더 높게 나타났고, 준 임상군은 4학년에서 남학생이 여학생보다 더 높게 나타났으며, 임상군에서는 5학년에서 남학생보다 여학생이 더 높게 나타났다. 특히 임상군의 경우 남학생보다 여학생의 정서행동문제 점수가 더 높게 나타날 수 있는 어떤 요인들이 있는지 추후연구에 의해 보다 체계적으로 확인해 볼 필요가 있다. 그러나 전체 문제행동에서는 성별, 학년에 따라 유의한 차이가 없었지만 여학생이 남학생보다 다소 더 높게 나타났다. 이는 저소득 가정 아동의 전체 문제행동은 성별에 따라 차이를 보이지 않았지만 남자가 여자에 비해 외현화 문제행동인 비행행동을 더 많이 보이는 것으로 나타난 신지현(2008)의 연구결과와 청소년의 문제행동에 있어 성별에 따른 유의한 차이가 없다는 선행연구(Duncan, Brooks-Gunn & Klebanov, 1994), 남학생과 여학생의 문제행동에 있어 유사한 양상을 보고하는 것으로 나타난 선행연구(Liu & Kaplan, 1999)와는 일치하는 것으로 볼 수 있다. 그러나 남아가 여아보다 더 많은 문제행동을 경험하는 것으로 나타난 선행연구(최보윤, 광노의, 2006)와는 다르게 나타났다. 이는 과거에 한국문화가 여자들에게 도덕적이고 엄격한 질제를 요구하는 한국문화에서 최근 우리나라 자녀에 대한 부모의 인식의 변화와 관련하여 여자의 교육방법이 많이 달라졌으므로 향후 연구에서 성별에 따른 정서행동 문제에 대해 재검증해 볼 필요가 있다.

본 연구 대상자의 전체문제행동은 학년에 따라

차이가 없는 것으로 나타났지만 5학년에서 약간 높게 나타났다. 이는 학년에 따른 차이에서 전체 문제행동에서는 차이가 없었지만, 외현화 문제행동과 공격성에 대해서는 4학년에 비해 5학년이 더 많은 외현화 문제행동 및 공격성을 보였다는 신지현(2008)의 연구결과와, 6학년이 4학년보다 문제행동을 더 많이 하는 것으로 나타났다고 보고한 하영희(2004)의 연구와 다소 유사한 결과를 보였다. 이는 어린 연령일수록 사회의 규칙 또는 부모의 권위를 수용하여 사회규칙에 순응적이라는 피아제의 '도덕성 이론'으로 설명이 가능하다. 또 다른 이유는 연령이 높아짐에 따라 문제를 자각할 수 있는 인식 수준이 높아졌기 때문일 수도 있고, 실제로 고학년이 되어감에 따라 진학문제 등으로 인한 학업스트레스가 더 가중되었기 때문일 수도 있다(이경희, 1995). 또한 이 두 가지 요인들의 상호작용 결과일수도 있다

이상의 연구결과를 통하여, 학교 현장이나 정신보건센터에서 저소득 가정 아동의 정신건강문제를 조기발견하고 조기중재 할 수 있는 학교정신보건 프로그램 개발이 필요함을 알 수 있었다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 G 광역시 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동의 정서행동 문제를 확인하기 위해 구조화된 설문지를 이용한 서술적 조사연구로서, 학교정신보건사업 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 본 연구의 대상은 G 광역시 소재 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동 중 초등학교 4, 5, 6학년 학생 322명(남학생 138, 여학생 184)을 대상으로 하였으며, 정서행동문제 측정 도구는 청소년 자기행동평가 척도(K-YSR : Korea-Youth Self-Report) 중 119문항으로 구성된 문제행동 증후군 척도만을 사용하였다. 연구 대상자의 집단 별 정서행동문제 실태조사 결과, 총 322명 중 일반군은 83.23%, 준 임상군 9.32%, 임상군 7.45%로 나타났다. 저소득 가정 아동의 정서행동 문제는 주의집중문제 .62점(5.61점), 공격행동 .52점(9.87점), 불안 및 우울 .50점(7.89점), 위축 .49점

(3.46점), 사회적 미성숙 .43점(3.50점), 신체증상 .35점(3.17점), 사고의 문제 .32점(2.27점), 비행행동 .31점(3.11점) 순으로 나타났으며 총 문제행동 점수는 .44점(44.55점)이었다. 저소득 가정 아동의 집단 별 정서행동 문제를 학년 별, 성별에 따라 유의한 차이가 있는 지를 알아본 결과, 성별, 학년에 따라 유의한 차이가 없었지만 여학생이 남학생보다 다소 더 높게 나타났고 5학년에서 약간 높게 나타났다.

본 연구결과를 통하여, 학교현장에서 저소득 가정 아동의 정신건강문제를 조기발견 및 조기중재할 수 있는 학교정신보건프로그램 개발을 위해 개인, 가정, 정신보건센터 및 전문 의료 기관과 연계한 통합적 접근이 필요하다.

이상의 연구결과를 중심으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 본 연구는 G 광역시의 지역아동센터를 이용하는 저소득 가정 아동 4, 5, 6학년 아동을 대상으로 연구가 실시되었으므로, 우리나라 전체 저소득 가정 아동에게 일반화시키는데 무리가 있다. 따라서 추후연구에서는 전국에 걸친 대규모 표집을 통해 일반화 범위를 넓히고 저소득 가정 아동과 일반 가정 아동간의 정서행동문제의 비교연구를 통한 저소득 가정 아동의 보호 및 위험요인을 밝힐 필요가 있다고 여겨진다.

참 고 문 헌

- 고근중(2006). 저소득 가정 아동의 사회적지지, 자아탄력성 및 학교생활적응의 관계. 충북대학교, 석사학위논문, 청주.
- 교육인적자원부(2007). 2007학년도학교체육보건급식 기본방향.
- 구인회(2003). 가족배경이 청소년의 교육성취에 미치는 영향: 가족구조와 가족소득, 빈곤의 영향을 중심으로. 사회복지연구, 22, 5-32.
- 김경미(2008). 지역아동센터 이용실태와 활성화 방안에 관한연구. 광주여자대학교, 석사학위논문, 광주.
- 남소현, 김영희(2000). 어머니의 심리적 환경요인과 아동의 외면적, 내면적 적응행동 : 성별 중심. 생활과학교육논총, 3, 17-28.
- 문은경(2006). 저소득 가정 아동의 가정환경과 문제행동. 충북대학교, 석사학위논문, 청주.
- 민경화(2000). 빈곤가족 아동의 심리사회적 특성에 관한연구. 호남대학교, 석사학위논문, 광주.
- 백혜정, 황혜정(2006). 초등학생의 문제행동에 영향을 미치는 부모관련 변인 및 자아관련 변인에 관한 연구. 한국심리학회지 : 발달, 19(3), 1-27.
- 보건복지부(2005). 요보호아동보호통계.
- 보건복지부(2006). 정신보건센터 아동 청소년 정신건강 우수사례집.
- 보건복지부(2008). 정신보건사업 안내.
- 서찬란, 이형실(2006). 가족환경 및 개인 심리 요인이 남녀 청소년의 문제행동에 미치는 영향. 한국가정교육학회지, 18(2), 151-162.
- 신지현(2008). 저소득 가정 아동의 문제행동에 대한 자아존중감 및 자기 통제력과 환경변인의 중재효과. 숙명여자대학교, 박사학위논문, 서울.
- 안동현, 김윤영, 장혜진, 강화영(2003). 2003년도 전국정신보건센터 아동, 청소년정신보건사업 연구조사. 한양대학교 정신건강연구소, 서울.
- 오승환(2000). 저소득 결혼가족 청소년의 적응결정 요인. 서울대학교, 박사학위논문, 서울.
- 오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜(2001). K-CBCL 아동, 청소년 행동평가척도. 서울 : 중앙적성출판사.
- 이경희(1995). 청소년 스트레스에 관한 연구. 숙명여자대학교 박사학위논문, 서울.
- 이미숙(2001). 초등학교 아동의 정신건강에 관한 연구. 인하대학교, 석사학위논문, 인천.
- 이정숙, 강명옥, 고규희, 고미자, 공수자, 김수지, 김수진, 김은희, 박명희, 박후남, 정순아 (2008). 정신건강간호학. 서울: 현문사.
- 이정희(2007). 저소득 가정 아동의 사회적지지가 심리사회적 적응에 미치는 영향. 대구대학교, 석사학위논문, 대구.
- 이혜경(2007). 지역아동센터 아동의 사회적지지 및 임파워먼트와 심리사회적적응. 숙명여자대학교, 석사학위논문, 서울.
- 장금옥(2005). 일 초등학교 학생의 정신건강에 관한연구. 전남대학교, 석사학위논문, 광주.
- 조은숙(2008). 아동의 정신건강상태와 관련요인. 부

- 산대학교, 석사학위논문, 부산.
- 최보윤, 광노의(2006). 초등학교 1학년 아동의 학교 스트레스와 문제행동 간의 관계. 한국홀리스틱 학회지, 10(2), 137-163.
- 하영신(2007). 초등학생의 정신건강 수준. 한국교원대학교, 석사학위논문, 대전.
- 하영희(2004). 개인변인과 환경변인이 아동의 문제 행동에 미치는 영향. 아동학회지, 24(4), 29-40.
- 한국여성복지연구회(2005). 가족복지론. 서울: 청목.
- Achenbach, T.M.(1991). Manual for the youth self-report and 1991 profile. Burlington.: University of Vermont : Department of Psychiatry.
- Brandenburg N. A., Friedman, R. M., & Silver, S. E.(1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29, 76-83.
- Duncan, G.J, Brooks-Gunn, J., & Klebanov (1994). Economic deprivation and early childhood development. J Chil Dev, 65, 269-318.
- Liu, X., & Kapln, H.B.(1999). Explaining the gender difference in adolescent delinquent behavior: A longitudinal test of mediating mechanism. J Cri, 37(1), 195-215.