

남녀 청소년의 우울 및 자살 생각과의 관련 요인

김채봉¹, 정태영², 황성완^{3‡}, 김재행⁴

¹서울의료원 의학연구소, ²고려대학교 대학원 보건행정학과,

³백석예술대학교 보건행정학과, ⁴ 서울명덕여자고등학교

The Factors Associated Depression and Suicidal Ideation in Adolescents

Chae-Bong Kim¹, Tae-Young Jung², Sung-Wan Hwang^{3‡}, Jae-Haeng Kim⁴

¹*Seoul Medical Center Research Institute*

²*Department of Healthcare Management Graduate School, Korea University,*

³*Division of Healthcare Administration, Baek-seok Art University,*

⁴ *Seoul Myung-duk Girls' High School*

<Abstract>

This study aims to provide basic evidence for establishing prevention programs of school' mental health by identifying the factors of middle and high school student's depression and suicidal ideation related to stress of peer-relationship.

For this purpose, we analyzed the data of 6,924 (who Experienced stress related to peer-relationship) among the 2012 Korean Youth Health Risk Behavior Online Survey(8th).

In demographic characteristics, subjective academic achievement affects depression in the case of girls. In health-related characteristics, medical treatment by violence, drinking experience, smoking experience have an effect on depression in the case of boys. Subjective health, drinking experience, smoking experience, drug experience are the factors affecting suicidal ideation both boys and girls.

In order to promote mental health of youth, school-based prevention education complementing existing realistic problems needs to be implemented.

Key Words : Adolescents, Depression, Suicidal Ideation, Peer-Relationship

‡Corresponding author(healthad91@gmail.com)

I. 서론

1. 배경 및 필요성

세계보건기구(World Health Organization, WHO)에 따르면 지난 45년간 전 세계 자살률은 꾸준히 증가하고 있으며, 특히 젊은 연령층에서 빠르게 증가하고 있다[1]. 2010년 기준 인구 10만 명당 OECD 평균 자살률은 11.3명인 것에 비해 우리나라는 28.1명으로 OECD 평균보다 높은 수준이다[2]. 한편 질병관리본부에서 발표한 「청소년건강행태온라인조사」에 따르면 중·고등학교의 우울 경험률은 2009년 37.5%에서 2012년 30.5%로 7.0% 가량 감소했고 자살 생각률도 2009년 19.1%에서 2011년 18.3%로 0.8% 가량 감소를 보였으나 여전히 미국, 핀란드, 호주, 영국 등 선진국에 비해 높은 수치를 보이고 있다.

미국의 경우 1960년대 초반부터 연방정부 및 의학의 노력으로 지역사회 정신건강 센터(Community Mental Health Center, CMHC)를 설립하였고 대다수의 주에서는 각 학교에 전문상담 교사를 통해 정신건강서비스가 필요한 학생을 발견하는 즉시 지역의료기관에 의뢰하는 연계 체계가 잘 정착되어있다. 우리나라도 그동안 청소년의 정신건강을 증진시키기 위해 조사감시체계를 기반으로 많은 노력을 하였으나 그 노력에 비해 얻은 효과는 크지 않았다. 청소년의 건강을 증진시키는데 가장 중요한 역할을 하고 있는 학교보건은 학생들이 건강한 생활을 통하여 행복을 느끼고 최대의 학습능률을 높여 평생 건강의 기틀을 마련하는데 중점을 두고 있으나 현실은 그렇지 못하다. 예를 들면 학교보건 평가가 사업량 중심으로 치중하고 있고 특정 이슈에 따라 사업의 목표 및 방향이 변하고 있기 때문에 건강문제를 체계적으로 운영하지 못하는 한계점에 놓여있다. 최근 청소년의 집

단 따돌림 및 폭력으로 인한 정신건강문제가 큰 화두로 떠오르면서, 정신보건사업은 현재 학교단위의 건강사업 중에서 가장 우선시되고 있다.

흔히 청소년기를 인간의 행동발달 단계로서, 아동의 역할과 행동을 더 이상 수행하지 않을 뿐만 아니라 성인의 역할과 행동을 수행하기에는 아직 이른 단계로 일컫는다. 청소년에게 있어 교우관계는 사회적 형성을 하는 첫 단계이며 긍정적인 사회적 지지에 따라 다양한 영향을 받고 신체적, 심리적, 사회적 변화하면서 유연하게 대처하는데 중요한 역할을 하는 반면 교우관계에 문제가 발생하면 생활에 소극적으로 대처하게 된다. 집단 따돌림 및 폭력으로 이어지면 잦은 스트레스와 우울 등으로 인해 친구와의 관계를 원만하게 형성하지 못하게 되며[3], 경우에 따라 장기간 스트레스를 경험하면 자존감의 상실로 최후엔 학업포기 및 자살과 같은 방법을 선택하기도 한다. 교우관계는 정신건강과 밀접한 관련성이 있는데 Hawker와 Boulton(2000)는 집단 따돌림과 정신사회적 부적응 관계를 분석한 결과 피해아동과 우울증의 연관성이 높은 것으로 확인되었고[4] 교우관계 중에서 학교폭력 피해 후 소아정신과에 내원한 아동에서 우울감, 공포심, 분노감을 보였고[5], 폭력을 경험한 이후에는 불안해하는 인지, 정서상의 행동장애가 있는 것으로 파악되었다[6]. 그밖에 교우관계로 인한 스트레스, 불안, 우울은 일반적인 정서반응으로 정신의학 분야에서 가장 중요하면서 가장 흔한 질환 중 하나로 보고 있다[7]. 청소년들이 교우관계에서 흔히 발생하는 문제는 소외시키기, 대화 거부하기, 시비걸기, 소문내기, 별명 부르기, 비꼬기와 같은 언어적, 사회적 괴롭힘과 구타, 폭행 등 신체적 폭력이 있으나, 특히 신체적 폭력 후에는 심한 스트레스 장애를 경험하고, 언어적, 사회적 괴롭힘으로 스트레스를 받는 경우에는 주변사람의 눈에 잘 띄지 않고 교사 및 보호자에게도 잘 알려지지 않는 경향이 있어 조기 개입이 어렵다[5]. 따라

서 지역사회와 학교는 지속적인 조사감시체계와 예방교육을 통해 긍정적 교우관계를 형성하고 올바른 가치관 습득과 정서적 안정감을 가질 수 있도록 환경을 조성해 주는 것이 필요하다[8].

청소년의 우울 및 자살에 관한 기존의 연구를 살펴보면, 청소년의 우울 발달 경로와 자살생각의 관련[9] 자살행동에 따른 생활스트레스 및 자존감의 영향[10] 청소년의 우울 및 자살생각의 영향요인을 파악하는 연구[11] 등 다수의 연구들이 수행되었다. 하지만 청소년들이 평상시 스트레스를 가장 많이 받는 주요 원인이 학업 및 교우관계라는 점에서 본 연구는 폭력, 따돌림, 선후배 관계, 이성문제, 친구와의 갈등 등 교우관계로 인해 스트레스를 받은 청소년을 대상으로 하여, 우울 및 자살생각에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 한다.

본 연구의 구체적인 과제는 다음과 같다. 첫째, 청소년의 정신건강의 주요지표인 우울과 자살생각 관련 실태를 파악하고 둘째, 청소년의 인구사회학적 특성 및 건강관련 요인과 우울 및 자살생각과의 연관정도를 파악하고 이의 영향을 미치는 요인을 규명한다. 마지막으로 청소년의 정신건강에 악영향을 미치는 관련 요인을 도출함으로써 중·고등학교 단위에서 접근할 수 있는 정신보건사업을 기획하고 반영하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구 자료 및 대상

본 연구의 자료는 「국가 만성병감시체계구축계획」의 일환으로 2005년부터 교육과학기술부, 보건복지부, 질병관리본부가 공동으로 진행하는 청소년 건강온라인조사이다. 본 조사는 우리나라 청소년의 주요 건강행태에 관해 대표성 및 신뢰성 있는 보건지표를 산출하며, 흡연, 음주, 비만, 체중조절, 신

체활동, 식습관, 성 행태, 정신보건, 폭력, 건강형평성, 아토피 및 천식 등 다양한 통계를 토대로 청소년의 건강증진 정책을 기획하고 평가하는데 활용된다. 본 조사는 총 797개교에서 74,186명(약 96.4%)이 참여하였으며, 인터넷이 가능한 학교 컴퓨터실에서 표본학급 학생들에게 1인 1대 컴퓨터를 배정하고 무작위로 자리를 배치하여 익명성 자기기입식 온라인조사 방식으로 수행되었다. 본 조사는 우리나라 전국 중고등학생 1,909,244명(12년 기준)을 대표하는 자료로서, 본 연구에서는 제 8차(2012년) 조사 자료를 활용하였다. 본 연구의 대상은 전체 응답자 74,186명 중 평상시 가장 많이 받는 스트레스가 또래관계(폭력, 따돌림, 선후배 관계, 이성 문제, 친구와의 갈등 등) 때문이라고 응답한 중고등학교 남학생 3,236명, 여학생 3,688명 총 6,924명으로 실태 및 관련 요인을 파악하기 위한 단면 조사 연구이다.

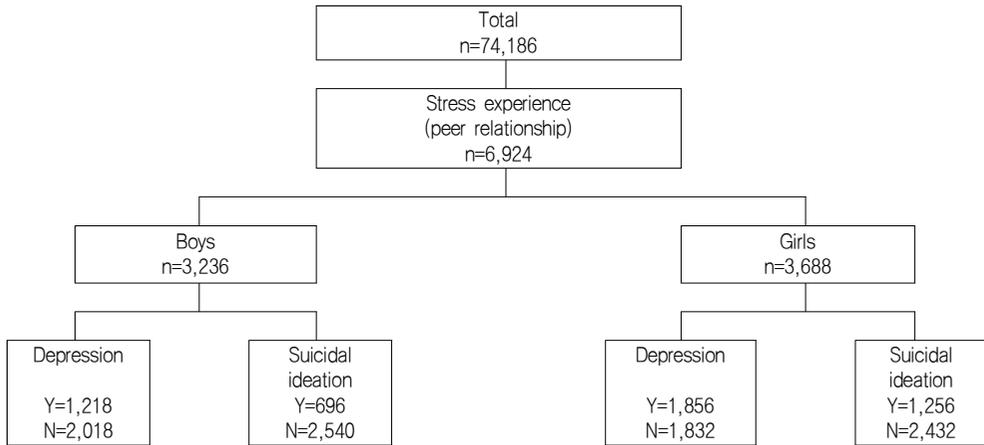
2. 연구 도구 및 변수

조사대상의 인구사회학적 특성은 학교급, 도시 규모, 주관적 가구소득, 어머니 학력, 주관적 학업 성취도, 주관적 행복도로 6문항이며, 건강관련 특성은 주관적 건강인지상태, 주관적 수면충분상태, 우울생각 경험, 자살생각 경험, 폭력 후 병원치료 경험, 평생 음주경험, 평생 흡연경험, 평생 약물경험으로 8문항이다<Table 1>.

3. 자료 분석

청소년의 우울 및 자살생각 경험에 대한 실태를 파악하고자 빈도분석을 시행하였고, 인구사회학적 특성과 건강관련 요인과 우울 및 자살생각과의 관련성을 파악하고자 Chi-square test를 시행하였다. 우울 및 자살생각에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하고자 다중로지스틱회귀분석을 시행하였

으며, 위험비(Odds Ratio)와 95%신뢰구간 (Confidence Interval)을 제시하였다. 자료 분석은 SPSS PASW statistics 18.0을 이용하였으며, p값이 0.05보다 작을 경우 통계적으로 유의하다고 해석하였다.



<Figure 1> Process of database selection

<Table 1> Explanations for variables

	Variables	Explanations for variables
Demographic Characteristics	School	Middle school, High school, Special High school
	City size	Small, Middle, Large
	Family economic state	High, Middle high, Average, Middle low, Low
	Mother's education	Under Middle school, High school, Over College
	Subjective Academic achievement	High, Middle high, Average, Middle low, Low
Health related Characteristics	Subjective happiness	Happy, Middle happy, Unhappy
	Subjective health	Health, Middle health, Un-health
	Subjective sleep recovery	Enough, Average, Un-enough
	Depression	No, Yes
	Suicidal ideation	No, Yes
	Medical treatment by violence	No, Yes
	Drinking experience	No, Yes
	Smoking experience	No, Yes
	Drug experience	No, Yes

III. 결과

1. 인구사회학적 특성 및 건강관련 요인 실태

본 연구에 분석된 대상자는 6,924명으로 중학생 56.9%, 일반계고 28.4%, 특성화계고 14.7% 순이었고 도시규모는 중소도시가 44.4%, 가구소득은 평균 계층이 45.8%로 가장 높았다. 어머니의 학력에서는 고졸이 54.1%, 학업성취도는 중하위권이 27.5%로 가장 높았다.

건강인지는 건강하다 60.7%, 건강하지 않다 9.5%이었고, 수면충분상태는 충분하다 27.1%, 충분하지 않다 39.3%이었다. 최근 12개월 동안 우울 경험은 없다 55.6%, 있다 44.4%이었고, 최근 12개월 동안 자살생각은 없다 71.8%, 있다 28.2%이었다. 폭력 후 병원 치료 경험은 없다 92.5%, 있다 7.5%이었고 음주 경험은 없다 51.9%, 있다 48.1%이었다. 마지막으로 흡연 경험은 없다 72.8%, 있다 27.2%이었고 약물 경험은 없다 98.1%, 있다 1.9%이었다<Table 2>.

2. 인구사회학적 특성 및 건강관련 요인에 따른 우울 경험 남녀

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성에 따른 우울 경험<Table 3>을 살펴보면 남학생은 특성화계고 42.9%, 여학생도 특성화계고 54.9%로 특성화계고의 우울 경험이 가장 높게 파악되었다($p<.001$). 도시규모는 남학생은 농어촌 39.5%, 여학생은 대도시 51.8%에서 우울 경험이 가장 높게 조사되었으며, 가구소득은 남학생 52.6%, 여학생 63.9%로 하위계층의 우울 경험이 가장 높게 조사되었다($p<.001$). 어머니의 학력은 남학생에서 대학교 이상 37.5%, 중학교 졸업 이하 41.2%, 여학생은 대학교 이상 49.7%, 중학교 졸업 이하 52.7%로 어머니의 학력수준이 낮을수록

우울 경험이 높게 확인되었으나 유의하지는 않았다. 학업성취도에서 남학생은 최상위권 31.2%, 최하위권 47.8%이었고, 여학생은 최상위권 39.6%, 최하위권 61.7%로 학업성취도가 낮을수록 우울 경험이 높게 조사되었고($p<.001$), 행복감이 낮은 경우 남학생 64.8%, 여학생 75.5%로 행복감이 낮을수록 우울 경험이 더 높게 조사되었다($p<.001$).

2) 건강관련 요인

건강관련 요인에 따른 우울 경험<Table 3>을 살펴보면, 건강인지는 남학생의 경우 건강하다 33.7%, 건강하지 않다 59.6%이었고, 여학생은 건강하다 43.7% 건강하지 않다 66.0%로 남녀 모두 건강하지 않을수록 우울 경험이 높게 파악되었고($p<.001$), 수면충분에서 남학생은 충분하다 27.5%, 충분하지 않다 48.2%, 여학생은 충분하다 38.4%, 충분하지 않다 58.9%로 수면이 충분하지 않은 군에서 우울 경험이 더 높게 파악되었다($p<.001$). 자살생각에서 남학생은 경험이 없다 28.0%, 경험이 있다 73.0%이었고, 여학생은 경험 없다 35.5%, 경험 있다 79.0%로 자살생각을 한 경우 우울 경험이 더 높게 확인되었다($p<.001$). 폭력 후 병원치료 경험에서 남학생은 경험 없다 35.7%, 경험 있다 54.4%이었고, 여학생은 경험 없다 49.1%, 경험 있다 75.0%로 남녀 모두 치료 경험이 없는 군보다 있는 군에서 우울 경험이 높게 파악되었다($p<.001$). 그리고 음주와 흡연 경험에서 남학생은 경험 없다 29.4%, 경험 있다 45.7%이었고, 여학생은 경험 없다 42.6%, 경험 있다 59.5%로 음주 경험 군에서 남녀 모두, 우울 경험이 높게 조사되었고($p<.001$), 흡연 경험은 남학생 경험 없다 31.3%, 경험 있다 49.4%이었고, 여학생은 경험 없다 46.6%, 경험 있다 65.3%로 흡연 경험 군에서도 남녀 모두 우울 경험이 높게 조사되었다($p<.001$). 마지막으로 약물 복용 경험은 남학생은 경험 없다 37.4%, 경험 있다 46.6%이었고, 여학생은 경험 없다 49.9%, 경험 있

다 75.0%로 약물복용 경험이 있는 군에서 여학생의 우울 경험이 높게 확인되었다(p<.001).

<Table 2> Demographic and Health related Characteristics

Variables		Boys n=3,236	Girls n=3,688	Total n=6,924
School	Middle school	1769(54.7)	2168(58.8)	3937(56.9)
	High school	942(29.1)	1025(27.8)	1967(28.4)
	Special High school	525(16.2)	495(13.4)	1020(14.7)
City size	Small	542(16.7)	564(15.3)	1106(16.0)
	Middle	1405(43.4)	1672(45.3)	3077(44.4)
	Large	1289(39.8)	1452(39.4)	2741(39.6)
Family economic state	High	278(8.6)	149(4.0)	427(6.2)
	Middle high	726(22.4)	791(21.4)	1517(21.9)
	Average	1385(42.8)	1787(48.5)	3172(45.8)
	Middle low	653(20.2)	781(21.2)	1434(20.7)
Mother's education (n=5501)	Low	194(6.0)	180(4.9)	374(5.4)
	Under Middle School	160(6.5)	188(6.2)	348(6.3)
	High School	1311(52.9)	1667(55.1)	2978(54.1)
	Over University	1005(40.6)	1170(38.7)	2175(39.5)
Subjective Academic -achievement	High	353(10.9)	326(8.8)	679(9.8)
	Middle high	709(21.9)	877(23.8)	1586(22.9)
	Average	779(24.1)	935(25.4)	1714(24.8)
	Middle low	866(26.8)	1036(28.1)	1902(27.5)
Subjective happiness	Low	529(16.3)	514(13.9)	1043(15.1)
	Happy	1634(50.5)	1504(40.8)	3138(45.3)
	Middle happy	971(30.0)	1260(34.2)	2231(32.2)
	Unhappy	631(19.5)	924(25.1)	1555(22.5)
Subjective health	Health	2136(66.0)	2069(56.1)	4205(60.7)
	Middle health	850(26.3)	1210(32.8)	2060(29.8)
	Un-health	250(7.7)	409(11.1)	659(9.5)
Subjective sleep recovery	Enough	1035(32.0)	842(22.8)	1877(27.1)
	Average	1075(33.2)	1251(33.9)	2326(33.6)
	Un-enough	1126(34.8)	1595(43.2)	2721(39.3)
Depression	No	2018(62.4)	1832(49.7)	3850(55.6)
	Yes	1218(37.6)	1856(50.3)	3074(44.4)
Suicidal ideation	No	2540(78.5)	2432(65.9)	4972(71.8)
	Yes	696(21.5)	1256(34.1)	1952(28.2)
Medical treatment by violence	No	2894(89.4)	3508(95.1)	6402(92.5)
	Yes	342(10.6)	180(4.9)	522(7.5)
Drinking experience	No	1596(49.3)	2000(54.2)	3596(51.9)
	Yes	1640(50.7)	1688(45.8)	3328(48.1)
Smoking experience	No	2099(64.9)	2945(79.9)	5044(72.8)
	Yes	1137(35.1)	743(20.1)	1880(27.2)
Drug experience	No	3163(97.7)	3632(98.5)	6795(98.1)
	Yes	73(2.3)	56(1.5)	129(1.9)

<Table 3> Relationship experience of depression by demographic and health related characteristics

Variables		Experience of depression						
		Boys (n=3,236)			Girls (n=3,688)			
		no	yes	p	no	yes	p	
School	Middle school	66.1	33.9	***	51.7	48.3	**	
	High school	58.2	41.8		47.7	52.3		
	Special High school	57.1	42.9		45.1	54.9		
City size	Small	60.5	39.5		49.6	50.4		
	Middle	63.0	37.0		51.0	49.0		
	Large	62.5	37.5		48.2	51.8		
Family economic state	High	60.8	39.2	***	53.0	47.0	***	
	Middle high	65.8	34.2		53.6	46.4		
	Average	64.0	36.0		50.9	49.1		
	Middle low	60.2	39.8		45.5	54.5		
Low	Low	47.4	52.6		36.1	63.9		
	Mother's education (n=5501)	Under Middle School	58.8	41.2		47.3	52.7	
		High School	61.5	38.5		49.6	50.4	
		Over University	62.5	37.5		50.3	49.7	
Subjective Academic -achievement	High	68.8	31.2	***	60.4	39.6	***	
	Middle high	65.7	34.3		60.2	39.8		
	Average	65.2	34.8		49.3	50.7		
	Middle low	60.6	39.4		43.3	56.7		
Subjective happiness	Low	52.2	47.8		38.3	61.7		
	Happy	74.0	26.0	***	66.0	34.0	***	
	Middle happy	60.5	39.5		48.5	51.5		
	Unhappy	35.2	64.8		24.7	75.3		
Subjective health	Health	66.3	33.7	***	56.3	43.7	***	
	Middle health	58.9	41.1		43.7	56.3		
	Un-health	40.4	59.6		34.0	66.0		
Subjective sleep recovery	Enough	72.5	27.5	***	61.6	38.4	***	
	Average	63.7	36.3		52.6	47.4		
	Un-enough	51.8	48.2		41.1	58.9		
Suicidal ideation	No	72.0	28.0	***	64.5	35.5	***	
	Yes	27.0	73.0		21.0	79.0		
Medical treatment by violence	No	64.3	35.7	***	50.9	49.1	***	
	Yes	45.6	54.4		25.0	75.0		
Drinking experience	No	70.6	29.4	***	57.4	42.6	***	
	Yes	54.3	45.7		40.5	59.5		
Smoking experience	No	68.7	31.3	***	53.4	46.6	***	
	Yes	50.6	49.4		34.7	65.3		
Drug experience	No	62.6	37.4		50.1	49.9	***	
	Yes	53.4	46.6		25.0	75.0		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. 인구사회학적 특성 및 건강관련 요인에 따른 자살생각 경험 남녀

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성에 따른 자살생각 경험<Table 4>을 살펴보면, 남학생은 특성화계고 23.8%, 여학생은 중학교 34.4%로 자살생각 경험이 가장 높게 파악되었고, 도시규모는 남학생 농어촌 20.1%, 대도시 22.6%이었고, 여학생은 농어촌 33.9%, 대도시 34.6%로 남학생에서 도시 규모가 클수록 자살생각 경험이 높게 확인되었으나 유의하지는 않았다. 가구소득은 남학생 상위계층 26.6%, 하위계층 38.7%이었고, 여학생은 상위계층 30.9%, 하위계층 45.6%로 하위계층의 자살생각 경험이 더 높게 조사되었다($p<.001$). 어머니의 학력에서 남학생은 중학교 졸업 28.7%, 여학생은 중학교 졸업 37.2%로 남녀 모두 어머니의 학력이 낮을수록 자살생각 경험이 높게 확인되었으나 유의하지는 않았다. 학업성취도와 행복감에서 남학생은 최상위권 17.3%, 최하위권 25.5%이었고, 여학생은 최상위권 23.3%, 최하위권 43.8%로 남녀 모두 학업성취도가 낮을수록 자살생각 경험이 높게 조사되었고($p<.001$), 행복감은 남학생 행복하다 12.3%, 불행하다 45.2%, 여학생은 행복하다 19.2%, 불행하다 62.8%로 남녀 모두 불행할수록 자살생각 경험이 높게 조사되었다($p<.001$).

2) 건강관련 요인

건강관련 요인에 따른 자살생각 경험<Table 4>을 살펴보면, 건강인지는 남학생의 경우 건강하다

18.4%, 건강하지 않다 42.0%이었고, 여학생은 건강하다 27.8% 건강하지 않다 52.3%로 남녀 모두 건강하지 않을수록 자살생각 경험이 높게 파악되었고($p<.001$), 수면충분에서 남학생은 충분하다 15.1%, 충분하지 않다 28.6%, 여학생은 충분하다 25.7%, 충분하지 않다 41.1%로 수면이 충분하지 않을수록 자살생각 경험이 더 높게 조사되었다($p<.001$). 우울 경험에서 남학생은 경험이 없다 9.3%, 경험이 있다 41.7%이었고, 여학생은 경험 없다 14.4%, 경험 있다 53.4%로 우울 경험을 한 경우 자살생각 경험이 더 높게 파악되었다($p<.001$). 폭력 후 병원치료 경험에서 남학생은 경험 없다 19.6%, 경험 있다 38.0%이었고, 여학생은 경험 없다 32.6%, 경험 있다 62.8%로 남녀 모두 치료 경험이 없는 군보다 있는 군에서 자살생각 경험이 높게 조사되었다($p<.001$). 그리고 음주와 흡연 경험에서 남학생은 경험 없다 17.1%, 경험 있다 25.8%이었고, 여학생은 경험 없다 26.2%, 경험 있다 43.3%로 음주 경험 군에서 남녀 모두, 자살생각 경험이 높게 조사되었고($p<.001$), 흡연 경험은 남학생 경험 없다 18.1%, 경험 있다 27.8%, 여학생은 경험 없다 29.5%, 경험 있다 52.0%로 흡연 경험 군에서도 남녀 모두 자살생각 경험이 높게 조사되었다($p<.001$). 마지막으로 약물복용 경험은 남학생은 경험 없다 20.8%, 경험 있다 53.4%이었고, 여학생은 경험 없다 33.3%, 경험 있다 80.4%로 다른 요인들보다 자살생각 경험이 높게 확인되었다($p<.001$).

<Table 4> Relationship experience of suicidal ideation by demographic and health related characteristics

Variables		Experience of suicidal ideation					
		Boys (n=3,236)		p	Girls (n=3,688)		
		no	yes		no	yes	p
School	Middle school	79.9	20.1		65.6	34.4	
	High school	77.1	22.9		66.3	33.7	
	Special High school	76.2	23.8		66.5	33.5	
City size	Small	79.9	20.1		66.1	33.9	
	Middle	78.9	21.1		66.4	33.6	
	Large	77.4	22.6		65.4	34.6	
Family economic state	High	73.4	26.6	***	69.1	30.9	***
	Middle high	79.2	20.8		69.7	30.3	
	Average	83.2	16.8		67.2	32.8	
	Middle low	74.9	25.1		61.5	38.5	
	Low	61.3	38.7		54.4	45.6	
Mother's education (n=5501)	Under Middle School	71.3	28.7		62.8	37.2	
	High School	79.3	20.7		66.6	33.4	
	Over University	77.9	22.1		67.3	32.7	
Subjective Academic -achievement	High	82.7	17.3	**	76.7	23.3	***
	Middle high	81.0	19.0		70.2	29.8	
	Average	80.0	20.0		68.2	31.8	
	Middle low	75.9	24.1		61.7	38.3	
	Low	74.5	25.5		56.2	43.8	
Subjective happiness	Happy	87.7	12.3	***	80.8	19.2	***
	Middle happy	78.4	21.6		69.3	30.7	
	Unhappy	54.8	45.2		37.2	62.8	
Subjective health	Health	81.6	18.4	***	72.2	27.8	***
	Middle health	76.6	23.4		61.4	38.6	
	Un-health	58.0	42.0		47.7	52.3	
Subjective sleep recovery	Enough	84.9	15.1	***	74.3	25.7	***
	Average	79.7	20.3		69.3	30.7	
	Un-enough	71.4	28.6		58.9	41.1	
Depression	No	90.7	9.3	***	85.6	14.4	***
	Yes	58.3	41.7		46.6	53.4	
Medical treatment by violence	No	80.4	19.6	***	67.4	32.6	***
	Yes	62.0	38.0		37.2	62.8	
Drinking experience	No	82.9	17.1	***	73.8	26.2	***
	Yes	74.2	25.8		56.7	43.3	
Smoking experience	No	81.9	18.1	***	70.5	29.5	***
	Yes	72.2	27.8		48.0	52.0	
Drug experience	No	79.2	20.8	***	66.7	33.3	***
	Yes	46.6	53.4		19.6	80.4	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4. 우울 경험에 영향을 미치는 요인 남녀 비교

우울 경험에 영향을 미치는 요인<Table 5>을 알아보고자 우울 경험 유무를 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성에서 남·여학생 모두 학업성취도가 낮을수록 우울 경험률이 증가하였고, 남학생의 학업성취도가 하위권인 경우 상위권에 비해 우울 경험률이 1.459배 (95% CI: 1.061-2.006; $p<.05$), 여학생의 학업성취도가 중위권인 경우 상위권에 비해 우울 경험률이 1.344배 (95% CI: 1.014-1.781; $p<.05$), 중하위권인 경우 상위권에 비해 우울 경험률이 1.413배 (95% CI: 1.066-1.873; $p<.05$), 하위권인 경우 상위권에 비해 우울 경험률이 1.440배 (95% CI: 1.047-1.982; $p<.05$) 높았다. 또한 남·여학생의 행복감이 낮을수록 우울 경험률이 높았고, 불행한 경우 행복한 경우에 비해 남학생은 4.183배 (95% CI: 3.367-5.197; $p<.001$), 여학생은 4.582배 (95% CI: 3.751-5.598; $p<.001$) 우울 경험률이 높았으며, 불행하다고 응답한 경우 남학생보다 여학생의 우울 경험률이 더 높았다.

2) 건강관련 요인

건강관련 요인에서는 건강인지가 낮을수록 남·여학생 모두 우울 경험률이 증가하였고, 건강하지 않은 경우 건강한 경우에 비해 남학생은 1.619배 (95% CI: 1.200-2.185; $p<.01$), 여학생은 1.509배 (95% CI: 1.249-1.823; $p<.05$)로 우울 경험률이 높았고, 건강하지 않은 경우 여학생보다 남학생의 우울 경험률이 높았다. 충분한 수면을 취하지 않을수록 남·여학생 모두 우울 경험률이 높았고, 수면이 충분하지 않은 경우 충분한 경우에 비해 남학생은 1.553배 (95% CI: 1.272-1.896), 여학생은 1.509배 (95% CI: 1.249-1.823; $p<.001$) 우울 경험률이 높았

다. 그리고 충분한 수면을 취하지 않은 경우 여학생보다 남학생의 우울 경험률이 높았으며, 폭력 후 병원치료 경험에서 치료 경험이 있는 경우 없는 경우에 비해 남학생은 2.050배 (95% CI: 1.559-2.628; $p<.001$), 여학생은 2.520배 (95% CI: 1.728-3.673; $p<.001$)로 여학생의 우울 경험률이 높았다. 음주 경험에서 음주 경험이 있는 경우, 없는 경우에 비해 남학생은 1.620배 (95% CI: 1.356-1.937; $p<.001$), 여학생은 1.530배 (95% CI: 1.305-1.794; $p<.001$) 우울 경험률이 높았고, 음주 경험이 있는 경우 여학생보다 남학생의 우울 경험률이 높았다. 흡연 경험이 있는 경우 없는 경우에 비해 남학생은 1.508배 (95% CI: 1.258-1.806; $p<.001$), 여학생은 1.372배 (95% CI: 1.127-1.671; $p<.01$) 우울 경험률이 높았고, 흡연 경험이 있는 경우에는 여학생보다 남학생의 우울 경험률이 높았다.

5. 자살생각 경험에 영향을 미치는 요인 남녀 비교

자살생각 경험에 영향을 미치는 요인<Table 5>을 알아보고자 자살생각 경험 유무를 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성에서 학교급은 중학교의 경우 특성화계고에 비해 여학생은 1.557배 (95% CI: 1.220-1.988; $p<.001$) 자살생각률이 높았고 남학생은 통계적으로 유의하지 않았다. 가구소득수준에서 남학생의 경우 하위계층에 비해 중상위계층이 0.661배 (95% CI: 0.451-0.969; $p<.05$), 중위계층은 0.419배 (95% CI: 0.294-0.597; $p<.001$), 중하위계층은 0.608배 (95% CI: 0.419-0.883; $p<.01$)로 하위계층의 자살생각률이 높게 나타났으나, 이는 통계적으로는 유의하지 않았다. 행복정도에서 불행한 경

우 행복한 경우에 비해 남학생은 4.800배 (95% CI: 3.776-6.103; $p < .001$), 여학생은 5.720배 (95% CI: 4.660-7.020; $p < .001$) 자살생각률이 높았고, 불행하다고 응답한 경우 남학생보다 여학생의 자살생각률이 높았다.

2) 건강관련 요인

건강관련 특성에서는 건강인지에 부정적일수록 남녀 모두 자살생각률이 증가하였고, 건강하지 않은 경우 건강한 경우에 비해 남학생은 1.703배 (95% CI: 1.248-2.325; $p < .001$), 여학생은 1.374배 (95% CI: 1.069-1.766; $p < .05$) 자살생각률이 높았다. 충분한 수면을 취하지 않을수록 남·여학생 모두 자살생각률이 증가하였고, 수면이 충분하지 않은 경우 충분한 경우에 비해 남학생은 1.458배 (95% CI: 1.147-1.855; $p < .001$) 자살생각이 높았으나, 여학생의 경우 통계적으로 유의하지 않았다. 폭력 후 병원치료 경험에서 치료 경험이 있는 경우 없는

경우에 비해 남학생은 2.121배 (95% CI: 1.630-2.761; $p < .001$), 여학생은 2.599배 (95% CI: 1.822-3.706; $p < .001$) 자살생각률이 높았고, 치료 경험이 있는 남학생보다 여학생의 자살생각률이 높았다. 음주 경험에서 음주 경험이 있는 경우, 없는 경우에 비해 남학생은 1.506배 (95% CI: 1.219-1.861; $p < .001$), 여학생은 1.740배 (95% CI: 1.466-2.065; $p < .001$) 자살생각률이 높았고, 음주 경험이 있는 남학생보다 여학생의 자살생각률이 높았다. 흡연 경험에서 흡연 경험이 있는 경우 없는 경우에 비해 여학생은 1.716배 (95% CI: 1.405-2.096; $p < .001$) 자살생각률이 높았으나, 남학생의 경우 통계적으로 유의하지 않았다. 약물 경험에서 약물사용 경험이 있는 경우 없는 경우에 비해 남학생은 2.638배 (95% CI: 1.559-4.462; $p < .001$), 여학생은 4.355배 (95% CI: 2.128-8.912; $p < .001$) 자살생각률이 높았다.

<Table 5> Factors affecting the depression and suicidal ideation

Variables	Boys		Girls		
	Depression OR(95% CI)	Suicidal ideation OR(95% CI)	Depression OR(95% CI)	Suicidal ideation OR(95% CI)	
School	Middle school	1	1	1	1
	High school	1.007(0.801-1.266)	1.122(0.857-1.468)	0.981(0.784-1.228)	1.557(1.220-1.988)***
	Special High school	1.030(0.814-1.305)	0.972(0.736-1.283)	0.970(0.766-1.228)	1.215(0.940-1.571)
Family economic state	High	1	1	1	1
	Middle high	1.083(0.713-1.646)	0.929(0.593-1.455)	1.122(0.680-1.850)	1.076(0.631-1.834)
	Average	0.845(0.591-1.209)	0.661(0.451-0.969)*	0.996(0.685-1.448)	0.987(0.672-1.449)
	Middle low	0.749(0.537-1.044)	0.419(0.294-0.597)***	0.857(0.604-1.218)	0.915(0.641-1.306)
	Low	0.749(0.526-1.065)	0.608(0.419-0.883)**	0.852(0.591-1.228)	0.970(0.669-1.406)
Subjective Academic achievement	High	1	1	1	1
	Middle high	1.088(0.807-1.465)	1.173(0.815-1.688)	0.876(0.660-1.162)	1.276(0.920-1.770)
	Average	1.118(0.831-1.504)	1.289(0.898-1.850)	1.344(1.014-1.781)*	1.299(0.936-1.799)
	Middle low	1.185(0.882-1.592)	1.406(0.985-2.009)	1.413(1.066-1.873)*	1.353(0.979-1.871)
Subjective happiness	Low	1.459(1.061-2.006)*	1.215(0.828-1.784)	1.440(1.047-1.982)*	1.328(0.930-1.899)
	Happy	1	1	1	1
Subjective health	Middle happy	1.653(1.378-1.982)***	1.826(1.457-2.288)***	1.778(1.511-2.093)	1.667(1.382-2.010)***
	Unhappy	4.183(3.367-5.197)***	4.800(3.776-6.103)***	4.582(3.751-5.598)***	5.720(4.660-7.020)***
Subjective sleep recovery	Health	1	1	1	1
	Middle health	0.977(0.813-1.175)	0.941(0.758-1.168)	1.186(1.013-1.389)*	1.196(1.009-1.417)*
	Un-health	1.619(1.200-2.185)**	1.703(1.248-2.325)***	1.225(0.954-1.574)	1.374(1.069-1.766)*
Medical treatment by violence	Enough	1	1	1	1
	Average	1.248(1.023-1.522)*	1.227(0.961-1.566)	1.197(0.987-1.451)	1.020(0.822-1.266)
Drinking experience	Un-enough	1.553(1.272-1.896)	1.458(1.147-1.855)***	1.509(1.249-1.823)***	1.207(0.979-1.487)
	No	1	1	1	1
Smoking experience	Yes	2.050(1.559-2.628)***	2.121(1.630-2.761)***	2.520(1.728-3.673)***	2.599(1.822-3.706)***
	No	1	1	1	1
Drug experience	Yes	1.620(1.356-1.937)***	1.506(1.219-1.861)***	1.530(1.305-1.794)***	1.740(1.466-2.065)***
	No	1	1	1	1
Drug experience	Yes	1.508(1.258-1.806)***	1.202(0.973-1.486)	1.372(1.127-1.671)**	1.716(1.405-2.096)***
	No	1	1	1	1
Drug experience	Yes	0.721(0.427-1.217)	2.638(1.559-4.462)***	1.418(0.727-2.765)	4.355(2.128-8.912)***
	No	1	1	1	1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 지난 12개월 동안 교우관계로 스트레스를 받은 경험이 있는 중·고등학생 남녀를 대상으로 우울 및 자살 생각의 실태와 이의 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 첫째, 인구사회학적 특성에서는 우울 경험의 경우 학업성취도는 여학생에, 행복정도는 남·여학생 모두 영향을 미쳤고, 건강관련 특성에서는 남학생의 경우 폭력 후 병원치료 경험, 음주, 흡연이 우울 경험에 영향을 미쳤으며,

여학생의 경우 수면충분상태, 폭력 후 병원치료 경험, 음주, 흡연은 우울 경험에 영향을 미쳤다. Kim(2008)의 고찰에 의하면 청소년의 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 위험 요인은 우울이었고[12] 학업성취도와 관련하여 Jeon 등(2012)은 학업결과가 우울에 영향을 미쳤으나 그 정도가 남학생보다 여학생이 더 높게 조사되었다[11]. Sankey와 Huon(1999)의 연구에서도 학업성취에 따른 소외감 상실이 학교활동에 참여하는데 부적절한 상관성을 보인 것으로 조사되었다[13]. 반면에

Lee(2007)는 학업성적이 우울에 직접적인 영향을 주지 않는다고 하였으나 성별로 나누어 분석한 결과가 아니기 때문에 남·여에 따른 결과를 제시할 수 없었다. 그러나 본 연구는 남·여별로 분석을 하였고 여학생의 경우 학업성취도가 낮을수록 우울 경험률이 0.88배에서 1.44배까지 높아지는 것으로 볼 때 여학생의 학업성취도가 우울 경험과 관련성이 있음을 알 수 있었다. Lee(2007)의 고찰에 의하면 여학생의 경우 학업성적이 곧 자신을 평가하는데 중요한 기준이 되므로[14], 여학생의 학업성취가 우울 경험과의 관련성이 있다는 선행 연구 결과에 부합하였다. 그러나 낮은 학업성취도가 우울 경험의 모든 원인으로 단정 지을 수 없기 때문에 학업성취도가 낮아진 원인 즉, 개인의 성격 문제, 주변 환경 문제, 현재 심리상태 등 일부 장애요인이 영향을 미칠 것으로 사료되므로 이를 개입할 수 있는 인터넷 상담 교실과 여학생을 위한 스트레스 해소 프로그램이 필요함을 알 수 있다.

전반적으로 본 연구 결과는 인구사회학적 특성보다 건강관련 특성들이 우울 경험에 영향을 주는 요인이 많은 것으로 나타났다. 그 중 폭력피해 후 치료 경험이 있는 경우 남학생은 2.05배, 여학생은 2.52배 우울한 것으로 조사되었다. 임상의학적 관점에서 폭력에 노출될 경우 자아 존중감 축소, 자신감 상실, 반항적이고 위축된 또래관계, 공포, 우울, 외상 후 스트레스증후 등을 보이는데[5], Emery(2011)는 가정폭력에 노출된 아동에게서 우울, 불안, 자존감 하락과 같은 문제가 일반 아동에 비해 많이 보인 것으로 파악되었다[15]. 그밖에 Yang과 Jeong(1999)는 일반학생에 비해 폭력의 피해 경험이 있는 학생에서 우울정도가 현저하게 높은 것으로 나타났으나[16] 본 연구에서는 환자 대조군 모형이 아니었기 때문에 선행 연구 결과와 직접적으로 비교할 수는 없지만 다른 요인을 보정한 상태에서 우울 위험도를 분석하였으므로 폭력 피해에 대한 위험성 면에서는 어느 정도 의미를

부합하는 바이다. 그리고 본 연구의 설문 문항이 교내에서 발생한 폭력 후 병원 치료 경험 여부가 아닌 교내의 모든 경우에 대해 응답하도록 문항이 주어졌으므로 또래관계로 인한 직접적인 우울 경험 및 자살생각 경험을 규명하기에는 제한점이 있다. 본 연구 결과 폭력피해뿐만 아니라 흡연, 음주와 같은 건강행태에 대한 요인도 영향을 미쳤는데, Hyeon 등(2007)은 우울한 청소년들에게서 규칙적으로 흡연을 하는 것으로 조사되었고[17], 우울한 청소년의 경우 일반 청소년보다 다른 질환에 대하여 약순환이 이어지는 것으로 파악되었다. 최근 학교폭력에 대한 문제가 사회적으로 크게 쟁점화되면서 교내 폭력을 줄이기 위한 근본적인 대책을 다각적으로 마련하고 있다. 그러나 폭력 피해자의 경우 가해자로 될 가능성이 있으며, 또 다른 2차 사고를 일으킬 소지가 있기 때문에 이들에 대한 각별한 관심과 주의가 필요하다. 그리고 건강행태와 관련된 청소년의 음주, 흡연, 약물남용은 다른 연령층과 다르게 문제행동 또는 비행에 직·간접적으로 영향을 미칠 수 있으므로[18], 정기적인 건강검진을 통해 고위험군을 발견하거나 체육, 가정과 같은 교과목에 보건교육을 포함을 시켜 예방적 실천을 할 수 있는 방안이 필요할 것으로 사료된다.

둘째, 자살생각 경험의 경우 인구사회학적 특성보다 건강관련 특성과 관련된 영향요인이 더 많은 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성에서 가구소득은 남학생에, 행복정도는 남학생·여학생 모두 영향을 미쳤다. 건강관련 특성에서 남학생의 경우 건강인지상태, 수면충분상태, 폭력 후 병원치료 경험, 음주, 흡연, 약물 경험 등이 자살생각 경험의 영향요인이었으며, 여학생의 경우 건강인지상태, 폭력 후 병원치료 경험, 음주, 흡연, 약물 경험 등이 영향요인이었다. 통계청에 따르면 지난해 15세-24세 청소년 중 11.2%는 적어도 한번 이상은 자살을 생각해 본 것으로 조사되었고, 최근보도에서 자살 충

동을 느꼈던 이유로 1위가 성적 및 진학문제, 2위가 경제적 어려움이라고 응답하였다. Jeon 등(2012)의 연구 결과를 보면 청소년을 대상으로 가구경제 수준을 분석한 결과, 경제수준이 하위그룹에서 자살생각의 위험이 약 1.2배 높은 것으로 나타났다[19]. 이는 실업률의 증가와 빈부격차로 오는 가족의 상실감이 성인들의 걱정거리를 벗어나 청소년의 심리적 압박을 가장 많이 주는 주요 원인이라는 점을 시사해준다. 그러나 본 연구 결과를 보면 가구소득은 학생의 주관적인 관점으로 평가되었고 응답자의 대부분이 소득 수준을 다소 낮게 평가하는 경향이 있기 때문에 본 연구의 결과를 전적으로 지지할 수는 없으나, 법적으로 취약계층에 해당하는 청소년에 대해서는 우선적으로 장기적인 치료 및 상담을 받을 수 있도록 제도적 마련이 필요할 것이다. 한편 Park(2008)의 연구를 보면 행복감이 낮을수록 2.77배 자살시도를 하는 것으로 나타났으며[20], 본 연구에서도 남학생의 경우 행복감이 낮을수록 4.80배, 여학생의 경우 5.72배 자살생각을 하는 것으로 나타나 선행 연구의 결과를 지지하지만 청소년의 행복감은 학업성취도, 부모와의 갈등, 부모의 경제력 등 다양한 요인이 영향을 미치므로 또래관계 스트레스로 인해 행복감이 낮아진다고 하기엔 다소 신뢰도가 떨어진다.

건강인지에서 Jeon 등(2012)은 건강수준에 따라 남·여학생 모두 자살생각에 영향을 미쳤고, 건강수준이 낮아질수록 자살생각 위험이 높아지는 것으로 파악되었다[19]. 그러나 건강인지의 경우 최근 7일 동안 경험에 한하여 조사되었고, 특히 정신·심리 증상의 경우 유병기간이 길고, 이미 오래전부터 유병이 지속되고 있다는 점에서 명확한 인과관계를 설명하기에는 다소 제한이 있으나, 건강인지가 부정적일수록 우울 및 자살생각의 위험도가 높은 것으로 나타난 본 연구 결과는 선행 연구를 지지한다. 또한 건강인지를 통해 평상시 자신의 건강상태를 간접적으로 파악할 수 있으므로 현재 건강상

태를 파악하는 것은 중요한 요인이라고 할 수 있다. 수면충분상태와 관련하여 Park 등(2010)은 중·고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인 중 적정 수면 여부에 따라 영향을 미치는 것으로 조사되었다[21]. 수면장애는 일상생활 및 학습능력을 떨어뜨리고, 잦은 스트레스를 동반한다. 본 연구 결과에서 남학생의 경우 1.46배 자살생각률을 보였고, 여학생의 경우 1.51배 우울 경험률을 보였다. Park(2008)의 결과에서도 충분한 수면을 취하지 못하는 경우 자살시도 위험이 약 1.54배 높은 것으로 조사되어[20] 본 연구 결과를 지지하고 있다. 수면장애는 주의력부족, 우울, 자살시도 등 심각한 정신적인 문제와 연관되므로, 학교에서는 건강 캠페인과 가정통신문을 활용하여 가정에서도 적절한 조치가 이루어지도록 가족 구성원 모두 노력해야 할 것이다. 연구 결과에서 폭력피해 후 병원 치료 경험의 경우 남학생 2.1배, 여학생 2.6배로 남학생보다 여학생에서 자살생각을 더 많이 하는 것으로 파악되었다. 폭력 피해와 관련하여 남학생보다 여학생이 또래 괴롭힘이나 폭력 등 자살생각과 행동으로 이끌 수 있는 상호작용이 부정적으로 더 일어날 수 있다는 점을 비취볼 때[22] 가정 및 학교 폭력에 대한 처벌을 강화하고, 피해 학생과 가해 학생 모두 정신의학적 치료를 받을 수 있도록 학교별 지정 의료기관을 선정해야 할 것이다. 자살과 건강행위와 관련하여 Park(2008)은 자살시도 경험이 있는 청소년의 경우 음주 1.8배, 흡연 2.3배, 약물복용이 4.7배 높은 것으로 조사되었으며[20], 특히 우울증이 있는 경우 알코올 남용을 동반할 경우 자살행위에 더 취약한 것으로 파악되었다. 따라서 흡연, 음주, 약물 등과 신체와 관련된 건강증진 프로그램과 정신건강 프로그램을 연계시켜 운영하는 것이 청소년 자살 예방을 위한 하나의 방안이 될 것이다.

마지막으로 Jeon 등(2012)의 연구에서 우울 및 자살에 가장 큰 영향을 미친 요인은 친구들과의

갈등, 학교 폭력 및 따돌림을 포함한 또래관계 스트레스로 조사되었고, 특히 외상 후 스트레스 장애가 있는 경우 우울증과 자살시도의 위험 요인이 더 높아지는 것으로 파악되었다[23]. 이는 교우관계 스트레스가 학업 및 경제적 어려움에 대한 스트레스와 같이 우울 및 자살의 위험도를 높일 것으로 보이므로 스트레스 원인에 따른 실천 및 예방지침이 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 다음과 같은 제한점을 지닌다. 첫째, 연구 대상자의 또래관계 스트레스가 어느 수준인지 파악할 수 없었고 우울 경험과 자살생각도 지난 12개월 동안 경험 여부를 바탕으로 실태 파악을 했기 때문에 단면적 연구로서 인과관계를 명확히 규명하지 못하는 한계가 있다. 따라서 KCDI(Kovacs Childrens Depression Inventory) 및 AMPQ-II(Adolescent Mental Health and Problem Behavior II), SAIC(State-trait Anxiety Inventory for Children)와 같은 도구를 반영한 종단적 연구가 추가적으로 필요할 것이다. 둘째, 청소년의 우울 및 자살생각 경험에 대한 관련 요인을 해석하는데 있어 Lee 등(2007)이 청소년 개인의 다양성을 인정하지 않고 단지 우울 및 자살과 관련된 획일적인 요인들과의 관계로 모든 청소년에게 접근하는 것은 효과적인 예방을 하기에는 부족하다고 언급한 것처럼[14], 후속 연구에서는 정신건강교육 횟수, 교사와의 면담 횟수, 상담 경로 방법, 우울로 인한 결석 및 조퇴 횟수와 같은 건강증진사업 지표가 추가되어야 할 것이며 자살생각에 따른 무기력 정도, 자살충동 횟수, 집중력 저하 정도, 공포 경험, 식욕감퇴와 같은 건강 위험 요인을 규명할 수 있는 지표가 설문 조사에 반영될 필요가 있다. 셋째, 우리나라 전체 청소년 1,909,244명 기준으로 볼 때 본 연구 대상자는 6,924명이므로 본 연구결과를 우리나라 중·고등학생의 우울과 자살생각 실태로 일반화하는데 한계가 있다. 전술한 한계에도 불구하고 본 연구는 교우관계로 인한 스트레스를

받는 중·고등학생을 대상으로 우울과 자살생각 경험 실태와 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 학교보건을 운영하는 보건교사에게 필요한 기초자료를 제공할 수 있으며, 학교단위의 정신보건사업을 계획할 시 일차적 자료로 활용하는데 기여할 수 있다는 점에서 학문적 의의가 있다.

학교단위의 정신보건사업이 실효성을 거두기 위해서는 1차적으로 고위험학생을 조기에 발견하고 2차적으로 상담시설 및 의료기관 등에 연계할 수 있는 시스템이 필요하다. Bae 등(2013)은 스트레스 및 우울에 대한 기존의 많은 결과에도 불구하고 현실적으로 적절한 관리와 치료가 이루어지지 않고 있기 때문에 정신건강사업을 위한 인적, 물적 인프라 확대, 관계 부처 간 연계체계의 필요성을 언급하였다[24]. 따라서 학교단위의 정신건강사업이 미국과 같이 체계적으로 정착되기 위해서는 지속적인 관련 연구와 양질의 근거를 생산하여 효과적인 프로그램을 개발하고 지역사회와 연계할 수 있는 중장기적 목표를 세워야 할 것이다. 본 연구를 통해 학교단위의 정신보건사업이 체계적으로 운영되기 위한 몇 가지 제안을 하고자 한다.

첫째, 형식적인 보건교육보다는 전문 상담인력을 충원하여 고위험학생을 발견 및 지역 정신보건센터 또는 의료기관으로 연계할 수 있는 제도가 필요하다. 우리나라 학교보건사업 운영 현황을 살펴보면, 대부분 한명의 보건교사가 전교생의 건강을 관리하고 교육하고 있다. 한 명의 보건교사가 구강, 흡연, 음주, 비만, 알레르기 등 모든 건강상태를 관리하고 지속하기에는 많은 물리적 한계를 지니므로 보건교사의 역할을 보조할 수 있는 전문인력의 양성이 필요할 것으로 보인다. 그리고 지역사회 센터 및 의료기관으로 연계가 이루어지는 경우 해당 기관에 대한 정부 지원금 또는 세금감면 혜택을 받을 수 있도록 하는 제도가 마련될 필요가 있다. 둘째, 학교 내에서 전문상담사를 통해 지역사회 전문센터 및 의료기관으로 연계가 되더라

도 정신과의 진료비가 상대적으로 높기 때문에 저소득가구의 경우 의료비 부담 때문에 전문치료를 중단하는 경우가 있다. 따라서 이러한 점을 보완하기 위해 학교 내에서 미술치료, 심리치료와 같은 전문 프로그램을 지역사회 학교와 통합 운영함으로써 전문적인 치료 프로그램을 제공해야 할 것이다. 마지막으로 성별, 학년, 학교형태, 등 다양한 특성에 따라 우울 및 자살생각의 동기가 다르기 때문에 지역사회 기관과 학교 교직원들이 함께 참여하여 학교 특성에 맞는 정신건강예방관리지침을 만들어야 할 것이다.

REFERENCES

1. World Health Organization(2009), Preventing Suicide: A Resource for the teachers and other staff. WHO Issues. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.
2. Korea National Statistical Office(2011), 2010 Annual report on the cause of death statistics. Daejeon: Korea National Statistical Office. p.18
3. K. Rigby(2000), Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being, *Journal of Adolescence*, Vol.23;57-68.
4. D.S. Hawker, M.J. Boulton(2000), Twenty years' research on peer victimization and psychosocial mal-adjustment: a meta-analytic review of cross section studies, *Journal of Child Psychol Psychiatry*, Vol.41(4);441-455.
5. J.S. Ahn, S.W. Shin(2001), Risk and Protective Factors in the School Adjustment of Socially Bullied Secondary Students, *Journal of Korean Neuropsychiatr Assoc* Vol.40(6);1166-1173.
6. L.C. Terr(1979), Children of Chowchila, Study of psychictrauma, *Psychoanal Studyn Child*, Vol.34;547-623.
7. S.C. Cho, M. Nam(1994), Relationship between Depression/Anxiety and Conduct Disorder in Children and Adolescents, *Journal of Korean Neuropsychiatr Assoc*, Vol.33(6);1273-1283.
8. J.D. Kwon, D.B. Kim(2007), Human behavior and social environment, Seoul, CA: Hakjisa. pp. 110-119.
9. B.K. Park(2009), An Analysis of the Developmental Path of Adolescent' Depression and Suicidal Ideation, *The Korean academy of mental health social work*, Vol.31;207-235.
10. Y.S. Hong(2004), The effects of life stress and self-esteem for adolescent suicidal behaviors, *Studies on Korean Youth*, Vol.15(2);153-182.
11. G.S. Jeon, S.Y. Park, S.H. Cho(2012), Gender Differences in Correlates of Depression and Suicidal Ideation among Korean Adolescents, *Journal of Korean Health Service Management*, Vol.6(4);295-308.
12. H.J. Kim(2008), Effect factors of adolescences' suicide risk, *Journal of Korean Soc Child Welf*, Vol.27;69-93.
13. M. Sankey, G.F. Huon(1999), Investigating the role of alienation in a multicomponent model of juvenile delinquency, *Journal of Adolesc*, Vol.22;95-107.
14. E.S. Lee(2007), Construction of Structural Model about Male and Female Adolescents' Alienation, Depression, and Suicidal Thoughts, *Journal of Korean Acad Nurs*, Vol.37(4);576-585.
15. C.R. Emery(2001), Controlling for selection effects in the relationship between child behavior problems and exposure to intimate partner violence, *Journal of Interpersonal Violence*, Vol.26(8);1541-1558.
16. K.M. Yang, H.H. Jeong(1999), Effects of School Violence on Psychological Adjustment in Adolescents: Comparisons of Bullies and

- Victims, Korean Journal of Psychology, Vol.5(2);91-104.
17. H.S. Hyeon, K.H. Kim, S.A. Kim(2007), Influencing factors on problem behaviors among adolescents: Focused on middle school students in Seoul, Journal of Korean Academy of Nursing, Vol.34;252-260.
18. S.M. Moon, B.R. Basham(2010), Adolescent Depression and Future Smoking Behavior: A Prospective Study, Child & Adolescent Social Work Journal, Vol.27(6);405-406.
19. K.S. Jeon, S.Y. Park, S.H. Cho(2012), Gender Differences in Correlates of Depression and Suicidal Ideation among Korean Adolescents, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.6(4);295-308.
20. E.O. Park(2008), The Influencing Factors on Suicide Attempt among Adolescents in South Korea, Journal of Korean Academy Nursing, Vol.38(3);465-473.
21. J.S. Park, J.W. Moon(2010), Factors Affecting Suicidal Ideation of the Middle and High School Students in Korea, Korean Association of Health and Medical Sociology, Vol.27;105-131.
22. S.D. Whitney, L.M. Renner, C.M. Pate, K.A. Jacobs(2011), Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs, Child Youth Serv Rev, Vol.33;869-877.
23. H.J. Jeon, J.Y. Lee, Y.M. Lee, J.P. Hong, S.H. Won, S.J. Cho, J.Y. Kim, S.M. Chang, H.W. Lee, M.J. Cho(2010), Unplanned versus planned suicide attempters, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample, Journal of Affect Disord, Vol.127;274-280.
24. J.Y. Bae, S.Y. Lee, Y.S. Lee, M.M. Choi, I.H. Cho(2013), Current interventions, strategies, and networking of adolescent suicide, Journal of Korean Med Assoc, Vol.56(2);100-110.
- 접수일자 2013년 5월 10일
 심사일자 2013년 5월 13일
 게재확정일자 2013년 6월 20일