

초등학생 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향

신지혜¹ · 김석선²

이화여자대학교 일반대학원 간호학과 대학원생¹, 이화여자대학교 간호대학 · 이화간호과학연구소 부교수²

The Effect of Senior Elementary School Students' Emotional Perception Clarity, Emotion Regulation, and Family Relationship on Non-Suicidal Self-Injury and Depression

Shin, Ji-hye¹ · Kim, Suk-Sun²

¹Graduate Student, Department of Nursing Science, The Graduate School, Ewha Womans University, Seoul

²Associate Professor, College of Nursing · Ewha Research Institute of Nursing Science, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the correlations among emotional perception clarity, emotion regulation, family relationship, non-suicidal self-injury, and depression, and to determine associated factors of non-suicidal self-injury and depression for senior elementary school students. **Methods:** Data were collected from 150 early adolescences in K region, Korea. A self-report questionnaire consisted of Trait Meta-Mood Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Family Relationship Assessment Scale, Functional Assessment of Self-Mutilation, and Children's Depression Inventory. The data were analyzed using t-test, Pearson's correlation coefficient, logistic regression, and multiple regression analysis. **Results:** Non-suicidal self-injury and depression were positively associated with maladaptive emotion regulation strategy and family conflict, but negatively related to emotional perception clarity and family support. Adaptive emotion regulation strategy and family togetherness were only significantly correlated with depression. In logistic regression analysis, significant predictors of non-suicidal self-injury were emotional perception clarity, maladaptive emotion regulation strategy, and family support. Multiple regression analysis found that significant factors of depression were adaptive and maladaptive emotion regulation strategies, which explained 38.0% of the variance. **Conclusion:** Our study findings suggest that targeted intervention to reinforce the adaptive emotion regulation strategy and family relationship may prevent non-suicidal self-injury, and depression for senior elementary school students.

Key Words: Adolescent; Emotional regulation; Family relations; Self-injurious behavior; Depression

주요어: 청소년, 정서조절, 가족관계, 비자살적 자해, 우울

Corresponding author: Kim, Suk-Sun

College of Nursing, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea.

Tel: +82-2-3277-2885, Fax: +82-2-3277-2850, E-mail: suksunkim@ewha.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 신지혜의 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's master thesis from Ewha Womans University.

- 본 연구는 2019년도 정부(미래창조과학부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었음(과제번호: NRF-2019R1A2C1087398).

- This study was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Science, ICT, and future Planning (No.2019R1A2C1087398).

Received: Jul 7, 2021 / Revised: Sep 3, 2021 / Accepted: Sep 28, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서 론

1. 연구의 필요성

최근 청소년상담복지센터에서 자해를 주제로 한 상담 건수가 2018년 8,352건, 2019년 27,976건으로 전년 대비 3배 이상 증가한 것으로 보고되어[1], 청소년 자해 행동에 대한 사회적 관심이 대두되고 있다. 청소년은 스트레스나 정서적 어려움을 처리할 수 있는 적절한 대안을 찾기 어려운 상황에서 자해 행동을 통해 일시적으로나마 긴장이 낮춰지고 마음이 편안해지는 경험을 하는 것으로 나타났다[2]. 비자살적 자해란 죽으려는 의도는 없으나 스스로 자신의 신체를 다치게 하는 것을 의미한다[3].

비자살적 자해는 심리적 어려움에 직면할 때 계속되는데, 손톱 물어뜯기, 피부 긁기와 같이 가벼운 행동을 시작으로 반복될수록 날카로운 것으로 피부에 상처 내기, 화상 입히기 등 치명적인 행동으로 발전되는 특성이 있다[4,5]. 더 나아가 장기간 반복되는 자해는 자살을 실행할 가능성을 높일 수 있기 때문에 [6,7], 청소년의 비자살적 자해를 치료하고 예방하기 위한 적극적인 개입이 필요한 실정이다.

특히 선행연구에서는 처음 비자살적 자해는 자해를 시작하는 시기를 평균 12세로 발표하며, 초기 청소년에 해당하는 초등학교 고학년을 주목하고 있다[10]. 그러나 비자살적 자해의 빈도가 높은 중·고등학생을 대상으로 국내외 기존연구들이 진행되면서 초등학교를 대상으로 한 연구는 미비한 실정이다. 교육부에서는 자해 청소년이 증가하는 현상을 반영하여 학생정서·행동특성검사에 자해 항목을 추가하였으나 중·고등학생에게만 해당되고 초등학교는 제외되어 조기 발견에 어려움이 있다. 따라서, 비자살적 자해는 자해를 예방하기 위해서는 자해의 시작 연령을 고려한 초등학교를 대상으로 자해에 영향을 미치는 요인들을 살펴보는 것이 필요하다.

초등학교 고학년은 정서를 인식하는 능력이 성인기에 비해 미숙하므로 자신이 우울하다는 것을 깨닫지 못하여 우울한 감정을 직접 호소하기보다 짜증, 등교 거부, 과잉행동, 자해와 같이 가면우울 증상으로 외현화하기도 한다[11]. 연구자들은, 비자살적 자해를 정서적 어려움을 표현하는 우울의 한 증상으로 보며[12], 초등학교 고학년 우울과 비자살적 자해의 중요한 예방요인으로 정서인식 명확성을 강조하고 있다. 정서인식 명확성은 자기 내부의 정서를 구체적이고 명확하게 인식하고 이해하며, 여러 감정들을 구별해내는 능력으로, 개인에게 일어나는 정서에 대하여 적절하게 반응하고 대처하는데 도움을 주어

[13], 정서인식을 명확하게 할수록 우울을 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났다[14].

또한 청소년의 비자살적 자해를 효과적으로 예방하기 위해 정서 조절의 중요성이 제기되고 있다. 정서 조절이란 개인이 정서를 경험하고 표현하는 과정으로, Gross [8]는 개인이 처한 심리적 상황에 따라 정서 조절 반응에 따라 행동이 다르게 나타난다는 정서 발생 모형을 제안하였다. 선행연구에서는 청소년이 동일하게 부정적 사건을 경험하더라도 자신의 정서를 인식하는 능력이나 정서조절전략 활용방법에 따라 비자살적 자해에 차이가 발생한다고 보고하고 있다[9].

한편, 초등학교 고학년은 가족으로부터 점차 독립해 나가고 자 하는 욕구가 있으면서도 여전히 가정의 보호가 필요한 시기로, 건강한 가족관계는 초등학교 고학년의 우울과 비자살적 자해를 예방하는 중요한 보호요인이다. 건강한 가족관계는 가족 구성원이 신체적, 정신적으로 건강하며 서로 간의 관계에 만족하는 것을 의미하며[15], 가족 내에서 정서적 지지를 받는 청소년은 공동체 의식을 형성하고, 서로 배려하고 공감하는 경험을 하므로 자아존중감이 높아 비자살적 자해 및 우울의 위험성이 낮은 것으로 나타났다[16].

이에, 본 연구에서는 초등학교 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 본 연구의 결과는 청소년의 비자살적 자해 및 우울을 예방하기 위한 중재 프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 초등학교 고학을 대상으로 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계, 비자살적 자해, 우울의 정도를 파악하고, 비자살적 자해 및 우울에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 초등학교 고학년의 일반적 특성, 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계, 비자살적 자해, 우울의 정도를 파악한다.
- 비자살적 자해 유경험자의 비자살적 자해 빈도와 방법을 파악한다.
- 초등학교 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계, 비자살적 자해, 우울의 상관관계를 파악한다.
- 초등학교 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 초등학생 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상자

본 연구대상자는 편의표집 방법으로 표집하였고, K 지역 3개의 초등학교에 재학 중인 초등학생 고학년에 해당하는 5, 6학년이며 법정대리인으로부터 동의를 받은 자이다. 언어장애, 발달장애, 지적장애 등의 판정을 받아 의사소통이 불가능하여 연구의 내용을 적절히 이해하고 수행하기 어려운 대상자는 제외하였다. 본 연구에서는 198명에게 설문지를 배부하였으며 최종 150부를 회수하였다(회수율 76.2%). 표본 크기는 G*Power 3.1 프로그램을 사용하여, 다중회귀분석 수준에서 설명 변수의 수 5, 중간 효과 크기 0.15, 유의수준 .05, 검정력 .95로 분석을 위한 최소 표본 크기 138명을 만족하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용된 도구는 구조화된 자가 보고식 설문으로, 원 개발자와 한국어 번역판 도구의 연구자에게 승인을 받은 후 사용하였다. 설문지에서 초등학생 5, 6학년이 이해하기 어렵고 문제가 있는 어휘나 문장을 수정한 후, 5인의 전문가 집단에게 내용타당도(Content Validity Index, CVI)를 검증받았다. 5인의 전문가는 모두 초등 고학년 담임교사의 경험이 있으면서, 근무경력이 5년 이상으로, 각 문항을 '전혀 적절하지 않음' 1점에서 '매우 적절함' 4점으로 평가하고 2점 이하의 경우 문항에 대한 의견을 기술하도록 하였다. 모든 문항이 CVI 0.8 이상으로 내용타당도를 확보하였으며, 최종적으로 선정된 설문 문항은 총 104문항이다.

1) 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 성별, 학년에 대한 2개 문항으로 질문하였다.

2) 정서인식 명확성

정서인식 명확성을 측정하기 위하여 Salovey 등[13]이 개발

하고 Lee와 Lee [17]가 번안한 상위기분척도(Trait Meta-Mood Scale)를 사용하였다. 이 척도는 정서에 대한 주의 5문항, 정서인식 명확성 11문항, 정서 조절 기대 5문항으로 구성되어 있고, 본 연구에서는 정서인식 명확성을 측정하는 11문항만을 사용하였다. 1, 2, 4, 7, 11번 문항은 역 환산하여 측정하며, 1점에서 5점까지 5점 Likert 척도이다. 총 점수 범위는 11~55점으로 점수가 높을수록 정서인식 명확성의 수준이 높은 것을 의미한다. Lee와 Lee [17]의 연구에서 Cronbach's α 는 .94였으며, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .75였다.

3) 정서조절전략

정서조절전략을 측정하기 위하여 Garnefski 등[18]이 개발하고 Kim [19]이 번안한 인지적 정서조절 척도(Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ)를 사용하였다. 이 척도는 부정적인 사건이나 불쾌한 일을 마주할 때 순간적으로 떠오르는 생각을 알아보는 것으로, 긍정적인 정서조절로 구성된 적응적 전략과 부정적인 정서조절로 구성된 부적응적 전략 2가지 하위요인으로 나뉘어진다. 적응적 전략에는 긍정적 초점 변경, 긍정적 재평가, 조망 확대, 계획 다시 생각하기, 수용이 포함되며, 부적응적 전략에는 반추, 자기 비난, 타인 비난, 파국화가 포함된다. 총 36문항으로 긍정적 전략 20문항, 부정적 전략 16문항으로 구성되어 있다. 1점에서 5점까지 Likert 5점 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 해당 전략을 더 많이 사용하는 것을 의미한다. Kim [19]의 연구에서 Cronbach's α 는 긍정적 초점 변경 .85, 긍정적 재평가 .80, 조망 확대 .66, 계획 생각하기 .80, 수용 .53, 반추 .68, 자기 비난 .76, 타인 비난 .83, 파국화 .71으로 나타났다. 본 연구에서 적응적 전략 Cronbach's α 는 .91, 부적응적 전략 Cronbach's α 는 .85였다.

4) 가족관계

가족관계를 측정하기 위하여 Kim 등[20]이 개발한 가족관계 사정도구(Family Relationship Assessment Scale)를 사용하였다. 총 15문항으로 이루어져 있고, 1점에서 5점까지 Likert 5점 척도로 측정하며, 가족지지 5문항, 가족갈등 5문항, 가족친밀 5문항으로 구성되어 있다. 가족갈등은 역환산 측정하며, 총 점수 범위는 15~75점이다. 점수가 높을수록 가족관계가 건강한 것을 의미한다. Kim 등[20]의 연구에서 Cronbach's α 는 .89였으며 본 연구에서는 가족지지 Cronbach's α 는 .91, 가족갈등 Cronbach's α 는 .78, 가족친밀 Cronbach's α 는 .83이었다.

5) 비자살적 자해

비자살적 자해를 측정하기 위하여 Lloyd-Richardson 등 [21]이 개발하고 Kwon [22]이 변안·타당화 한 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation)를 척도로 사용하였다. 이 척도는 자해 행동의 방법 및 빈도와 치료 여부를 물어보는 12문항, 자해 행동과 관련된 요인을 파악하는 4문항, 자해 행동을 하는 이유 및 목적을 묻는 22개 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 자해 행동의 방법 및 빈도와 치료 여부를 물어보는 총 12문항만을 사용하였으나, 12번 치료 여부 항목에 체크한 학생이 없어 이 문항은 결과에서 제외하였다. 0점에서 6점까지 Likert 7점 척도이고 총 점수범위는 0점~72점이다. 점수가 높을수록 비자살적 자해 행동의 빈도가 높은 것을 의미한다. 국내 청소년을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α 는 .80이었으며 [23], 본 연구에서 Cronbach's α 는 .77이었다.

6) 우울

우울을 측정하기 위하여 Kovacs와 Beck [24]이 개발한 아동·청소년용 우울 척도(Children's Depression Inventory, CDI)를 Cho와 Lee [25]가 우리나라의 초등학교 고학년을 대상으로 변안 및 표준화한 것을 사용한다. 이 척도는 총 27문항으로, 0점에서 2점까지 Likert 3점 척도로 측정한다. 총 점수범위는 0~54점이며 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미한다. Cho와 Lee [25]의 연구에서 Cronbach's α 는 .88, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었다.

4. 자료수집 및 분석방법

본 연구는 연구대상자의 윤리적 보호를 위해 연구자 소속 대학 생명윤리위원회의 승인(IRB No.: ewha 202004-0030-01)을 받은 후 시행되었다. 자료수집기간은 2020년 7월 1일부터 2020년 8월 31일까지이다. 초등학교 고학년 학생이 다수의 설문 문항을 읽고 응답하는 것은 다소 어려움이 발생할 것으로 예상되어 담임교사가 학생들의 설문지 작성을 돕기 위해 교실에서 함께 대기 하였다. 설문 문항에 대하여 언제든지 질문할 수 있도록 하였으며 필요시 학생들의 수준에 맞는 단어와 상황을 제시하여 설문 문항의 이해를 도왔다. 본 연구에서 수집된 자료를 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 모든 검증에 대하여 통계적 유의수준은 .05로 설정하여 처리하였다.

대상자의 일반적 특성 및 연구변수의 기술적 통계는 평균과 표준편차로 산출하였다. 대상자의 일반적 특성과 연구변수의 차이는 독립표본 t-test로 분석하였다. 연구변수 간의 상관관계

는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 대상자의 비자살적 자해에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해서 로지스틱회귀분석(logistic regression analysis)을 시행하였다. 이때, 비자살적 자해 경험이 없는 경우 0으로 처리하고, 자해 방법에 상관없이 비자살적 자해 경험이 1회 이상, 총점 1~72점인 경우 1로 종속변수를 범주화하였다. 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해서 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 시행하였다.

5. 윤리적 고려

연구자는 K지역 3개의 초등학교에 방문하여 연구의 목적과 취지, 방법을 설명하고 연구 진행에 대해 기관장 허락을 받았다. 자발적인 참여를 표현한 대상자와 법정대리인에게 연구목적과 비밀보장, 자료 폐기에 대한 약속과 미 참여시 불이익이 없음을 공지하고 서면으로 동의를 받은 후 설문을 진행하였다. 설문 소요 시간은 1인당 30~40분이었으며, 설문 응답한 참여자에게 소정의 답례품을 제공하였다. 연구자는 설문 문항으로 비자살적 자해가 있음에도 불구하고 치료받지 않고 있는 대상자를 발굴하고, 담임교사에게 알려, 심리검사나 자해예방 교육과 같은 추가적인 절차를 진행하도록 권고하였다. 또한, 연구자는 정신전문간호사로서 비자살적 자해와 우울의 위험이 있는 대상자에게 지역사회에서 이용할 수 있는 다양한 청소년 정신건강 자원에 대하여 안내하였으며, COVID-19로 인해 연구자가 직접 교육이 어려워, 담임교사에게 청소년 정신건강 교육 자료를 제공하고 교육할 수 있도록 도왔다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 비자살적 자해, 우울 정도

본 연구에서 대상자의 일반적 특성 및 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계, 비자살적 자해, 우울 정도는 Table 1과 같다. 본 연구의 대상자는 총 150명으로, 남성 81명(54.0%), 여성 69명(46.0%)이었다. 학년은 5학년 61명(40.7%), 6학년 89명(59.3%)이었다. 대상자의 비자살적 자해 평균은 4.47 ± 7.34 점, 우울 평균은 11.07 ± 7.38 점으로 나타났다.

2. 비자살적 자해의 빈도와 방법

비자살적 자해의 빈도와 다양한 방법은 Table 2와 같다. 연

구참여자 전체 150명 중 1회 이상 비자살적 자해 경험이 있는 참여자는 76명(50.7%)이다. 이 중 남학생이 41명(53.9%), 여학생이 35명(46.1%)이며, 남학생의 비자살적 자해 평균 빈도는 7.49회, 여학생은 10.37회로 나타났다. 또한 5학년은 30명(39.5%), 6학년은 46명(60.5%)으로, 5학년의 비자살적 자해 평균 빈도는 7.37회, 6학년은 9.76회로 나타났다.

자해 유형협자가 주로 사용하는 자해 방법에는 ‘자신을 깨물었다’ 43명(56.6%), ‘자신의 머리카락을 뽑았다’ 35명(46.1%), ‘상처가 날 때까지 피부를 긁었다’ 28명(36.8%), ‘일부러 자신을 때렸다’ 27명(35.5%), ‘몸에 있는 상처를 꼬집었다’ 27명(35.5%) 순으로 나타났다.

3. 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계, 비자살적 자해, 우울의 상관관계

연구변수들 간의 상관관계를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 비자살적 자해는 정서인식 명확성($r=-.21, p=.009$), 가족지지($r=-.20, p=.016$)와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 부적응적 전략($r=.28, p=.001$), 가족갈등($r=.18, p=.024$)과 양의 상관관계가 나타났다.

우울은 정서인식 명확성($r=-.31, p<.001$), 적응적 전략($r=-.20, p=.015$), 가족지지($r=-.43, p<.001$), 가족친밀($r=-.39, p<.001$)과 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈으며,

Table 1. Characteristics of Subjects and Levels of Emotional Clarity, Emotion Regulation, Family Relationship, Non-suicidal Self-injury, Depression (N=150)

| Characteristics | Categories | n (%) or M±SD | Possible range | Actual range |
|--------------------------|---|---------------|----------------|--------------|
| Gender | Male | 81 (54.0) | | |
| | Female | 69 (46.0) | | |
| Grade | 5th | 61 (40.7) | | |
| | 6th | 89 (59.3) | | |
| Emotional clarity | | 39.81±6.53 | 11~55 | 19~54 |
| Emotion regulation | Adaptive emotion regulation strategy | 61.85±13.81 | 20~100 | 21~93 |
| | Maladaptive emotion regulation strategy | 41.56±10.50 | 16~80 | 20~65 |
| Family relationship | Family support | 20.23±4.66 | 5~25 | 6~25 |
| | Family conflict | 21.55±3.68 | 5~25 | 10~25 |
| | Family togetherness | 17.25±5.02 | 5~25 | 6~25 |
| Non-suicidal self-injury | | 4.47±7.34 | 0~72 | 0~30 |
| Depression | | 11.07±7.38 | 0~54 | 0~39 |

Table 2. Frequency and Method of Non-suicidal Self-injury (N=76)

| Characteristics | Categories | n (%) | M±SD |
|---|---|-----------|------------|
| Sex | Male | 41 (53.9) | 7.49±7.30 |
| | Female | 35 (46.1) | 10.37±9.10 |
| Grade | 5th | 30 (39.5) | 7.37±7.67 |
| | 6th | 46 (60.5) | 9.76±8.56 |
| Method of non-suicidal self-injury [†] | Bit yourself | 43 (56.6) | 1.99±2.36 |
| | Pulled your hair out | 35 (46.1) | 1.71±2.35 |
| | "Erased" your skin | 28 (36.8) | 1.08±1.88 |
| | Hit yourself on purpose | 27 (35.5) | 1.07±1.81 |
| | Picked at a wound | 27 (35.5) | 0.75±1.35 |
| | Scraped your skin | 18 (23.7) | 0.74±1.65 |
| | Gave yourself tattoo | 17 (22.4) | 0.62±1.43 |
| | Cut or carved on your skin | 15 (19.7) | 0.43±1.11 |
| | Picked areas of your body to the point of drawing blood | 6 (7.9) | 0.18±0.80 |
| | Inserted objects under your nails or skin | 4 (5.3) | 0.07±0.30 |
| | Burned your skin | 2 (2.6) | 0.04±0.26 |

[†]The proportion (%) divided the participants' multiple responses by 76.

부적응적 전략($r=.41, p<.001$), 가족갈등($r=.39, p<.001$) 비자살적 자해($r=.46, p<.001$)와 양의 상관관계를 보였다.

가족친밀은 비자살적 자해에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

4. 비자살적 자해에 영향을 미치는 요인

로지스틱회귀분석 결과는 Table 4와 같다. 초등학교 고학년의 정서인식 명확성($OR=.93, p=.014$), 부적응적전략($OR=1.06, p=.010$), 가족지지($OR=.88, p=.037$)는 비자살적 자해에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정서인식 명확성이 한 단계 증가하면 비자살적 자해는 약 0.93배 감소하고, 부적응적 전략이 한 단계 증가하면 비자살적 자해가 약 1.06배 증가하며, 가족지지가 한 단계 증가하면 비자살적 자해가 약 0.88배 감소하는 것으로 평가되었다. 회귀모형의 설명력은 약 21.2%로 나타났다(Nagelkerke $R^2=.21$), 학년, 적응적 전략, 가족갈등,

5. 우울에 영향을 미치는 요인

다중회귀분석 결과는 Table 5와 같다. 초등학교 고학년의 우울은 적응적 전략($\beta=-.24, p=.002$), 부적응적 전략($\beta=.45, p<.001$)이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이 중에서 부적응적 전략 초등학교 고학년의 우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 모형의 설명력은 38.0%였으며, 회귀모형의 적합도 F값은 14.08($p<.001$)으로 나타났다. 한편, 학년, 정서인식 명확성, 가족지지, 가족갈등, 가족친밀은 우울에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

Table 3. Correlations among Emotional Clarity, Emotion regulation, Family Relationship, Non-suicidal Self-injury, Depression (N=150)

| Variables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) | r (p) |
| 1 | 1.00 | | | | | | | |
| 2 | .28 (.001) | 1.00 | | | | | | |
| 3 | -.15 (.069) | .36 (<.001) | 1.00 | | | | | |
| 4 | .20 (.016) | .18 (.024) | -.16 (.053) | 1.00 | | | | |
| 5 | -.23 (.005) | -.04 (.618) | .36 (<.001) | -.66 (<.001) | 1.00 | | | |
| 6 | .19 (.018) | .32 (<.001) | -.02 (.857) | .70 (<.001) | -.52 (<.001) | 1.00 | | |
| 7 | -.21 (.009) | -.07 (.390) | .28 (.001) | -.20 (.016) | .18 (.024) | -.14 (.087) | 1.00 | |
| 8 | -.32 (<.001) | -.20 (.015) | .41 (<.001) | -.43 (<.001) | .39 (<.001) | -.39 (<.001) | .46 (<.001) | 1.00 |

1=Emotional Clarity; 2=Adaptive emotion regulation strategy; 3=Maladaptive emotion regulation strategy; 4=Family support; 5=Family conflict; 6=Family togetherness; 7=Non-suicidal self-injury; 8=Depression.

Table 4. Factors Associated with Non-suicidal Self-injury of Early Adolescence (N=150)

| Variables | B | SE | p | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI |
|---|-------|------|------|------|-----------------|-----------------|
| Grade [†] (Ref.: Fifth grade) | 0.04 | 0.38 | .910 | 1.04 | 0.50 | 2.18 |
| Emotional clarity | -0.08 | 0.03 | .014 | 0.93 | 0.87 | 0.99 |
| Emotion regulation | | | | | | |
| Adaptive emotion regulation strategy | 0.01 | 0.02 | .613 | 1.01 | 0.98 | 1.04 |
| Maladaptive emotion regulation strategy | 0.06 | 0.02 | .010 | 1.06 | 1.01 | 1.10 |
| Family relationship | | | | | | |
| Family support | -0.13 | 0.06 | .037 | 0.88 | 0.78 | 0.99 |
| Family conflict | -0.10 | 0.07 | .169 | 0.91 | 0.79 | 1.04 |
| Family togetherness | 0.00 | 0.05 | .996 | 1.00 | 0.90 | 1.11 |

Nagelkerke $R^2=.21, \chi^2=13.23, p=.102$

SE=standard error; OR=odds ratio; CI=confidential interval; Ref.=reference; [†]Dummy variable.

Table 5. Factors Associated with Depression of Early Adolescence

(N=150)

| Variables | B | SE | β | t | p |
|---|-------|------|---------|-------|-------|
| (Constant) | 19.50 | 7.22 | | 2.95 | .004 |
| Grade [†] (Ref.: Fifth grade) | 0.27 | 1.00 | .02 | 0.27 | .784 |
| Emotional clarity | -0.14 | 0.08 | -.12 | -1.70 | .091 |
| Emotion regulation | | | | | |
| Adaptive emotion regulation strategy | -0.13 | 0.04 | -.24 | -3.10 | .002 |
| Maladaptive emotion regulation strategy | 0.31 | 0.06 | .45 | 5.71 | <.001 |
| Family relationship | | | | | |
| Family support | -0.31 | 0.16 | -.19 | -1.87 | .064 |
| Family conflict | 0.03 | 0.19 | -.01 | -0.15 | .883 |
| Family togetherness | -0.23 | 0.14 | -.16 | -1.66 | .100 |
| $R^2=.41$, Adjusted $R^2=.38$, $F=14.08$, $p < .001$ | | | | | |

Ref.=reference; [†]Dummy variable.

논 의

본 연구는 K지역 소재 3개 초등학교 초등학생 고학년을 대상으로 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 본 연구는 국내에서 진행된 청소년 비자살적 자해 연구대상의 대부분이 중학생 연령 이상인 것에 비해, 비자살적 자해의 빈도와 행동을 시작하는 연령이 점차 낮아진다는 기존 연구결과[10]를 토대로, 초등학생 고학년에 해당하는 초등학생 5, 6학년을 대상으로 연구를 진행한 것에 의의가 있다.

연구참여자 전체 150명 중 1회 이상 비자살적 자해 경험이 있는 참여자는 76명(50.7%)으로 나타났다. 이는, 여중생 21.0% [10], 중·고등학생 22.8% [2]보다 높은 수준이며, 초등 5, 6학년 60.5%가 비자살적 자해를 한다는 연구결과[23]보다는 낮은 수준이었다. 자해유경험자 중에서 치료가 필요할 만큼 심각한 상황에 처한 대상자도 있었으나 치료를 받았는지 여부를 확인하는 설문항목에는 체크한 대상자가 아무도 없었다. 이는, 초등학생 시기에 머리카락을 뽑거나 타투를 하는 것을 자해라고 인식하지 못하고 행동을 하다가 중고등학생 시기에 이르러 비로소 자신의 행동을 자해행동을 스스로 인식하기 때문인 것으로 사료된다[9,10]. 마찬가지로, 연령이 증가할수록 정서를 조절하는 능력이 향상하고 문제 해결을 효율적으로 할 수 있게 되는데[26], 초등학생 고학년 시기에는 부정적인 감정에 대한 처리 능력이 중·고등학생 연령의 청소년에 비해 미숙하여 비자살적 자해와 같은 행동으로 표현되는 빈도가 높게 나타난 것으로 해석된다. 연구자들은 자살을 의도 하지 않는 사소한 행동으로 시작하더라도 치명적인 결과를 초래할 수 있어 비자살적 자해는

시작과 동시에 즉시 개입하는 것이 필요하다고 경고하고 있다 [6,7]. 한편, 본 연구에서 자해의 방법은 중학생을 대상으로 진행한 연구결과[4]와 유사하게 나타났다. 교육부에서는 자해하는 청소년을 조기에 발굴하기 위해 학생정서·행동특성검사에 자해 항목을 추가하였으나 이는 중·고등학생에게만 해당되고 초등학생은 제외하였다. 그러나 본 연구결과를 바탕으로 초등학생 연령에서 중·고등학생보다 자해 빈도가 더 높게 나타나는 것을 고려할 때 초등학생 연령에서부터 자해에 대한 조기발굴 및 예방활동이 필요하다고 제안한다.

비자살적 자해의 예방을 위해서는 이를 둘러싼 여러 가지 영향요인에 대한 분석이 필요하며, 본 연구에서는 정서인식 명확성이 비자살적 자해에 미치는 영향요인으로 나타났다. 이는 정서인식을 명확하게 할수록 자해 행동이 낮아진다는 연구결과 [27]와 유사하다. 정서인식 명확성은 자기 내부의 정서를 구체적이고 명확하게 인식하고 이해하며, 여러 감정들을 구별해내는 능력으로[13], 비자살적 자해를 불러일으키는 정서에 대하여 적절하게 반응하고 대처하는 데 도움을 주는 것으로 해석할 수 있다.

또한, 정서인식 명확성과 마찬가지로 가족지지는 초등학생 고학년의 비자살적 자해를 감소시키는 보호 요인으로 나타났다. 이는 가족관계가 좋을수록 자해 행동이 낮다는 기존 연구 [16]와 유사한 결과이다. 초등학생 고학년을 부모, 또래, 교사 등 다양한 대인관계를 통해 문제 해결능력을 키워간다. 특히, 청소년이 위기를 경험할 때 가족 공동의 노력으로 상황을 해결하고, 응원과 격려 안에서 성장한 청소년은 긍정적이고 자존감이 높아지므로 스스로 신체를 훼손하려는 경향이 낮아 비자살적 자해를 낮추는 것으로 해석된다[10]. 이처럼, 긍정적인 가족

관계는 초등학교 고학년을 심리적으로 지지하고 비자살적 자해를 예방하는 기능을 하므로, 초등학교 고학년의 비자살적 자해를 감소하기 위해 간호사는 청소년기 가족의 특성을 파악하고 가족구성원 간에 서로 지지하는 분위기를 조성할 수 있도록 의사소통 교육을 하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다. 한편, 가족친밀은 비자살적 자해에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 본 연구에서 가족친밀은 가족이 함께 얼마나 많은 시간을 보냈는지를 가족관계의 양적인 측면을 파악하였다. 가족친밀보다 가족지지가 비자살적 자해에 영향을 미친다고 결과가 나온 것은 가족관계에서 얼마나 함께 시간을 보냈는지 양적인 측면보다 함께한 시간은 적더라도 가족지지와 같은 정서적인 경험이 질적 측면에서 가족관계에 더 의미가 있었던 것으로 사료된다. 가족갈등은 비자살적 자해와 상관관계가 있었으나 로지스틱회귀분석에서는 결과가 나오지 않아 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 추후 연구에서 가족갈등을 부모갈등, 형제갈등과 같이 가족 구성원을 세부적으로 나누어 파악한다면 가족갈등이 비자살적 자해에 미치는 영향요인에 대하여 구체적으로 파악할 수 있을 것으로 사료된다. 또한, 초등학교 고학년 시기는 가족의 울타리에서 독립하려는 욕구가 시작되고 또래관계를 중요하게 생각하는 시기로 가족갈등 이외에도 또래갈등을 파악하는 것이 비자살적 자해의 영향요인을 파악하는데 도움이 될 것으로 사료된다.

정서인식 명확성, 가족지지와 달리, 정서조절전략 중 자기와 타인을 비난하거나, 지나간 일에 대하여 지나치게 오랫동안 되짚어 생각하며, 극단적인 상황으로 생각을 확장하는 부적응적 전략은 비자살적 자해의 위험요인으로 나타났다. 부적응적 전략 중에서도 특히, 자기 자신을 비난하는 사고는 부정적인 정서를 강화하는 것으로 나타났으며[9], 스트레스 상황에서 극도로 불안해지고 극단적인 결말을 떠올리게 되는 파국화는 자해 행동으로 이어지게 하는 것으로 나타났다[10]. 이는, 부정적인 정서를 건강하게 해결하지 못할 때 비자살적 자해가 높아진다는 선행연구결과[4]와 맥을 같이한다. 이처럼, 비자살적 자해는 일시적으로 정서적 불편감이 감소 되는 경험을 할 수 있으나[2], 결과적으로는 부정적 정서를 해결하는 방법에 대하여 학습할 수 있는 기회를 잃어버리게 함으로 비자살적 자해가 반복적으로 이어지게 되는 것으로 해석된다[4,5]. 그동안 비자살적 자해를 하는 청소년에게 인지행동 치료, 변증법적 치료, 마음챙김 명상 등이 효과가 있다고 밝혀졌으나 자해하는 사람들은 자신이 자해를 한다는 사실을 감추고 싶어 하여 초기에 발견하기가 어렵고 지속적으로 치료가 이어지는 것 또한 쉽지 않은 것으로 나타났다[9]. 본 연구는 비자살적 자해 행동 자체를 중단

하는 것보다 행동을 유발하는 정서를 파악하여 영향요인을 밝혔다라는 점에 의의가 있다. 특히, 정서를 다루는 방법 중에 자기 비난이나 파국화와 같은 부적응적 전략을 지양하고 긍정적 재평가, 수용과 같은 적응적 조절 전략을 향상하는 방향으로 중재를 이끌어간다면 대상자의 정서적 저항을 줄이면서 비자살적 자해 행동을 멈추게 할 수 있을 것으로 사료된다. 즉, 지역사회 내에서 청소년 상담사, 담임교사, 상담교사, 교육복지사, 정신건강간호사, 지역사회간호사가 비자살적 자해 하는 청소년을 상담할 때 행동을 멈추는 것에 집중하기보다 스트레스 상황에서 어떠한 생각이 떠오르는지 질문하여 대상자가 주로 사용하는 정서조절 전략을 파악하는 것이 비자살적 자해를 감소하는데 도움이 될 것으로 제안한다. 나아가, 대상자가 부정적인 상황에서 사용하는 정서조절 전략이 자해나 자살사고로 이어지지 않는지 관찰하고 중재의 방향을 설정하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다.

한편, 부적응적 전략은 비자살적 자해뿐만 아니라 우울에도 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다. 이러한 결과는 부적응적 전략을 사용할수록 우울 수준이 높다는 연구[28]와 유사하다. 초등학교 고학년을 성장하면서 또래 갈등, 진로, 학업 문제처럼 여러 가지 힘든 상황을 경험하게 되는데, 이때 발생하는 불편한 감정을 떨쳐내기 위해 사용하는 부적응적 전략은 상황을 왜곡하여 해석하게 만들고, 우울을 유발한 것으로 해석된다[11]. 반면, 본 연구에서 초등학교 고학년이 부정적인 상황을 접할 때 긍정적인 면을 찾거나, 문제를 원만하게 해결하기 위해 앞으로의 일을 계획하거나, 이미 벌어진 상황에 대해서 긍정적으로 받아들이는 것과 같은 적응적 정서조절전략을 사용하는 것은 우울수준을 낮추는 것으로 나타났다. 이는 적응적 정서조절전략을 사용할수록 우울 수준이 낮아진다는 연구[29]와 유사하다. 적응적 정서조절전략은 부정적인 사건으로부터 발생할 수 있는 유해한 영향을 최소화할 수 있도록 돕는데[20], 어려운 상황 속에서 불평불만을 하기보다 스스로 고난을 극복해낼 수 있을 것이라는 자신에 대한 믿음이 있는 청소년은 상황에 대한 적응력이 좋아서 감정 회복이 빠른 것으로 해석된다[30]. 즉, 초등학교 고학년의 우울을 감소하기 위해서는 자기 비난, 타인 비난, 극단적인 생각과 같은 부적응적 정서조절전략의 사용을 지양하고, 긍정적인 생각, 앞날에 대한 희망과 같은 적응적 정서조절 전략을 활용할 수 있도록 하는 것이 중요할 것으로 사료된다. 가령, 대상자와 상담 과정에서 자신의 강점과 약점이 무엇인지 질문하고 강점을 강화하기 위한 활동계획 스스로 세울 수 있도록 방향을 제시하고, 일기쓰기를 통해 스트레스 상황이나 부정적인 경험을 객관화하여 정서를 환기할 수 있도록 도와

주는 것은 대상자의 내면에 잠재된 자원을 일깨워 주는 간호중재 이므로 우울을 낮추는데 더욱 의미 있을 것으로 사료 된다.

한편, 본 연구결과, 정서인식 명확성, 가족관계는 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 초등학생 고학년 정서발달 특성에 따르면, 이 시기에 우울한 감정은 직접 호소하기보다 비자살적 자해처럼 우울을 행동으로 대치하여 표현한다[11]. 이는 우울 증상을 경험하는 초등학생 고학년이 비자살적 자해를 한다는 연구결과와 유사하다[12]. 따라서 초등학생 고학년의 우울을 예방하기 위해서는 우울 뿐만 아니라 우울 증상으로 나타나는 비자살적 자해와 함께 파악하여 해석을 하는 것이 필요할 것으로 사료되며 본 연구에서 우울과 비자살적 자해를 종속 변수로 하여 함께 파악한 데 의의가 있다.

본 연구는 K지역 일부 초등학교에 재학 중인 학생을 대상으로 시행되어 연구결과를 일반화하는 데 한계가 있다. 하지만, 본 연구를 통해서 초등학생 고학년의 비자살적 자해 및 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하였다는 점에서 학문적 의의가 있다. 특히, 초등학생 고학년의 비자살적 자해는 국내에서 이제 막 시작된 단계로 추후 반복 연구가 필요할 것으로 사료된다.

결론 및 제언

본 연구를 통해 긍정적인 생각 해보기, 주어진 상황에 대해 감사한 마음 가지기 같은 간호중재는 대상자의 부적응적 정서 조절전략을 적응적 정서조절전략으로 전환하여 비자살적 자해와 우울을 감소하는 데 도움이 될 것으로 사료 된다. 또한, 정서인식을 명확하게 하고 가족과 함께하는 시간을 가지면서 가족의 강점을 파악하고 공동의 문제를 함께 해결하는 경험을 하는 것은 초등학생 고학년의 비자살적 자해를 감소하는 데 도움이 될 것으로 사료된다.

한편, 본 연구는 지역사회 내 일반군을 대상으로 하여 결과를 일반화하는 데 한계가 있다. 따라서 임상군에서는 어떻게 결과가 나타나는지, 나이가 더 어린 연령에서도 본 연구와 비슷한 결과가 나타나는지 대상자 모집군을 다양하게 하여 추가적인 연구가 필요하다. 또한, 정서조절전략은 비자살적 자해에 영향을 미치는 중요한 요인으로 나타났으나 실제 설문 과정에서 연구대상자들은 정서라는 추상적인 내용을 제시된 문장을 통해 스스로 해석하고 문항으로 응답하는 것에 어려움을 표현했다. 초등학생 고학년 연령에서 정서를 인식하고 조절하는 능력이 후기 청소년이나 성인기와는 차이가 있기 때문일 것으로 사료 된다. 따라서, 간호사가 비자살적 자해를 하는 초등학생 고학년의 정서를 파악할 때에는 또래 연령에서 흔하게 접할 수

있는 사건을 만화나 상황극처럼 구체적으로 제시하고 이러한 상황에서 어떻게 정서를 인식하고 조절할 것인지를 개방형으로 질문하여 파악하는 것이 초등학생 고학년의 정서를 이해하는 데 도움이 될 것으로 사료 된다. 정서인식 명확성과 마찬가지로 가족지지는 비자살적 자해에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 오늘날은 가족의 형태가 다양하게 나타나므로 대상자가 어떠한 가족 구성원으로부터 지지받는 경험을 중요하게 생각하는지, 가족지지의 경험을 계속 이어나갈 수 있는 상황인지 파악하고 현실적으로 가족의 지지가 어려운 상황이라면 가족 이외에 또래 관계나 교사 관계와 같은 사회적 보호요인이 비자살적 자해에 영향을 미치는 요인인지 알아보는 추가적인 연구가 필요하다. 본 연구에서는 비자살적 자해 1회 이상 유경험자가 76명, 비자살적 자해를 하지 않은 대상자가 74명으로 비자살적 자해 행동의 빈도가 '0'으로 처리되는 사례수가 많아서 정규성을 만족하지 못했다는 점에서 통계기법 활용에 한계가 있었다. 따라서 추후 연구에서는 이러한 자료의 특성까지 고려한 분석방법을 활용하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

REFERENCES

1. Park DH. Youth self-injury counseling has tripled in a year [internet]. Seoul: Hankyoreh. 2019 [cited 2019 May 29]. Available from: <http://www.hani.co.kr/arti/society/rights/895831.html>
2. Ahn YS, Song HJ. Non-suicidal self-Injury in adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2017;33(4):257-281.
3. Nock MK. Why do people hurt themselves? new insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*. 2009;18(2):78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
4. Kim SJ. The effects of adolescents' impulsiveness on self-injury: moderating effects of social support. *Korea Academy of Social Work Practice and Research*. 2019;10(1):273-298. <https://doi.org/10.22836/kaswpr.2019.10.1.273>
5. Bae SH, Sung HJ. A study on the factors influencing the non-suicidal self-injury of middle school students: Focusing on the severity of self-injury. *Mental Health and Social Work*. 2020; 48(2):122-148. <https://doi.org/10.24301/MHSW.2020.06.48.2.122>
6. Law KC, Khazem LR, Jin HM, Anestis MD. Non-suicidal self-injury and frequency of suicide attempts: The role of pain persistence. *Journal of Affective Disorders*. 2017;209:254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.028>
7. Mbroh H, Zullo L, Westers N, Stone L, King J, Kennard B, et al. Double trouble: Nonsuicidal self-injury and its relationship to suicidal ideation and number of past suicide attempts in

- clinical adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2018;238: 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.056>
8. Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74(1):224-237.
 9. Seong NK, Kang LY. Daily stress of adolescents and self-harm behavior: The moderation effect of cognitive emotion regulation strategies. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2016;28(3):855-873.
 10. Lee DG, Ham KA, Bae BH. Adolescents' self-injurious behaviors: Suicidal self-injury and non-suicidal self-injury in female middle school students. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2016;28(4):1171-1192.
 11. Kim YH, Shin SH. The longitudinal relationship among academic achievement, self-esteem, and depression of children in community child center. *The Korean Journal of Child Education*. 2019;28(1):139-161. <https://doi.org/10.17643/KJCE.2019.28.1.08>
 12. Lee SH, Hoe MS. The moderating effect of self-control in the effects of adolescents' stress and depression on self-harm behavior. *Korean Journal of Youth Welfare*. 2021;23(1):211-236. <https://doi.org/10.19034/KAYW.2021.23.1.09>
 13. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: J. W. Pennebaker, editors. *Emotion, disclosure, and health*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1995. p. 125-154.
 14. Castilho P, Carvalho SA, Marques S, Pinto-Gouveia J. Self-compassion and emotional intelligence in adolescence: A multi-group mediational study of the impact of shame memories on depressive symptoms. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(3):759-768. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0613-4>
 15. Nguyen AW, Chatters LM, Taylor RJ, Mouzon DM. Social support from family and friends and subjective well-being of older African Americans. *Journal of Happiness Studies*. 2016; 17(3):959-979. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9626-8>
 16. Kim CG. Structural relationships between school violence, family resilience, hopelessness, depression, and suicidal ideation in adolescents. *The Korean Society of Child Welfare*. 2018; 61:51-80. <https://doi.org/10.24300/jkscw.2018.3.61.51>
 17. Lee SJ, Lee HK. The research on the validation of the trait meta-mood scale: The domain exploration of the emotional intelligence. *The Korean Journal of Social and Personality Psychology*. 1997;11(1):95-116.
 18. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
 19. Kim SH. A study on relationships among the stressful events, cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being [master's thesis]. [Seoul]: Catholic University; 2004. 61 p.
 20. Kim SS, Gil M, Kim-Godwin Y. Development and validation of the family relationship assessment scale in Korean college students' families. *Family Process*. 2021;60(2):586-601. <https://doi.org/10.1111/famp.12559>
 21. Lloyd-Richardson EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and pro-visional prevalence rates. Poster session presented at: The annual meeting of the Society for Behavioral Medicine; 1997. New Orleans, LA.
 22. Kwon HJ. Exploration of emotional and cognitive factors influencing non-suicidal self-injury [master's thesis]. [Seoul]: Seoul National University; 2014. 92 p.
 23. Kim SJ, Kim SM, Park HE, Yoon HM. Effects of negative parenting attitudes and social media addiction on elementary school students' non-suicidal self-harm. *Journal of the Korean Society for Wellness*. 2020;15(2):89-101. <https://doi.org/10.21097/ksw.2020.05.15.2.89>
 24. Kovacs M, Beck AT. An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In: Schulterbrandt, J. G., Raskin, A., editors. *Depression in Childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. New York: Raven. 1977. p. 1-25.
 25. Cho SC, Lee YS. Development of the Korean form of Kovac's Children's Depression Inventory. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1990;29(4):943-956.
 26. Park JS. Emotion regulations of child and adolescent from developmental perspectives. *Korean Journal of Health Psychology*. 2014;19(1):1-21. <https://doi.org/10.17315/kjhp.2014.19.1.001>
 27. Jeong IS, Ahn G. The effect of maternal non-supportive response to adolescents' negative emotions on their non-suicidal self-injury: Focusing on emotion clarity, ambivalence over emotional expression, and difficulties in emotional regulation. *Korean Journal of Youth Studies*. 2021;28(2):117-140. <https://doi.org/10.21509/KJYS.2021.02.28.2.117>
 28. Davoodi E, Wen A, Dobson KS, Noorbala AA, Mohammadi A, Farahmand Z. Emotion regulation strategies in depression and somatization disorder. *Psychological Reports*. 2019;122(6): 2119-2136. <https://doi.org/10.1177/0033294118799731>
 29. Van Beveren ML, Harding K, Beyers W, Braet C. Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptive emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(1):18-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12151>
 30. Moon MR. Risks and protection factors related to youth resilience. *Journal of Korea Youth Counseling Association*. 2017;2 (1):37-62.