청소년의 건강상태 평가에 있어서 청소년과 부모의 차이

강 은 정*

초 록

본 연구의 목적은 청소년의 주관적 건강상태에 대한 청소년과 부모의 평가의 일치 정도와 그 차이에 관련된 인구사회학적 요인들을 파악하는 것이다. 분석에 사용된 자료는 청소년의 주관적 건강상태에 대하여 청소년과 부모에게 동일한 문항을 조사한 2005년 국민건강영양조사의 아동 및 청소년 건강면접조사와 청소년 보건식행태조사 자료였다. 분석 결과 우리나라 청소년의 건강에 대한 청소년과 부모의 평가의 일치도는 비교적 낮은 편인 것으로 나타났다. 청소년의 건강상태에 대한 판단의 청소년과 부모의 불일치는 청소년이 우울감, 스트레스, 비만 인식이 있을 때 커지는 것으로 나타났다. 따라서 부모가 대리 청소년의 건강상태를 평가할 때는 청소년의 정신적인 요소들을 고려하여야 할 필요가 있다.

주제어 : 주관적 건강상태, 부모의 대리 응답, 응답의 일치

* 한국보건사회연구원 부연구위원

I. 서 론

‘자신의 건강이 얼마나 좋다고 생각하십니까?’에 대하여 ‘매우 좋음/ 좋음/ 보통/ 나쁨/ 매우 나쁨’으로 조사되는 주관적 건강상태(self-rated health)는 사회조사나 건강조사에서 흔히 사용되는 것이다. 이 문항은 매우 단순하지만 상병이나 사망을 예측할 수 있는 타당한 건강수준의 지표가 될 수 있다(Idler, Russell, & Davis, 2000). 이처럼 주관적 건강상태 문항이 상병이나 사망을 예측할 수 있는 것은 이 문항이 현재 경험하고 있는 질병뿐만 아니라 아직 진단되지 않은 질병의 증상까지도 미리 반영하기 때문이라고 설명된다(Idler & Benyamini, 1997).

주관적 건강상태와 사망률의 관계는 주로 성인을 대상으로 이루어져왔다(권순석 등, 1999; 김혜련 등, 2006; 지선하 등, 1994). 아동 및 청소년의 경우에는 주관적 건강상태가 사망률을 예측할 수 있는지에 대한 근거는 충분하지는 않지만 청소년의 건강에 대한 다른 중요한 정보를 제공할 수 있다. 즉, 청소년의 경우 주관적 건강상태는 신체적인 문제를 넘어서서 청소년의 가족, 학교, 사회적 관계의 기능을 나타냄으로써 청소년의 건강 및 안녕에 관한 통찰의 기회를 제공할 수 있다(Vingilis, Wade, & Adlaf, 1998).

Breidablik 외(2008)의 연구에 따르면 청소년은 주관적 건강상태는 일반적인 안녕(general well-being), 신체적 건강 문제, 장애, 정신 건강, 자존감, 학교 관계, 가족 분리, 운동 등 다양한 차원으로 구성된 개념으로 정의한다고 하였다. 즉, 청소년이 자신의 건강상태를 평가할 때는 단순히 신체적 질병의 유무를 기준으로 하기보다는 삶의 전반적인 기능을 바탕으로 평가하는 경향이 있기 때문에 가족관계의 질, 학교에서의 성취, 그리고 자존감이 만성질환의 유무보다 더 큰 영향을 미친다(Mechanic & Hansell, 1987). 가족관계에 있어서는 편부모 청소년인지의 여부와 같이 가족관계의 형태 자체가 직접적으로 청소년의 주관적 건강상태에 영향을 미친다고 하기 보다는 청소년에 대한 관심 부족, 부모의 스트레스 등이 매개요인으로 작용함으로써 영향을 미친다. 학교에서의 성취와 자존감이 높은 청소년은 주관적 건강상태도 높게 평가하는 것으로 알려져 있다.

이 밖에도 청소년 자신의 주관적 건강상태와 관련된 요인으로는 성, 경제적 환경,

흡연 등이 있다(Vingilis et al., 1998). 여자 청소년이 남자 청소년보다 건강상태가 더 나쁘다고 인식한다는 것은 여러 연구에서 밝혀진 바이다(강영호 외, 2005; West et al., 1990; Goodman et al., 1997). 소득이 낮은 가정의 청소년이 건강상태가 더 나쁘다고 인식하는 경향이 있다는 것도 여러 연구에서 발견되었다(Evans et al., 1994; Halldorsson et al., 2000). 흡연과 청소년의 주관적 건강상태가 직접적인 인과관계가 있는지에 대한 근거는 충분하지 않으나 연관성은 있는 것으로 나타났다.

청소년의 건강상태를 평가함에 있어서 의사, 부모, 선생님 등 청소년의 대리인들(proxies)과 청소년 자신의 평가가 일치하지 않는 경우가 많다. 즉, 의사나 부모는 건강상의 문제를 가지고 있다고 보지만 청소년 자신은 문제로 인식하지 못할 수 있고, 반대로 선생님이나 부모가 인식하지 못하지만 청소년은 건강상의 문제를 갖고 있다고 판단할 수 있다. 대체로 청소년은 전반적인 건강, 신체적 정신적 건강문제, 그리고 삶의 질에서 모두 부모에 비해 보다 부정적으로 받아들이는 것으로 알려져 있다(Johnson & Wang, 2008; Berg-Nielsen et al., 2003; Theunissen et al., 1998).

아동에 비해 청소년은 발달 측면에서 인지 능력이 높고, 관점을 가진 판단 능력이 높으며 자신에 대한 판단을 성인과 비슷하게 할 수 있는 능력이 있다는 점에서 이들의 건강상태에 대한 스스로의 판단은 부모 등 대리인의 판단과 일치할 가능성이 높다고 볼 수 있다(Edelbrock et al., 1986). 하지만 혼자 지내거나 또래와 보내는 시간이 더 길기 때문에 부모 등 대리인이 청소년의 건강 및 안녕에 관한 정보를 얻을 수 있는 기회가 적어지므로 대리인과 청소년 자신의 판단이 일치하지 않을 가능성도 높아진다(Brown, 1990; Larson et al., 1996).

이러한 문제는 청소년의 건강수준을 측정하고 이를 바탕으로 임상적 및 정책적 개입을 계획할 때 어느 정보원을 믿고 판단을 해야 하는가의 문제와 연결된다. 즉, 임상적으로, 특히 청소년의 정서 혹은 심리적인 문제에 대하여 보건의료서비스의 제공이 필요한 지점을 청소년의 보고에 따를 것인지 청소년의 대리인의 보고를 따를 것인지는 중요한 문제이다. 마찬가지로 정부나 학교 등에서 청소년을 위한 건강서비스를 욕구조사를 통해 제공하고자 할 때 정보원에 따라 욕구의 정도가 달리 추정되는 문제는 향후 서비스 제공의 타당성에 영향을 미칠 뿐만 아니라 사업비용의 효율성과도 관련이 되기 때문에 중요하다.

청소년의 건강상태에 대한 판단에 있어서 청소년과 대리인 간의 일치를 바라보는

데는 부모 등 대리인의 판단과 청소년 자신의 판단이 대체적 관점과 보완적 관점의 두 가지가 있다. 대리인과 청소년의 판단을 대체적인 성격으로 보는 경우 청소년은 건강에 대한 이해, 건강의 영향에 대한 장기적인 인식 등이 부족하므로 부모 등 대리인의 판단이 더 타당하고 신뢰성이 있다고 본다. 반면에 대리인과 청소년의 판단을 보완적으로 보는 경우에는 대리인과 청소년의 판단 모두가 중요하며 두 판단의 차이는 어느 한 쪽이 맞고 다른 쪽이 틀린 것이 아니라 다른 차원의 정보를 제공한다고 본다.

현재까지는 위의 두 가지 관점 중 어느 것이 옳은 것인지에 대한 합의가 이루어지지 않은 상태이다. 이 상태는 청소년의 건강상태에 대한 절대적인 기준에 대한 합의가 이루어지기 전까지는 지속될 것으로 예상된다. 그 때가 오기 전에는 아동 및 청소년의 판단은 성인의 그것과는 다를 수 있지만 동등하게 타당하다고 취급하는 것이 공정한 것이다(Eiser & Morse, 2001).

최근의 연구들은 청소년과 그들의 대리인의 평가 사이의 일치 정도를 평가하는 것으로부터 어떤 요인들이 두 평가의 일치와 관련이 되어 있는 지로 그 초점이 옮겨져 가고 있다(Frank et al., 2000). 즉, 무슨 요인에 의해 두 정보원의 판단에 차이가 발생하는가를 이해함으로써 어떤 정보원이 청소년의 건강상태를 측정하는데 더 타당한지를 판단할 수 있을 것이라는 기대이다(Berg-Nielsen et al., 2003).

청소년의 연령, 질병상태가 부모와 아동 자신의 평가의 일치와 관련이 있는 것으로 알려져 있다. 즉, 아동의 나이가 많을수록 자신의 경험과 감정을 설명할 수 있는 언어 능력이 높기 때문에 부모의 평가와의 일치도가 높다. 또한 질병을 가진 아동의 경우는 부모에의 의존이 높아지기 때문에 부모와 아동 간의 일치의 확률이 높아진다(Eiser & Morse, 2001).

건강의 영역의 특성별로도 아동-부모의 일치 정도가 다를 수 있다. 대개 신체적 증상 및 기능 등 눈에 보이는 건강 영역에 대해서는 아동-부모 간의 일치도가 높은 반면에 정서적인 문제와 같이 아동의 주관적인 경험과 약물사용과 같은 비행에 대해서는 아동-부모 간의 일치도가 낮다(Varmi et al., 1999; Frank et al., 2000).

또한 평가자인 부모의 우울증상이나 아동의 자존감과 같이 평가자의 주관적이고 심리적인 변인들이 아동-부모의 평가의 차이와 관련이 있다(Berg-Nielsen et al., 2003). Waters 등(2000)은 부모 자신의 건강에 대한 부정적인 인식과 정기적인 의료서비스를

요하는 질병을 가지는 것이 청소년의 건강상태를 유의하게 나쁘게 평가하는 것과 관련이 있다고 보고하였다.

하지만 여전히 나이, 부모와 아동의 성, 사회인구학적 특성이 부모-아동 간의 평가의 일치에 미치는 영향에 대하여 연구가 부족한 실정이다(Waters, Stewart-Brown, Fitzpatrick, 2003). 또한 국내에서는 그 동안 아동 및 청소년의 주관적 건강상태에 대한 연구가 적었으며, 특히 아동 및 청소년과 부모에게 동일한 항목을 조사한 자료가 드물기 때문에 아동 및 청소년과 부모 간의 주관적 건강상태의 일치를 연구하는데 제한이 있었다. 본 연구는 이러한 연구의 간격을 좁히기 위하여 2005년 국민건강영양조사를 활용하여 다음의 두 가지를 밝히는 것을 목적으로 하였다.

첫째, 청소년의 건강상태에 대하여 청소년 자신의 평가와 부모의 평가가 일치하는 정도를 파악한다.

둘째, 청소년의 건강상태의 평가에 있어서 청소년과 부모의 평가의 차이와 관련된 다양한 청소년 및 부모의 인구사회학적 특성을 분석한다.

II. 연구방법

1. 자료

2005년 국민건강영양조사 자료를 사용하였다. 2005년 국민건강영양조사는 청소년 보건영양조사와 아동 및 청소년에 대한 건강면접조사를 포함하고 있다. 청소년 보건영양조사는 만12세 이상 만18세 미만의 청소년을 가구방문 하여 자기기입식으로 이루어졌다. 만18세 미만을 대상으로 한 건강면접조사는 가구방문을 통하여 대상 아동 및 청소년의 부모 등 대리인의 면접으로 이루어졌다. 두 조사에는 모두 청소년의 주관적 건강상태에 대한 문항이 포함되어 본 연구에 적합한 자료를 제공할 수 있었다. 청소년의 건강면접조사에 참여한 대리인은 아버지와 어머니, 즉 부모에 한정하였으며 이러한 조건에 부합하는 청소년은 모두 참여한 청소년은 691명이었다. 본 연구는 이들과 이들 부모를 분석 대상으로 하였다.

2. 분석방법

청소년과 부모의 건강수준에 대한 평가의 일치도를 보는 방법으로 주관적 건강상태 변수가 범주형 변수임을 고려하여 Kappa와 퍼센트 일치도(percent agreement)를 사용하였다. Kappa는 초기 조건에서 가상적으로 예상되는 일치 확률을 초과하는 관찰된 일치 확률의 정도를 나타낸다(Landis & Koch, 1977). 퍼센트 일치도는 두 평가자의 평가 결과를 교차표로 나타내었을 때 대각선, 즉 정확하게 평가가 일치하는 경우의 빈도의 전체 관측치에 대한 비율을 말한다.

다음으로 청소년과 부모의 건강수준에 대한 평가에서의 차이와 관련된 요인이 무엇인지를 파악하기 위하여 두 가지 회귀분석을 하였다. 첫 번째로는 청소년과 부모가 평가한 각각의 청소년의 건강상태(‘매우 좋음’ 혹은 ‘좋음’=1, 나머지=0)를 종속변수로 하고 이와 관련된 요인을 로지스틱 회귀분석을 통하여 분석하였다. 청소년의 나이에 따라 인지 발달의 정도, 처한 환경 등의 차이가 있을 수 있기 때문에 12세-14세(전기 청소년)와 15세-18세(후기 청소년)의 두 집단으로 나누어 분석하였다. 청소년 자신의 건강상태에 대한 평가를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석의 독립변수에는 청소년의 성, 2주간 이환일수, 스트레스, 지난해의 우울감 경험 여부, 주관적 비만인식, 흡연 여부, 폭음 여부, 방과후 운동 여부, 그리고 부모의 특성으로서 부모의 최고 교육수준, 가구 소득, 부모의 동거 여부를 포함하였다. 부모가 평가한 건강상태를 종속변수로 한 경우에는 여기에 부모의 스트레스, 부모의 지난해 우울감 경험 여부, 그리고 평가자가 어머니(아버지)인지 여부를 추가하였다.

두 번째 분석은 청소년과 부모의 건강수준에 대한 평가에서의 차이와 관련된 요인을 다중회귀분석을 사용하여 직접적으로 분석하였다. 두 번째 분석의 종속변수는 청소년과 부모의 평가가 일치하는 경우를 비교집단으로 하고 청소년의 평가가 부모의 평가보다 좋은 경우와 부모의 평가가 청소년의 평가보다 좋은 경우를 대조집단으로 하는 이산변수를 사용하였다. 독립변수는 위의 부모가 평가한 건강상태를 종속변수로 하는 회귀분석에 포함한 모든 변수를 사용하였다.

모든 분석은 STATA 9.0으로 수행되었다.

Ⅲ. 연구결과

1. 표본의 특성

전체 청소년 표본 691명 가운데 56명은 청소년 보건의식행태조사에 참여하지 않아 부모의 응답 자료만 사용가능하였다. 분석에서 제외된 청소년의 특성이 분석에 포함된 청소년의 특성과 차이가 있는지를 확인하기 위하여 chi-test 혹은 t-test를 사용하여 차이를 분석하였다. 그 결과 청소년과 부모의 연령, 어머니의 교육수준을 제외한 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 1> 표본의 특성

사회인구학적 특성	부모와 청소년 모두 응답 (n=635)	부모만 응답 (n=56)	차이 (p-value)
청소년			
성(남자)	339(53.39%)	26(46.43%)	ns
평균 연령	14.3	15.7	<0.0001
주관적 건강수준1)	49.2(77.48%)	41(73.21%)	ns
평균 2주간 이환일수	1.7	1.3	ns
스트레스2)#	209(32.91%)	-	-
지난해 우울감 경험3)#	61(9.61%)	-	-
흡연4)#	11(1.73%)	-	-
폭음5)#	28(4.05%)	-	-
방과 후 운동6)#	266(41.89%)	-	-
비만7)#	185(29.13%)	-	-
부모			
아버지	(n=606)		
평균 연령	44.5	45.7	<0.5
유배우	541(89.20%)	45(80.35%)	ns
고졸	274(45.15%)	21(37.50%)	ns
대학(교)	175(28.86%)	17(30.36%)	ns
대학원	34(5.62%)	4(7.14%)	ns

사회인구학적 특성	부모와 청소년 모두 응답 (n=635)	부모만 응답 (n=56)	차 이 (p-value)
스트레스	202(31.81%)	15(26.79%)	ns
우울감 경험 여부	50(7.87%)	9(16.07%)	<0.5
어머니 (n=664)			
평균 연령	41.4	42.5	<0.5
유배우	570(89.76%)	49(87.50%)	ns
고졸	368(57.95%)	22(39.29%)	<0.01
대학(교)	138(21.73%)	17(30.36%)	ns
대학원	15(2.36%)	1(1.79%)	ns
스트레스	190(29.92%)	14(25.00%)	ns
우울감 경험 여부	79(12.44%)	10(17.86%)	ns
가구공통			
부모동거	534(84.09%)	45(80.36%)	ns
101만원-200만원	188(30.08%)	14(25.93%)	ns
201만원-300만원	176(28.16%)	14(25.93%)	ns
301만원-400만원	78(12.48%)	6(11.11%)	ns
401만원 이상	115(18.40%)	11(20.37%)	ns

주: 1) 부모가 평가한 것. '매우 좋음' 혹은 '좋음'의 비율
 2) 평상시 스트레스를 '매우 많이 느낌' 혹은 '많이 느낌'일 때 1, '조금 느낌' 혹은 '거의 느끼지 않음'일 때 0
 3) 지난 1년간 연속해서 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 경우
 4) 지난 1달간 1일 이상 흡연한 경우
 5) 지난 1달간 1회(1~2시간 이내)에 남자의 경우 소주 7잔(맥주 5캔) 이상, 여자의 경우 소주 5잔(맥주 3캔) 이상을 마신 적이 1번 이상 있는 경우
 6) 방과 후 운동을 주 1회 이상 하는 경우
 7) 주관적인 비만 인식이 '약간 비만임' 혹은 '매우 비만임'인 경우
 # 청소년 설문조사에만 포함됨.
 ns: not significant at 95% confidence level

2. 청소년 건강상태에 대한 부모와 청소년의 평가의 일치 정도

청소년의 62.83%, 부모의 77.48%가 청소년의 건강이 '매우 좋음'이거나 '좋음'이라고 생각하고 있어 부모가 청소년 자신보다 건강하다고 판단하는 비율이 더 높은 것으로 나타났다(표 2).

<표 2> 부모와 청소년의 주관적 건강상태 평가의 교차표

빈 도(%)	부 모					전 체
	매우좋음	좋음	보통	나쁨	매우나쁨	
매우좋음	30(4.72)	51(8.03)	11(1.73)	0(0.00)	-	92(14.49)
좋음	34(5.35)	242(38.11)	24(3.78)	7(1.10)	-	307(48.35)
보통	15(2.36)	110(17.32)	67(10.55)	16(2.52)	-	208(32.76)
나쁨	1(0.16)	8(1.26)	9(1.42)	9(1.42)	-	27(4.25)
매우나쁨	0(0.00)	1(0.16)	0(0.00)	0(0.00)	-	1(0.16)
전체	80(12.60)	412(64.88)	111(17.48)	32(5.04)	-	635(100.00)

표 3은 청소년의 건강상태에 대한 부모와 청소년의 평가의 일치 정도를 kappa, 퍼센트 일치도로 보여준다. 전체 표본의 Kappa는 0.26으로 높지 않은 수준이었다. Kappa가 표본의 평균보다 낮은 집단에는 여자(0.23), 15세 이상(0.23), 비만(0.12), 우울(0.20), 부모와 동거하지 않는 청소년(0.19), 가구소득이 월 101만원 이상 400만원 이하인 청소년(0.10-0.22)이 포함되었다.

<표 3> 부모와 청소년의 주관적 건강상태 평가의 kappa, 퍼센트 일치도 : 청소년 특성별

청소년 특성	퍼센트 일치도(%)	Kappa
전 체	54.8	0.26
성별	남자	56.3
	여자	53.0
연령	15)~&(19	52.0
	12)~&(15	56.8
비만	예	49.1
	아니오	56.1
스트레스	예	51.2
	아니오	56.6
우울	예	44.3
	아니오	55.9

청소년 특성		퍼센트 일치도(%)	Kappa
방과후 운동	예	59.0	0.28
	아니오	51.8	0.23
지난2주이환	1일이상	55.7	0.32
	0일	54.4	0.22
부모 동거	예	55.6	0.27
	아니오	50.5	0.19
가구소득	100만원 이하	57.4	0.35
	101만원-200만원	51.1	0.19
	201만원-300만원	50.6	0.22
	301만원-400만원	48.7	0.10
	401만원 이상	67.8	0.44

3. 청소년 건강상태에 대한 부모와 청소년의 평가의 차이와 관련된 요인

청소년과 부모의 청소년의 건강상태에 대한 평가의 차이를 이해하기 위하여 청소년 자신이 평가한 건강상태와 부모가 평가한 건강상태 각각의 관련 요인을 분석하였다(표4-표5). 표 4는 12세 내지 14세의 중학생 연령대의 청소년의 건강상태가 ‘매우 좋음’ 혹은 ‘ 좋음’인 경우와 관련된 요인을 보여준다. 청소년과 부모에서 공통적으로 2주간 이환일수와 청소년의 스트레스가 건강상태와 관련이 있었다. 즉, 최근의 신체 및 정신적 건강의 문제가 있을 때 청소년의 건강상태를 ‘보통’이하의 수준으로 평가하는 경향이 있었다. 부모는 청소년과는 달리 가구소득에 따라 청소년의 건강상태를 평가하는 경향이 달랐다. 100만원 이하의 저소득 가구에 비하여 201만원 내지 300만원 이하의 중산층의 부모들이 자녀의 건강을 더 좋게 평가하고 있었다.

<표 4> 청소년의 ‘매우 좋음’ 혹은 ‘좋음’의 건강상태와 관련된 요인 (12세-14세), 2005년

독립변수	청소년(n=360)		부모(n=360)	
	Adjusted OR	95% CI	Adjusted Odds Ratio	95% CI
청소년				
성별				
남자	0.72	0.44, 1.16	0.71	0.40, 1.28
여자	1		1	
2주간 이환일수	0.92**	0.86, 0.97	0.88***	0.83, 0.94
스트레스	0.59*	0.35, 1.00	0.46*	0.25, 0.85
지난해 우울감 경험	0.81	0.32, 2.02	0.96	0.32, 2.82
비만	0.84	0.51, 1.38	1.77	0.92, 3.42
흡연	0.51	0.66, 3.91	0.66	0.62, 6.99
폭음	-	-	-	-
방과후 운동	1.61	1.00, 2.61	1.53	0.85, 2.75
부모/가구				
가장 높은 교육수준				
대학원	0.63	0.77, 5.13	0.66	0.72, 6.16
대학	1.00	0.34, 2.95	2.02	0.59, 6.95
고등학교	1.03	0.40, 2.62	2.13	0.75, 6.06
고등학교 미만	1		1	
가구소득				
100만원 이하	1		1	
101만원-200만원	1.57	0.64, 3.84	2.34	0.84, 6.49
201만원-300만원	1.19	0.48, 2.96	3.24*	1.11, 9.47
301만원-400만원	1.09	0.38, 3.14	2.12	0.62, 7.30
401만원 이상	2.43	0.87, 6.78	2.98	0.92, 9.63
스트레스	-	-	0.68	0.36, 1.27
지난해 우울감 경험	-	-	1.91	0.71, 5.14
응답자				
아버지	-	-	1	
어머니	-	-	0.65	0.26, 1.61
부모 동거				
동거	0.78	0.39, 1.59	0.45	0.18, 1.14
비동거	1		1	
		Pseudo R2=0.0403	Pseudo R2=0.0696	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

고등학교 연령대인 15세-18세 청소년의 건강이 ‘매우 좋음’ 혹은 ‘좋음’과 관련된 요인들은 표 5에 있다. 이 연령대 청소년 자신의 건강상태와 관련된 요인은 성, 우울감, 방과후 운동인 반면에 부모가 평가한 건강상태와 관련된 요인은 2주간 이환일수, 우울감, 부모의 교육수준이었다. 즉, 여자 청소년에 비해 남자 청소년은 자신의 건강을 좋게 평가하는 비율이 높았고 부모는 남녀의 차이를 두지 않는 것으로 나타났다. 또한 2주간 이환일수 및 스트레스와 같은 일시적인 최근의 상병상태는 후기 청소년의 건강상태와 관련이 없는 것으로 나타난 반면에 지난해의 우울감 경험과 같은 상대적 으로 만성적인 정신적 문제는 청소년 자신과 부모 모두 청소년의 건강상태와 결부시키는 경향이 있었다. 부모는 청소년과 달리 2주간 이환일수를 청소년의 건강상태와 연결시키고 있었다. 방과후 운동을 주1회 이상 하는 청소년은 자신의 건강을 좋게 평가하는 경향이 있었으나, 부모에게 있어서 방과후 운동은 청소년의 건강에 대한 평가와 관련이 없었다.

부모 및 가구의 특성 가운데서는 부모의 최고 학력이 대학인가가 청소년의 건강을 좋게 평가하는 경향과 관련이 있었다. 즉, 부모의 최고 학력이 대학일 때 고등학교 미만인 경우보다 청소년의 건강을 좋게 평가하는 것으로 나타났다.

<표 5> 청소년의 ‘매우 좋음’ 혹은 ‘좋음’의 건강상태와 관련된 요인 (15세-18세), 2005년

독립변수	청소년(n=265)		부모(n=265)	
	Adjusted Odds Ratio	95% CI	Adjusted Odds Ratio	95% CI
청소년				
성별				
남자	2.19**	1.25, 3.85	1.06	0.55, 2.02
여자	1		1	
2주간 이환일수	0.94	0.87, 1.02	0.83***	0.76, 0.91
스트레스	0.57	0.32, 1.01	0.87	0.46, 1.67
지난해 우울감 경험	0.38*	0.17, 0.87	0.40*	0.17, 0.97
비만	0.75	0.41, 1.40	1.18	0.56, 2.47
흡연	1.01	0.15, 6.46	3.57	0.32, 39.47
폭음	0.69	0.27, 1.75	1.87	0.57, 6.14
방과후 운동	2.59**	1.42, 4.75	1.27	0.66, 2.45

독립변수	청소년(n=265)		부 모(n=265)	
	Adjusted Odds Ratio	95% CI	Adjusted Odds Ratio	95% CI
부모/가구				
가장 높은 교육수준				
대학원	0.31	0.40, 2.46	0.58	0.08, 4.36
대학	1.32	0.45, 3.89	4.08*	1.16, 14.28
고등학교	0.98	0.43, 2.19	1.88	0.78, 4.50
고등학교 미만	1		1	
가구소득				
100만원 이하	1		1	
101만원-200만원	1.58	0.63, 4.03	0.73	0.24, 2.16
201만원-300만원	1.20	0.47, 3.05	0.44	0.14, 1.35
301만원-400만원	1.46	0.48, 4.42	0.74	0.20, 2.76
401만원 이상	1.57	0.51, 4.90	0.40	0.10, 1.51
스트레스	-	-	0.80	0.39, 1.64
지난해 우울감 경험	-	-	0.80	0.33, 1.98
응답자				
아버지	-	-	1	
어머니	-	-	1.27	0.47, 3.43
부모 동거				
동거	1.26	0.58, 2.71	1.02	0.43, 2.43
비동거	1		1	
		Pseudo R2=0.0682	Pseudo R2=0.0913	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

다음으로 표 6-표 7은 청소년과 부모의 평가가 일치하지 않는 경우와 관련된 요인을 분석한 결과이다. 청소년과 부모의 평가가 일치하는 경우를 비교집단으로 하고 청소년이 부모보다 더 좋게 평가한 경우와 반대로 부모가 청소년보다 더 좋게 평가한 경우 각각과 관련된 요인들을 분석하였다.

먼저 표 6은 12세-14세 전기 청소년에 관한 결과이다. 청소년의 스트레스는 청소년 자신의 평가가 부모의 평가보다 더 좋은 것과 관련이 있었고, 반대로 부모의 스트레스는 청소년의 평가와 부모의 평가와 일치하는 것과 관련이 있었다.

부모의 평가가 청소년의 평가보다 더 좋은 것은 청소년의 비만 인식과 관련이 있

었다. 즉, 비만이라고 인식하는 청소년에 대해서는 부모가 청소년보다 건강상태를 더 좋게 평가하는 것으로 나타났다.

<표 6> 청소년의 건강상태에 대한 청소년과 부모의 평가의 차이와 관련된 요인(12세-14세), 2005

독립변수	청소년이 부모보다 더 좋게 평가 ¹⁾		부모가 청소년보다 더 좋게 평가 ¹⁾	
	Relative Risk Ratio	95% CI	Relative Risk Ratio	95% CI
청소년				
성별				
남자	1.09	0.58, 2.04	1.04	0.60, 1.79
여자	1		1	
2주간 이환일수	0.99	0.91, 1.07	0.93	0.85, 1.01
스트레스	2.82**	1.44, 5.34	1.81	0.99, 3.32
지난해 우울감 경험	0.94	0.30, 2.97	0.51	0.16, 1.62
비만	0.76	0.38, 1.55	1.87*	1.09, 3.23
흡연	4.32	0.20, 94.75	5.16	0.43, 61.42
폭음	-	-	-	-
방과후 운동	0.98	0.53, 1.82	0.76	0.44, 1.31
부모/가구				
가장 높은 교육수준				
대학원	4.76	0, 0	1.73	0,0
대학	0.23*	0.06, 0.85	1.10	0.29, 4.19
고등학교	0.37	0.12, 1.10	1.30	0.40, 4.22
고등학교 미만	1		1	
가구소득				
100만원 이하	1		1	
101만원-200만원	1.86	0.64, 7.97	1.84	0.61, 5.59
201만원-300만원	1.51	0.41, 5.62	2.39	0.77, 7.39
301만원-400만원	1.55	0.34, 7.07	2.44	0.67, 8.85
401만원 이상	1.27	0.31, 5.26	1.14	0.33, 3.98
스트레스	0.36*	0.17, 0.80	1.18	0.65, 2.12
지난해 우울감 경험	0.95	0.33, 2.75	0.73	0.29, 1.86
응답자				
아버지	-	-	1	
어머니	-	-	0.87	0.41, 1.84
부모 동거				
동거	0.79	0.32, 1.96	0.69	0.40, 1.50
비동거	1		1	

주: 1) 비교집단은 부모와 청소년의 평가가 동일한 경우임. n=360
* p<0.05, ** p<0.01

후기 청소년(15세-18세)의 건강상태의 평가에 있어서 청소년과 부모의 차이와 관련된 요인을 표 7에서 보여준다. 청소년의 평가가 부모의 평가보다 더 좋은 경우와 관련된 요인으로는 2주간 이환일수, 청소년의 스트레스, 그리고 청소년의 우울감 경험이었다. 2주간 이환일수가 길수록, 그리고 지난해 우울감 경험을 한 경우에 청소년의 평가가 부모의 평가보다 더 좋은 것으로 나타났고, 스트레스가 많은 경우에는 청소년의 평가와 부모의 평가가 일치하는 경향이 높은 것으로 나타났다.

부모가 청소년보다 더 좋게 평가하는 경우와 관련된 요인은 부모의 우울감 경험으로써, 지난해 우울감을 경험한 부모는 그렇지 않은 부모에 비해 청소년보다 더 좋게 평가하지 않는 경향, 즉 청소년의 평가와 일치하는 경향이 높았다.

<표 7> 청소년의 건강상태에 대한 청소년과 부모의 평가의 차이와 관련된 요인 (15세-18세), 2005

독립변수	청소년이 부모보다 더 좋게 평가1)		부모가 청소년보다 더 좋게 평가1)	
	Relative Risk Ratio	95% CI	Relative Risk Ratio	95% CI
청소년				
성별				
남자	1.34	0.60, 2.99	0.57	0.31, 1.05
여자	1		1	
2주간 이환일수	1.12*	1.01, 1.23	0.99	0.90, 1.09
스트레스	0.26**	0.10, 0.64	0.88	0.48, 1.63
지난해 우울감 경험	4.23*	1.39, 12.87	1.73	0.69, 4.31
비만	0.83	0.33, 2.04	1.38	0.71, 2.68
흡연	2.59	0, 0	4.98	0.72, 34.60
폭음	0.52	0.13, 2.19	0.91	0.34, 2.45
방과후 운동	0.93	0.43, 2.01	0.59	0.31, 1.12
부모/가구				
가장 높은 교육수준				
대학원	2.73	0, 0	0.58	0.08, 4.26
대학	1.22	0.29, 5.14	1.84	0.58, 5.85
고등학교	1.06	0.37, 3.07	1.18	0.49, 2.88
고등학교 미만	1		1	

독립변수	청소년이 부모보다 더 좋게 평가1)		부모가 청소년보다 더 좋게 평가1)	
	Relative Risk Ratio	95% CI	Relative Risk Ratio	95% CI
가구소득				
100만원 이하	1		1	
101만원-200만원	1.57	0.45, 5.46	0.62	0.22, 1.73
201만원-300만원	1.58	0.43, 5.85	0.70	0.25, 1.99
301만원-400만원	2.13	0.47, 9.60	1.23	0.37, 4.17
401만원 이상	0.52	0.09, 3.00	0.35	0.10, 1.24
스트레스	-	-	0.90	0.44, 1.83
지난해 우울감 경험	-	-	0.34*	0.12, 0.95
응답자				
아버지	-	-	1	
어머니	-	-	1.43	0.53, 3.83
부모 동거				
동거	1.25	0.59, 2.66	1.02	0.43, 2.44
비동거	1		1	

주: 1) 비교집단은 부모와 청소년의 평가가 동일한 경우임. n=265

* p<0.05, ** p<0.01

IV. 요약 및 논의

본 연구는 청소년과 부모에게 청소년의 주관적 건강상태에 대한 동일한 문항을 조사한 2005년 국민건강영양조사의 아동 및 청소년 건강면접조사와 청소년 보건의식행태조사 자료를 사용하여 청소년의 주관적 건강상태에 대한 청소년과 부모의 평가의 일치 정도와 평가의 차이에 관련된 요인들을 살펴보았다. 분석 결과로부터 알게 된 사실들을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 청소년의 62.83%가 자신의 건강이 ‘매우 좋음’이거나 ‘좋음’이라고 생각하고 있었다. 미국의 경우 2001-2002 National Health and Nutrition Examination Survey에

포함된 1,157명의 12세-15세 청소년과 부모의 청소년에 대한 주관적 건강상태를 분석한 결과 63%의 청소년이 'excellent' 혹은 'very good'으로 평가하였고 부모의 경우는 78%가 동일하게 평가하였다(Johnson & Wang, 2008). 연령 집단이 일치하지는 않지만 본 연구 결과와 매우 유사한 것이다. 하지만 캐나다의 2001-2002 Canadian Community Health Survey는 12-17세 남자 청소년의 74%, 여자 청소년의 69%가 'excellent' 혹은 'very good'으로 평가한 것으로 조사되어 본 연구결과보다 다소 높은 비율이었다(Tremblay, Dahinten, Kohen, 2003).

한편 청소년의 62.83%가 자신의 건강을 '매우 좋음'이거나 '좋음'이라고 생각하고 있는 반면에 부모의 77.48%가 청소년 자녀의 건강이 '매우 좋음'이거나 '좋음'이라고 생각하고 있어 부모가 청소년 자신보다 건강하다고 판단하는 비율이 더 높았다.

둘째, 전체 청소년-부모의 54.8%만이 청소년의 건강을 정확히 동일하게 평가하였고, 17.2%는 청소년보다 부모의 평가가 더 낮았고, 28.0%는 청소년보다 부모의 평가가 더 높았다. 청소년과 부모의 평가의 일치도의 척도인 kappa는 전체 표본에 대하여 0.26으로 낮은 수준(fair)이었다. Kappa는 0.41-0.60일 때 중간(moderate) 정도의 일치, 0.61-0.80일 때 높은 수준(substantial) 일치, 그리고 0.81이상일 때는 거의 완벽하게 일치한다고 볼 수 있다(Landis & Koch, 1977).

위에서 언급한 미국 NHANES 자료에 의하면 급내 상관계수로 평가한 부모와 청소년 간의 일치도는 0.13(95% 신뢰구간: 0.00-0.32)에 불과한 것으로 나타난 것과 유사하다(Johnson & Wang, 2008). 반면에 호주의 12-18세 청소년 2,096명과 그들의 부모를 조사한 자료에 의하면 청소년의 건강관련 삶의 질의 대표적인 내용인 일반적인 안녕(general well-being)의 부모-청소년 간 급내 상관계수는 0.59여서 미국이나 우리나라 결과와는 높은 일치도를 보였다(Waters et al., 2003). 통상 상관계수가 0.3 미만이면 상관관계가 약하고, 0.3이상 0.5 미만이면 중간정도의 상관관계가 있으며, 0.5이상이면 높은 상관관계라고 간주한다(Cohen & Holliday, 1982).

셋째, 청소년과 부모의 청소년의 건강상태에 대한 평가의 차이를 이해하기 위하여 청소년 자신이 평가한 건강상태와 부모가 평가한 건강상태 각각의 관련 요인을 분석한 결과 12세-14세의 전기 청소년의 건강상태가 '매우 좋음' 혹은 '좋음'인 경우와 관련된 요인은 부모와 청소년 간에 거의 일치하였다. 즉 공통적으로 2주간 이환일수와 청소년의 스트레스가 관련이 있었고 부모의 평가에 있어서는 가구소득도 관련이 있었다.

하지만 15세-18세의 후기 청소년의 경우에는 부모와 청소년 사이에서 평가와 관련된 요인이 차이가 있었다. 여자 청소년, 우울감 경험 청소년, 방과후 운동을 실천하지 않는 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 ‘매우 좋음’ 혹은 ‘좋음’으로 평가하는 경향이 낮았다. 하지만 부모의 평가에 있어서는 청소년의 2주간 이환일수, 우울감 경험 청소년, 부모의 교육수준이 관련이 있었다.

전기와 후기 청소년 모두에서 스트레스와 우울감 등 정신적인 문제가 공통적으로 주관적 건강상태와 관련이 있었으며, 이것은 부모와 청소년에서 공통적으로 나타나는 결과였다. 즉, 청소년의 전반적인 건강상태의 지표인 주관적 건강상태는 무엇보다도 정신건강과 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다. Zullig 등(2005)도 청소년의 주관적 건강상태에는 신체적 건강과 정신적 건강 모두가 기여하지만 특히 정신적 건강이 더 크게 기여한다는 것을 보고한 바가 있다.

또한 건강상태와 관련된 정신적 문제의 성격에 있어서 전기 청소년과 후기 청소년에 차이가 있었다. 즉, 전기 청소년에서는 스트레스가, 후기 청소년에서는 지난해 우울감 경험이 건강상태와 관련이 있었다. 스트레스는 우울 증상으로 발전할 수 있는데 (Miura et al., 2008), 이런 측면에서 전기 청소년에 비해 후기 청소년에게는 스트레스가 우울 증상으로까지 발전되었을 때 건강상태가 나쁘다고 인식하는 것으로 해석할 수 있다.

넷째, 청소년의 건강상태와 관련된 요인에 있어서 청소년과 부모의 차이가 몇 가지 있었다. 첫째, 청소년 자녀의 건강에 대한 부모의 인식은 교육수준 혹은 가구소득 등 사회경제적 계층이 높은 경우에 낮은 경우보다 더 긍정적이었으나, 청소년 자신들에게서는 이러한 차이가 발견되지 않았다. 구체적으로는 대학 학력을 가진 부모나 월평균 가구소득이 201만원-300만원(5집단 중 3번째)의 중산층 가정이 나머지 가정보다 청소년 자녀의 건강을 더 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 이러한 인식이 실제로 이들 가정의 청소년들이 더 건강하기 때문인지 아니면 이들 가정의 부모들의 인식 및 태도의 차이 때문인지는 더 연구를 해 볼 필요가 있다.

두 번째로 여자 청소년들은 남자 청소년들에 비해 자신의 건강을 나쁘게 평가하고 있었지만 부모들은 남자와 여자 청소년 사이에 차이를 두고 있지 않다는 점도 주목할 점이다. 기존 문헌들은 여자 청소년들이 남자 청소년들보다 주관적 건강수준이 낮다고 보고하고 있다는 점에서 본 연구 결과와 일치한다. 그러나 부모들은 이러한 차이

를 인식하지 못하는 것으로 나타났는데 이것은 여자 청소년의 건강상태에 대한 기대 수준이 낮기 때문에 객관적인 건강상의 문제가 있어도 이를 정상으로 받아들이기 때문일 수 있다. 하지만 보다 정확한 원인과 이러한 부모의 인식이 여자 청소년의 건강상태에 미치는 영향에 대한 연구가 필요할 것으로 판단된다.

다섯째, 청소년과 부모의 청소년의 건강상태에 대한 평가의 차이를 이해하기 위한 또 다른 분석 방법으로서 부모와 청소년의 평가의 불일치 종류를 종속변수로 하는 다중회귀분석을 하였다. 그 결과 전기 청소년에 있어서 청소년의 스트레스는 청소년 자신의 평가가 부모의 평가보다 더 좋은 것과 관련이 있었고, 반대로 부모의 스트레스는 청소년의 평가가 부모의 평가와 일치하는 것과 관련이 있었다. 전자로 미루어보면 전기 청소년의 스트레스에 대하여 청소년 자신보다는 부모가 더 건강상태가 나쁘다는 인식과 연결하고 있음을 알 수 있다. 한편 비만(주관적 체격인식)이라고 인식하는 청소년에 대해서는 부모의 평가가 청소년의 평가보다 더 좋은 것으로 나타났다. 이것은 자신의 체격이 비만하다는 것에 대하여 전기 청소년의 경우에는 청소년이 부모보다 더 건강상태와 연결 짓고 있다는 것을 보여준다.

후기 청소년(15세-18세)에서 2주간 이환일수가 길수록, 그리고 지난해 우울감 경험을 한 경우에 청소년의 평가가 부모의 평가보다 더 좋은 것으로 나타났고, 스트레스가 많은 경우에는 청소년의 평가와 부모의 평가가 일치하는 경향이 높은 것으로 나타났다. 2주간 이환일수와 우울감의 경우도 앞서와 마찬가지로 청소년 자신보다 부모가 이러한 문제들을 청소년의 건강상태와 연결하는 경향이 강한 것으로 해석할 수 있다. 2주간 이환일수는 청소년의 건강상태와는 관련이 없었으나 부모의 인식과는 관련이 있었다는 점도 같은 맥락이라고 할 수 있다. 반면에 스트레스는 후기 청소년 시기에는 청소년과 부모가 공통적으로 인식하고 경험하고 있을 가능성이 높기 때문에 청소년과 부모의 평가가 일치하는 것과 관련이 있다고 판단된다.

한편 우울감을 경험한 부모는 그렇지 않은 부모에 비해 청소년보다 청소년의 건강을 더 좋게 평가하지 않는 경향, 즉 청소년의 평가와 일치하는 경향이 높았다. 전기 청소년에 있어서도 부모의 스트레스가 청소년의 평가와 일치하는 경향과 관련이 있었다는 점과 유사한 경향이라고 할 수 있다. 기존 문헌들은 부모의 우울감이 아동의 건강상태를 더 낮게 평가하는 것과 관련이 있다고 하였다(Berg-Nielsen et al., 2003). 본 연구 결과에서 부모의 우울감은 최소한 청소년보다 더 높게 평가하지는 않는 경향

을 보여주었다고 볼 수 있다.

한편 분석에 포함된 여러 가지 변수들이 청소년-부모의 판단의 불일치와 관련이 없는 것으로 나타났다. 이러한 변수에는 청소년의 성별, 흡연, 폭음, 방과 후 운동 여부, 부모의 동거 여부, 응답한 부모의 성별, 부모의 학력, 가구소득이었다. 즉, 청소년 건강상태에 대한 인식의 차이는 우울감, 스트레스, 비만에 대한 인식 등 눈에 보이지 않는 주관적이고 감정적인 요소들이 주로 연관되어 있다고 할 수 있다. 따라서 부모가 대리로 청소년의 건강상태를 평가할 때는 부모와 청소년의 정신적인 요소들을 고려하여야 할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강영호·조성일·양승미·이무송(2005). 사회경제적 위치에 따른 청소년의 건강과 건강 관련 행태의 차이: 한국청소년패널 조사 결과. *예방의학회지*, 제38권 4호, pp.391-400.
- 권순석·김상용·임정수·손석준·최진수(1999). 자가건강인지도에 따른 3년간의 의료이용도와 사망위험 비교. *예방의학회지*, 제32권 3호, pp. 355-360.
- 김혜련·강영호·박은자·최정수·이연희·김영삼(2006). 한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인분석과 정책과제. *한국보건사회연구원*. pp. 204-214.
- 지선하·오희철·김일순(1994). 노인 스스로 인지한 건강상태와 사망률에 관한 연구-강화 코호트 연구. *한국역학회지*, 제16권 2호, pp. 172-180.
- Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., & Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem, *Child Care Health Dev*, Vol. 29 No. 3, pp. 207-213.
- Breidablik, H-J., Meland, E., and Lydersen, S.(2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite, *Scandinavian Journal of Public Health Vol. 36*, pp. 12-20.
- Brown, B., Peer groups. In S. Feldman and G. Elliott (Eds.)(1990). *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 171-196). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cohen, L., and Holliday, M.(1982). *Statistics for Social Scientists*. London: Harper & Row.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., and Kala, R.(1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 27, pp. 181-190.
- Eiser, C. and Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, Vol. 10, pp. 347-357.
- Evans, R. G., Barer, M. L., and Marmor, T. R.(1994). *Why are some people healthy and others not?.* Hawthorne, New York: Aldine de Gryter.

- Frank, S. J., Van Egeren, L. A., Fortier, J. L., and Chase, P.(2000). Structural, relative, and absolute agreement between parents' and adolescent inpatients' reports of adolescent functional impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28 No. 4, pp. 395-402.
- Goodman, E., Amick, B. C., Rezendes, M. O., Tarlv, A. R., Rogers, W. H., and Kagan, J.(1997). Influences of gender and social class on adolescents' perceptions of health, *Archives of Pediatric and Adolescent Health*, Vol. 159 No. 9, pp. 899-904.
- Halldorsson, M., Kunst, A. E., Kohler, L., and Mackenbach, J. P.(2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents-a comparative study of the five Nordic countries, *European Journal of Public Health*, Vol. 10 No. 4, pp. 281-288.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, pp. 21-37.
- Idler, E. L., Russell, I., and Davis, D.(2000). Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiological follow-up study, 1992. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 152 No. 9, pp. 874-883.
- Johnson, S. B., and Wang, C.(2008). Why do adolescents say they are less healthy than their parents think they are? The importance of mental health varies by social class in a nationally representative sample. *Pediatrics*, Vol. 121 No. 2, pp. 307-313.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, Vol. 33, pp. 159-174.
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., and Duckett, E.(1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, Vol. 32, pp. 744-754.
- Mechanic, D. and Hansell, S.(1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health, *J of Health and Soc Behav*, Vol. 28, pp. 364-374.

- Miura, H., Ozaki, N., Sawada, M., Isobe, K., Ohta, T., and Nagatsu, T.(2008). A link between stress and depression: shifts in the balance between kynurenine and serotonin pathways of tryptophan metabolism and the etiology and pathophysiology of depression, *Stress, Vol. 11 No. 3*, pp. 198-209.
- Theunissen, N. C., Vogels, T. G., and Koopman, H. M.(1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research, *Quality of Life Research, Vol. 7 No. 5*, pp. 387-397.
- Tremblay, S., Dahinten, S., and Kohen, D. (2003). Factors related to adolescents' self-perceived health. *Statistics Canada Supplement to Health reports, Vol. 14*, pp.7-16.
- Varni, J. W., Seid, M., and Rode, C. A.(1999). The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory, *Medical Care, Vol. 137 No. 2*, pp. 126-139.
- Vingilis, E., Wade, T., and Adlaf, E.(1998). What factors predict student self-rated physical health?, *Journal of Adolescence, Vol. 21*, pp. 83-97.
- West, P., Macintyre, S., Annandale, E., and Hunt, K.(1990). Social class and health in youth: findings from the west of Scotland twenty-07 study, *Social Science & Medicine, Vol. 30*, pp. 665-673.
- Waters, E., Doyle, J., Wolfe, R., Wright, M., Wake, M., and Salmon, L.(2000) Influence of parental gender and self-reported health and illness on parent-reported child health. *Pediatrics, Vol. 106 No. 6*, pp. 1422-1428.
- Waters, E., Stewart-Brown, S., Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health & Development, Vol.29 No.6*, pp. 501-509.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., and Drane, J. W.(2005). Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research, *Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 3*, pp. 64-72.

ABSTRACT

Disagreements between Adolescents and Their Parents on the Evaluation of the Health Status of Adolescents

Kang, Eun-Jeong*

The purpose of this study was to assess the degree of agreement between an adolescent and his/her parent in terms of the adolescent's health status and to uncover demographic and socioeconomic factors that might be related to their disagreement. The data used in the analyses included the Health Interview Survey for children and adolescents and the Health Belief and Behavior Survey for adolescents, taken from the 2005 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. These two surveys contained the same question on the subjective health status of adolescents. The results showed that the degree of agreement between an adolescent and his/her parent on his/her health status was relatively low. Factors such as depression, stress, and the perception of obesity were related to the degree of disagreement between the two response sources. In conclusion, the mental health status of adolescents and their parents needs to be considered, when a parent's response is used as a proxy for an adolescent's subjective health status.

Key Words : subjective health status, parent's proxy response, response agreement

투고일 : 7월 29일, 심사일 : 10월 17일, 심사완료일 : 11월 7일

* Research Fellow, Korea Institute for Health and Social Affairs