

# 성별에 따른 청소년의 우울증과 자살사고에 미치는 개인적, 사회적, 환경적 접근에 따른 영향요인 분석

이윤정 · 표은영 · 정진옥 · 안지연  
경인여자대학교 간호학과

## Analysis of Individual, Social, and Environmental Factors influencing Korean Adolescents' Depression and Suicidal Ideation by Gender

Yunjeong Yi · Eunyoung Pyo · Jinok Jeong · Jiyeon An  
Department of Nursing, Kyung-In Women's University

### ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of the study is to examine the factors that influence Korean adolescents' depression and suicidal ideation from individual, social and environmental perspectives by gender. The study used the data of the 2015 Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey and the subjects were 68,043 middle and high school students. The levels of depression and suicidal ideation were the dependent variables and the factors influencing the dependent variables included 11 individual factors, 3 social factors and 7 environmental factors. The data were analyzed using odds ratios (OR) from multi-variable logistic regression analysis. As a result, the most significant individual factors that influenced both depression and suicidal ideation were stress and subjective happiness both in boy and girls, the most significant social factor was participation in violence treatment programs, and the most significant environmental factors were economic status, father's educational level, and whether or not they lived with their family. Therefore, programs and policies to improve adolescents' mental health should be developed considering individual, social, and environmental factors.

**Key Words:** Adolescent, Depression, Suicidal ideation, Health risk behavior, Mental health

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

청소년 정신건강의 심각성은 대표적으로 우울증과 자살 관련 행동으로 부각되어 나타난다. 국내 청소년건강행태온라인조사에 의하면 청소년의 우울증 경험률(최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느

낀 경험)은 2015년 기준 남학생 23.6%, 여학생 27.8%로 나타났다. 실제 DSM-IV의 진단기준에 의거하여 우울증 유병률을 조사한 Ryoo 등(2000)의 연구에서는 청소년 1,158명 중 214명(18.5%)이 우울증을 가지고 있는 것으로 나타났다[1].

자살 관련 행동은 자살사고, 자살계획, 자살시도, 자살완결로 이어지는 연속적 개념으로 이해할 수 있다[2]. 한국 통계청 자료에서는 지난 10년간(2004~2014년) 청소년 사망원인(15~24세 기준) 1순위는 자살로 인구 10만 명 기준으로 7.4명으로 나타났

Corresponding author: Jiyeon An

Department of Nursing, Kyung-In Women's University, 63 Gyeongsan-ro, Gyeong-gu, Incheon 21041, Korea.  
Tel: +82-32-540-0451, Fax: +82-32-555-2614, E-mail: jyan030@kiwu.ac.kr

Received: Nov 15, 2016 / Revised: Dec 13, 2016 / Accepted: Dec 13, 2016

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.

다. 교통사고에 의한 사망 인원인 4.4명과 악성 신생물에 의한 사망 인원인 2.9명에 비하면 매우 높은 수치이다[3]. 자살사고와 자살계획은 자살시도에 앞서는 행동으로 잠재적 사망원인이기 때문에 자살 관련 통계에 자살사고 및 자살계획까지 포함한다면 청소년 자살 관련 행동은 위험수준임을 알 수 있다.

우울증과 자살 관련 행동은 매우 밀접하다. 세계보건기구(WHO)는 2030년의 주요한 사망 원인으로 우울증을 예측하였으며, 우울증의 유병률 증가는 곧 자살에 의한 사망률 증가로 연계될 수 있음을 설명한 바 있다[4]. 실제로도 치료받지 않은 우울증 환자가 자살할 가능성은 2.2%~15%이고, 자살에 의해 사망한 사람 중 최소 50%는 우울증을 앓았던 것으로 역추적되며, 일반인에 비해 우울증 환자는 자살의 위험성이 25배 높게 나타난다[5]. 이처럼 청소년의 정신건강 스펙트럼에서 우울증과 자살 관련 행동은 큰 비중을 차지하므로 다각적인 접근에 의한 예방 및 관리 프로그램이 필요하다.

청소년의 우울증과 자살 관련 행동은 성인과는 다른 특성을 가지므로 발생기전에 대한 이해가 필요하다. 청소년은 생애주기 중 정신건강 영역에서 가장 취약한 연령층으로 이는 아동기에서 성인기로 전환되는 과도기라서 여러 가지 혼란을 겪게 되고 가족의 감시로부터 벗어나 또래 사회에 진입하면서 문제성 행동을 무분별하게 받아들여지게 된다[6]. 청소년의 경우, 특히 학교라는 중간체계 내에서 성인과는 다른 형태의 사회적 관계를 형성할 수 있으며 또래 문화가 가지는 비지속적이고 가변적인 관계성으로 인해 건강결정인자를 예측하기가 훨씬 복잡하다. 또한 청소년은 평소의 감정적 기복이 크기 때문에 우울증과의 감별이 어렵고, DSM-V의 진단기준에 의거한 우울증 증상인 우울한 감정이나 흥미 또는 즐거움의 상실로 나타나기보다는 문제행동으로 나타나 청소년기의 일탈행위로 간주되기 쉽다.

일반적으로 정신건강은 일생동안 개인을 중심으로 여러 형태의 환경과의 상호작용에 의해 결정되는데, 이때 환경으로 정의되는 부분은 가족, 사회, 국가 등으로 체계화될 수 있다. 인간 사회가 개인을 중심으로 상위 체계와 지속적인 상호작용을 하는 특성이 있다고 할 때 정신건강을 결정짓는 위험요인 역시 개인적 요인(individual factors), 사회적 요인(social factors), 환경적 요인(environmental factors)로 구분될 수 있으며 이러한 요소는 상호작용에 의해 순환적인 연결고리를 가진다[7]. 청소년에게 있어서 사회적 요소는 학교와 사회에서 맺게 되는 상호작용을 의미하고, 환경적 요소는 학교, 가족 및 사회가 가지는 문화 또는 물리적 환경을 의미한다. 개인, 가족, 사회, 환경이라는 체계(system)에 대한 경계 구분은 수준에 따라 2차원(미시체계, 거시체계), 3차원(미시체계, 중간체계, 거시체계),

4차원(미시체계, 중간체계, 외부체계, 거시체계)으로 다양하게 구분하듯이 인간의 생애주기에 따라서 구분에 대한 정의가 달라질 수 있다[8]. 청소년의 경우 학령기와는 다르게 다양한 사람들과의 관계형성이 중요한 발달과제이다. 그러므로 타인과의 상호작용이 주로 발생하는 학교와 같은 사회적 체계에 대한 독립적인 이해가 필요하다. 또한 사회적으로 독립이 되지 않은 청소년에게 있어서 환경적 요소는 국가적 정책과 같은 거시적 체계보다는 미시적 체계인 가족이 가지는 환경적 특성이 오히려 중요하게 작용될 수 있다. 이에 따라 청소년의 정신건강 향상을 위한 정책 역시 위험요인별 접근이 아니라 위험요인이 가지는 구조적 특성을 이해하고 통합적 접근이 필요함이 강조되고 있다.

국내에서 실시된 청소년 우울증 및 자살사고 관련 선행문헌은 단편적인 요인 탐색을 위한 연구가 대부분이었다. Park(2008)의 연구에서는 건강위험행위(흡연, 음주, 다이어트, 탄산음료섭취, 패스트푸드섭취, 안전벨트미착용, 성생활, 수면부족, 스트레스, 우울증, 자살사고)가 자살시도에 영향을 미치는 위험요인으로 조사되었고[9], Jeon 등(2012) 연구에서는 고등학생, 낮은 학업성취도, 편부모 또는 양부모 동거, 낮은 건강수준, 스트레스, 교우갈등, 건강문제가 청소년의 우울증 및 자살사고에 영향을 주는 위험요인으로 조사되었다[10]. Yoo 등(2008)의 연구에서는 우울증, 주의력결핍과잉행동장애, 인터넷 중독, 절망감이 자살 생각의 위험요인으로 조사되었다[11]. 이처럼 대부분 국내 연구에서는 단편적인 접근으로 청소년의 정신건강을 탐색하고자 하였기에 본 연구에서는 기존 선행연구와 달리 다차원 접근을 통해 성별에 따른 청소년의 우울증과 자살사고를 탐색하고 위험요인에 대해 통합적 이해를 하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 성별에 따른 청소년의 우울증과 자살사고에 영향을 주는 요인을 개인적 수준, 사회적 수준, 환경적 수준별로 탐색하고 청소년 정신건강 증진을 위한 다양한 정책 마련을 위한 기초자료를 제공하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 청소년의 우울증과 자살사고에 미치는 개인적,

사회적, 환경적 접근에 따른 요인을 탐색하기 위해 2015년도 청소년건강행태온라인조사 자료를 이용하였다. 청소년건강행태온라인조사는 한국 청소년의 건강행태 현황과 추이를 확인하기 위해 2005년부터 매년 실시하였으며 2015년에 제 11차 조사가 실시되었다. 제 11차 조사는 2015년 6월 1일에서부터 7월 28일까지 자기기입식 익명성 온라인조사 방법으로 실시되었다. 청소년건강행태온라인조사는 정부 승인통계(승인번호 11758호) 조사로 질병관리본부 기관생명윤리위원회의 심의를 받았다(2014-06EXP-02-P-A). 조사내용은 흡연, 음주, 신체활동, 식습관, 비만 및 체중조절, 정신건강 등 15개 영역 125개 설문으로 구성되어 있다. 본 연구를 위한 최종 분석 대상자는 중학교 1학년에서 고등학교 3학년까지 총 68,043명(남자 35,204명, 여자 32,839명)이다.

## 2. 연구대상

표본설계를 위한 추출틀은 2014년 4월 기준의 전국 중·고등학교 자료이며, 모집단은 총 5,587개교 3,349,763명이다. 조사 대상 학교는 시·도(17개), 도시규모(대도시, 중소도시, 군지역), 지역군, 학교유형(남, 여, 남녀공학)에 따라 800개 표본 학교(중학교 400개교, 고등학교 400개교)가 선정되었다. 선정된 표본학교에서 학년별로 1개 학급을 무작위 추출하여 선정된 학급의 학생 전원을 조사하였으며 총 797개교 68,043명이 참여하였다.

## 3. 변수의 선정 및 측정

변수는 개인적 요인, 사회적 요인, 환경적 요인의 3가지로 구분하여 분석에 이용하였다. 각 요인에 포함되는 변수는 청소년 정신건강 위험인자를 통합적으로 고찰한 WHO 보고서(2012)와 체계이론에 근거를 두고 청소년 건강요인을 설명한 Blum 등(2012)의 연구에서 1차적으로 추출하였고, 2015년도 청소년건강행태조사 자료에서 이용가능한 변수로 최종 선정하였다[7,12].

개인적 요인은 학년, 학업성적, 주관적 체형인지, 신체활동, 스트레스, 음주, 흡연, 비만, 주관적 수면 충족여부, 주관적 건강수준, 주관적 행복감의 11가지 변수를 포함시켰다. 사회적 요인에는 학교와 사회에서 타인과의 상호작용에 의해 이루어지는 변수형태인 평소상담조력자 유무, 아르바이트 경험유무, 폭력으로 인한 치료유무의 3가지 변수를 포함시켰으며, 환경적 요인에는 거주 지역, 사회경제적 상태, 아버지 국적, 어머니

국적, 아버지 학력, 어머니 학력, 가족구성원 동거여부의 7가지 변수를 포함시켰다. 각 변수에 대한 재코딩 내용은 다음과 같다.

### 1) 개인적 요인에 포함된 변수

학년은 중학교 1학년에서부터 고등학교 3학년까지 구분된 것을 중학교, 고등학교로 분류하였다. 학업성적은 상, 중상, 중, 중하, 하의 5단계 척도로 나누어진 것을 높음(상, 중상), 보통(중), 낮음(중하, 하)로 분류하였고 주관적 체형인지는 ‘자신의 체형이 어떻다고 생각합니까?’라는 문항을 활용하였으며 마른 편(매우 마른 편이다, 약간 마른 편이다), 보통(보통이다), 살찐 편(약간 살이 찐 편이다, 매우 살이 찐 편이다)의 3가지로 분류하였다. 신체활동은 ‘최근 7일 동안 하루 60분 이상 신체활동 일수’로 분석하였으며 주 3일 미만은 no, 주 3일 이상은 yes로 분류하였다. 스트레스는 ‘평상시 스트레스 인지’ 문항을 활용하였으며, 높음(대단히 많이 느낀다, 많이 느낀다), 보통(조금 느낀다), 낮음(별로 느끼지 않는다, 전혀 느끼지 않는다)로 분류하였다. 음주는 ‘최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 날은 며칠입니까?’라는 문항을 활용하였으며, ‘없다’는 응답은 no로, 그 이외는 yes로 분류하였고, 흡연 역시 ‘최근 30일 동안 담배를 한 대(한 개비)라도 피운 날은 며칠입니까?’라는 질문에 대한 응답에서 ‘없다’를 no로, 그 이외는 모두 yes로 분류하였다. 비만은 자가 보고한 신장과 체중자료로 BMI (kg/m<sup>2</sup>)를 이용하였으며, 2007년 소아청소년 성장도표에 근거하여 저체중(5백분위수 미만), 정상(5백분위수 이상 85백분위수 미만), 과체중(85백분위수 이상 95백분위수 미만), 비만(95백분위수 이상 또는 BMI 25 이상)으로 분류하였다.

주관적 수면 충족여부는 ‘최근 7일 동안 잠을 잔 시간이 피로회복에 충분하다고 생각합니까?’라는 문항을 활용하였으며 충분(매우 충분하다, 충분하다), 보통(그저 그렇다), 불충분(충분하지 않다, 전혀 충분하지 않다)로 분류하였다. 주관적 건강수준은 ‘평상시 자신의 건강상태가 어떻다고 생각합니까?’라는 문항을 활용하였으며 건강(매우 건강한 편이다, 건강한 편이다), 보통(보통이다), 불건강(건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못한 편이다)로 분류하였다. 주관적 행복감은 ‘평상시 얼마나 행복하다고 생각합니까?’라는 문항을 활용하였으며 행복(매우 행복한 편이다, 행복한 편이다), 보통(보통이다), 불행(약간 불행한 편이다, 매우 불행한 편이다)으로 분류하였다.

### 2) 사회적 요인에 포함된 변수

평소상담조력자 유무는 ‘평상시 고민이나 힘든 일이 있을

때 주로 누구와 상담합니까?’라는 문항을 활용하였으며, ‘없다’는 no로 그 외에 아버지, 어머니, 형제·자매, 친구, 학교 선생님, 기타는 yes로 분류하였다. 아르바이트 경험유무는 ‘최근 12개월 동안 아르바이트를 한 경험이 있습니까?’라는 문항을 활용하였다. 폭력으로 인한 치료경험 유무는 ‘최근 12개월 동안 친구, 선배, 성인에게 폭력(신체적 폭행, 협박, 따돌림 등)을 당해 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까?’라는 문항을 활용하였으며 한 번도 없는 경우와 한번 이상 있는 경우로 나누었다.

### 3) 환경적 요인에 포함된 변수

거주 지역은 청소년건강행태온라인 조사에서 표본설계용으로 구분한 도시규모를 차용하였는데, 이는 행정구역 상의 대도시, 중소도시, 군 지역의 구분과는 달리 지리적 접근성, 학교수 및 인구수, 생활환경, 흡연율, 음주율 등을 고려하여 분류된 것이며, 44개 지역군을 대도시(특별시 및 광역시, 경기도의 일부 시), 중소도시(대도시를 제외한 시 및 일부 군 지역), 군 지역(대도시 및 중소도시를 제외한 군 지역)로 구분하였다. 경제상태는 ‘가정의 경제적 상태는 어떻습니까?’라는 문항을 활용하였으며 높음(상, 중상), 보통(중), 낮음(중하, 하)로 분류하였다. 아버지 국적과 어머니 국적은 ‘아버지(어머니)는 한국에서 태어났습니까?’라는 문항으로, 그렇다와 아니다로 응답하게 되어 있다. 아버지(어머니)가 안 계신 경우는 무응답으로 처리하였다. 아버지 학력과 어머니 학력은 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상, 잘 모름의 4가지로 분류하였다. 가족구성원 동거여부는 친부, 친모와 모두 동거, 친부와 양모 혹은 양부와 친모 동거, 편부 혹은 편모 동거, 비동거의 4가지로 구분하였다.

### 4) 종속변수

종속변수로 우울증과 자살사고를 선택하여 분석에 이용하였다. 우울증은 ‘최근 12개월 동안, 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있었습니까?’라는 문항에 대해 ‘있다’와 ‘없다’로 응답하게 되어 있고, 자살사고는 ‘최근 12개월 동안, 심각하게 자살을 생각한 적이 있었습니까?’라는 문항에 ‘있다’와 ‘없다’로 응답하게 되어 있다.

## 4. 자료분석

청소년건강행태온라인조사는 복합표본설계방법을 사용하였으므로 모집단에 대한 대표성을 확보하기 위해 가중치변수, 층화변수, 집락변수를 고려한 복합표본분석방법을 이용하였

고 SPSS/WIN 18.0 프로그램으로 분석하였다. 가중치는 데이터 생성기관인 질병관리본부에서 산출한 가중치변수를 사용하였는데, 가중치를 고려하면 중학교 응답자수 34,299명, 고등학교 응답자수 33,744명은 2015년 4월 기준 전국 중학생 1,574,072명, 전국 고등학생 1,775,691명을 대표한다. 층화변수 역시 데이터 생성기관인 질병관리본부에서 산출한 변수를 사용하였다. 층화는 표본추출과정에서 표본오차를 최소화하기 위해 모집단을 층화하는 것이며, 이 자료에서 사용한 층화변수는 지역군, 학교급(중학교, 고등학교, 특성화계고)이었다. 층에서 한 개의 집락만 존재하는 경우에는 인접 표본 설계층과 통합하였다.

대상자의 특성은 복합표본 빈도분석과 기술통계를 이용하였다. 대상자의 특성이 우울증과 자살사고에 영향을 미치는지 여부를 확인하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석(multi-variable logistic regression analysis)을 통해 오즈비(Odds Ratio, OR)와 95% 신뢰구간을 제시하였다.  $p$ -value는 .05 미만일 때 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 판단하였다.

## 연구결과

### 1. 우울증과 자살사고 유병률

조사대상 학생 중 우울증 유병률은 남학생 19.7%, 여학생 27.8%로 성별 차이를 보였다( $p < .001$ ). 또한 자살사고율은 남학생 9.6%, 여학생 13.9%로 성별 차이가 나타났다( $p < .001$ ) (Table 1).

### 2. 개인적 · 사회적 · 환경적 요인의 성별 차이 분석

개인적 요인 11가지 중 학년을 제외한 10가지 변수가 성별 차이를 보였다. 학업성적은 여학생은 보통이라고 응답한 경우가 많은 반면, 남학생은 본인의 높거나 낮은 쪽에 분포되어 있다고 인식하고 있었다( $p < .001$ ). 남학생은 여학생보다 신체활동, 음주, 흡연을 더 많이 하는 것으로 나타났다( $p < .001$ ). 반면 여학생은 남학생보다 본인이 더 뚱뚱하다고 인지하고( $p < .001$ ), 더 스트레스를 높게 인지하고( $p < .001$ ), 수면이 불충분하고( $p < .001$ ), 주관적 건강수준이 낮고( $p < .001$ ), 주관적 행복감이 낮았다( $p < .001$ ).

사회적 요인 3가지 역시 성별에 따른 차이를 보였는데 남학생이 여학생보다 평소 상담 조력자가 ‘있다’는 비율이 높았고( $p < .001$ ), 아르바이트 경험( $p = .011$ )과 폭력에 의한 치료 경험

( $p < .001$ )이 더 많았다.

환경적 요인 7가지 중 성별 차이를 보인 요인은 5가지였는데 여학생이 남학생보다 더 경제적 수준이 낮다고 인식하고 있었다( $p < .001$ ). 한편 남학생이 여학생보다 아버지가 한국인이 아닌 경우가 더 많았고( $p = .010$ ), 아버지와 어머니의 학력을 모르는 경우가 더 많았다( $p = .003, p < .001$ ). 가족구성원 동거 여부에서는 친부모와 동거하거나 편부모와 동거하는 경우는 여학생이 더 많았고 비동거는 남학생이 더 많았다( $p = .001$ )(Table 1).

### 3. 우울증에 영향을 미치는 요인 분석

남학생의 경우에는 개인적 요인 11가지(학년, 학업성적, 주관적 체형인지, 신체활동, 스트레스, 음주, 흡연, 비만, 주관적 수면 충족여부, 주관적 건강수준, 주관적 행복감) 모두가 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났으나 가장 큰 영향변수는 스트레스, 주관적 행복감이었다. 스트레스가 낮은 군에 비해 보통인 군은 2.627배(95% CI 2.423~2.849,  $p < .001$ ), 높은 군은 6.660배(95% CI 6.126~7.241,  $p < .001$ ) 우울증 발생 위험이 높았다. 그리고 주관적 행복감 변수는 행복하다고 인식한 대상자에 비해 보통인 군이 1.506배(95% CI 1.432~1.584,  $p < .001$ ), 불행하다고 인식한 군이 3.229배(95% CI 2.996~3.480,  $p < .001$ ) 우울증 발생 위험이 높았다. 사회적 요인은 3가지 요인이 모두 우울증에 영향을 미쳤는데 상담자가 있는 것이 우울증에 영향을 미치는 요인이었고( $p < .001$ ), 폭력에 의한 치료 경험이 있는 경우 우울증 위험이 2.948배(95% CI 2.541~3.421,  $p < .001$ ) 높아지는 것으로 나타났다. 환경적 요인 7개 중에서는 경제수준, 아버지 학력, 어머니 학력, 가족구성원 동거여부의 4가지가 영향을 미쳤다. 경제수준은 높은 경우에 비해 중간수준인 경우에 우울증이 덜 발생하였고( $p < .001$ ), 아버지의 학력과 어머니의 학력은 모르는 경우에 비해 대졸 이상인 경우에 우울증이 더 발생하였다. 가족구성원은 친부, 친모와 모두 동거하는 경우에 비해 편부 혹은 편모와 동거하는 경우 1.109배(95% CI 1.040~1.183,  $p = .002$ ), 비동거 하는 경우 1.372배(95% CI 1.158~1.625,  $p < .001$ ) 더 우울한 것으로 나타났다(Table 2).

여학생의 경우에는 개인적 요인 11가지 중 비만도를 제외한 10가지 변수(학년, 학업성적, 주관적 체형인지, 신체활동, 스트레스, 음주, 흡연, 주관적 수면 충족여부, 주관적 건강수준, 주관적 행복감)가 우울증에 영향을 미치는 것으로 분석되었으며, 가장 큰 영향변수는 남학생과 마찬가지로 스트레스, 주관적 행복감이었다. 스트레스가 낮은 군에 비해 보통인 군은 2.862배(95% CI 2.527~3.240,  $p < .001$ ), 높은 군은 6.965배(95% CI

6.105~7.947,  $p < .001$ ) 우울증 발생 위험이 높았다. 그리고 주관적 행복감 변수는 행복하다고 인식한 대상자에 비해 보통인 군이 1.508배(95% CI 1.412~1.612,  $p < .001$ ), 불행하다고 인식한 군이 3.393배(95% CI 3.036~3.793,  $p < .001$ ) 우울증 발생 위험이 높았다. 사회적 요인은 3가지 중 아르바이트 경험과 폭력에 의한 치료유무가 우울증에 영향을 미쳤는데 아르바이트 경험이 있으면 1.250배(95% CI 1.144~1.366,  $p < .001$ ), 폭력에 의한 치료 경험이 있으면 3.546배(95% CI 2.635~4.772,  $p < .001$ ) 우울증 위험이 더 높아지는 것으로 나타났다. 여학생의 경우도 남학생과 마찬가지로 환경적 요인 7개 중에서는 경제수준, 아버지 학력, 어머니 학력, 가족구성원 동거여부의 4가지가 영향을 미쳤다. 경제수준은 높은 경우에 비해 중간수준인 경우에 우울증이 덜 발생하였고( $p < .001$ ), 아버지의 학력은 ‘모른다’의 경우보다 중졸 이하, 대졸 이상의 경우에 우울증이 더 발생하는 것으로 나타났다. 어머니의 학력은 대졸 이상인 경우에 우울증이 더 발생하였고, 가족구성원은 친부, 친모와 모두 동거하는 경우에 비해 비동거 하는 경우 1.544배(95% CI 1.213~1.963,  $p < .001$ ) 더 우울한 것으로 나타났다(Table 2).

### 4. 자살사고에 영향을 미치는 요인 분석

자살사고에 영향을 미치는 요인은 우울증과 비슷한 경향성을 보였다. 먼저 남학생의 경우에는 개인적 요인 11가지 중 7가지 요인(학년, 주관적 체형인지, 스트레스, 음주, 주관적 수면 충족여부, 주관적 건강수준, 주관적 행복감)이 자살사고에 영향을 미치는 것으로 나타났으며 가장 큰 영향변수는 스트레스, 주관적 행복감이었다. 스트레스가 낮은 군에 비해 보통인 군은 2.354배(95% CI: 1.989~2.787,  $p < .001$ ), 높은 군은 6.878배(95% CI: 5.779~8.187,  $p < .001$ ) 자살사고 위험이 높았다. 그리고 주관적 행복감 변수는 행복하다고 인식한 대상자에 비해 보통인 군이 1.683배(95% CI: 1.513~1.871,  $p < .001$ ), 불행하다고 인식한 군이 4.608배(95% CI: 4.111~5.165,  $p < .001$ ) 자살사고 위험이 높았다. 사회적 요인 3가지 중에서는 아르바이트 경험유무와 폭력에 의한 치료 유무가 영향을 미치고 있었다. 폭력에 의한 치료 경험이 있는 경우 자살사고 위험이 3.574배(95% CI: 2.905~4.398,  $p < .001$ ) 높아지는 것으로 나타났다. 환경적 요인 7개 중에서는 경제수준, 아버지 학력, 가족구성원 동거여부의 3가지가 영향을 미쳤다(Table 3).

여학생의 경우에는 개인적 요인 11가지 중 9가지 변수(학년, 주관적 체형인지, 신체활동, 스트레스, 음주, 흡연, 주관적 수면 충족여부, 주관적 건강수준, 주관적 행복감)가 자살사고에 영

**Table 1.** Differences in Each Factor by Gender

Variables	Categories	Male	Female	$\chi^2$	<i>p</i>	
		n (%)	n (%)			
Individual factors	Grade	High school	17,858 (47.1)	16,441 (46.9)	0.250	.940
		Middle school	17,346 (52.9)	16,398 (53.1)		
	Academic performance	Low	12,350 (35.2)	11,051 (33.6)	48.214	< .001
		Middle	9,464 (26.8)	9,488 (29.1)		
		High	13,390 (38.0)	12,300 (37.3)		
	Subjective body image	Underweight	11,759 (33.7)	6,268 (19.0)	1,955.022	< .001
		Normal	11,666 (32.8)	12,061 (37.0)		
		Obese	11,779 (33.4)	14,510 (44.0)		
	Physical activities	No	19,854 (56.9)	25,540 (78.4)	3,546.870	< .001
		Yes	15,350 (43.1)	7,299 (21.6)		
	Stress	Low	9,157 (25.4)	5,079 (15.3)	1,565.205	< .001
		Middle	15,762 (45.0)	14,087 (43.0)		
		High	10,285 (29.6)	13,673 (41.7)		
	Alcohol use	No	28,376 (80.0)	28,646 (86.9)	579.853	< .001
		Yes	6,828 (20.0)	4,193 (13.1)		
Tobacco use	No	31,105 (88.1)	31,815 (96.8)	1,813.700	< .001	
	Yes	4,099 (11.9)	1,024 (3.2)			
BMI	Underweight	2,079 (6.2)	1,657 (5.2)	1,684.132	< .001	
	Normal	26,428 (77.4)	25,482 (80.3)			
	Overweight	807 (2.1)	2,384 (7.1)			
	Obese	4,838 (14.2)	2,393 (7.3)			
Subjective satisfaction of sleep amount	Satisfied	12,037 (33.3)	7,489 (22.2)	1,298.012	< .001	
	Middle	11,795 (33.5)	10,996 (33.5)			
	Unsatisfied	11,372 (33.2)	14,354 (44.4)			
Subjective health status	Healthy	27,095 (76.8)	22,462 (68.2)	634.938	< .001	
	Middle	6,428 (18.3)	8,170 (25.1)			
	Unhealthy	1,681 (4.9)	2,207 (6.7)			
Subjective happiness	Happy	23,986 (67.3)	20,763 (63.0)	150.418	< .001	
	Middle	8,546 (24.8)	9,376 (28.8)			
	Unhappy	2,672 (8.0)	2,700 (8.2)			
Social factors	Counselor to ask for daily advice	No	24,615 (70.4)	28,460 (87.1)	2,791.434	< .001
		Yes	10,589 (29.6)	4,379 (12.9)		
	Having had part-time job	No	30,468 (86.4)	29,001 (88.3)	52.616	.011
		Yes	4,736 (13.6)	3,838 (11.7)		
Having engaged in VIP	No	34,076 (96.8)	324,10 (98.7)	255.465	< .001	
	Yes	1,128 (3.2)	429 (1.3)			
Environmental factors	Residential area	Rural area	1,629 (3.9)	1,734 (4.0)	0.467	.993
		Mid/small city	15,804 (44.2)	14,004 (44.0)		
		Big city	17,771 (51.9)	17,101 (52.0)		
	Economic status	Low	5,842 (16.5)	5,709 (17.3)	199.696	< .001
		Middle	15,788 (44.7)	16,174 (49.0)		
		High	13,574 (38.8)	10,956 (33.7)		
	Father's nationality	Korean	33,641 (99.7)	31,401 (99.8)	7.280	.010
		Non-Korean	110 (0.3)	72 (0.2)		
	Mother's nationality	Korean	33,296 (99.1)	31,432 (99.1)	.041	.847
		Non-Korean	355 (0.9)	343 (0.9)		
	Father's educational level	Unknown	6,283 (17.3)	5,329 (15.7)	60.633	.003
		≤ Middle school	912 (2.6)	822 (2.5)		
		High school	9,576 (27.6)	9,651 (30.0)		
		≥ College	16,980 (52.5)	15,671 (51.8)		
	Mother's educational level	Unknown	6,453 (17.9)	4,754 (13.9)	303.602	< .001
≤ Middle school		700 (2.0)	774 (2.3)			
High school		11,471 (34.0)	12,490 (39.2)			
≥ College		15,027 (46.0)	13,757 (44.6)			
Residence type	Living with real parents	28,792 (82.7)	26,989 (83.0)	29.582	.001	
	Living with real F & step M or with step F & real M	433 (1.2)	432 (1.2)			
	Living with one parent	4,801 (13.1)	4,544 (13.4)			
	Not living with family	1,178 (3.0)	874 (2.3)			
Depression	No	28,398 (80.3)	23,751 (72.2)	621.740	< .001	
	Yes	6,806 (19.7)	9,088 (27.8)			
Suicidal ideation	No	31,893 (90.4)	28,288 (86.1)	304.791	< .001	
	Yes	3,311 (9.6)	4,551 (13.9)			

VIP=violence treatment program; F=father; M=mother.

**Table 2.** Factors Influencing Depression by Gender

Variables	Categories	Male			Female			
		OR	95% CI	<i>p</i>	OR	95% CI	<i>p</i>	
Individual factors	Grade	High school	1			1		
		Middle school	1.120	1.064~1.177	<.001	1.175	1.095~1.262	<.001
	Academic performance	Low	1.282	1.217~1.350		1.347	1.256~1.445	<.001
		Middle	1.146	1.086~1.210	<.001	1.147	1.069~1.231	<.001
		High	1		<.001	1		
	Subjective body image	Underweight	1			1		
		Normal	0.939	0.889~0.992	.025	0.841	0.772~0.916	<.001
		Obese	1.105	1.039~1.175	.001	0.982	0.895~1.077	.693
	Physical activities	No	1			1		
		Yes	0.890	0.850~0.933	<.001	0.822	0.768~0.881	<.001
	Stress	Low	6.660	6.126~7.241	<.001	6.965	6.105~7.947	<.001
		Middle	2.627	2.423~2.849	<.001	2.862	2.527~3.240	<.001
		High	1			1		
	Alcohol use	No	1			1		
		Yes	1.405	1.320~1.496	<.001	1.510	1.375~1.657	<.001
	Tobacco use	No	1			1		
		Yes	1.129	1.041~1.225	.004	1.394	1.176~1.652	<.001
	BMI	Underweight	1			1		
		Normal	0.994	0.904~1.093	.902	1.005	0.875~1.154	.944
		Overweight	0.941	0.821~1.078	.380	0.884	0.739~1.056	.174
Obese		0.834	0.738~0.942	.004	0.921	0.768~1.106	.378	
Subjective satisfaction of sleep amount	Satisfied	1			1			
	Middle	1.217	1.143~1.295	<.001	1.048	0.962~1.141	.280	
	Unsatisfied	1.448	1.362~1.538	<.001	1.205	1.117~1.300	<.001	
Subjective health status	Healthy	1			1			
	Middle	1.141	1.084~1.203	<.001	1.201	1.124~1.284	<.001	
	Unhealthy	1.280	1.174~1.397	<.001	1.502	1.347~1.675	<.001	
Subjective happiness	Happy	1			1			
	Middle	1.506	1.432~1.584	<.001	1.508	1.412~1.612	<.001	
	Unhappy	3.229	2.996~3.480	<.001	3.393	3.036~3.793	<.001	
Social factors	Counselor to ask for daily advice	No	0.856	0.811~0.902	<.001	1.054	0.971~1.145	.208
		Yes	1			1		
	Having had part-time job	No	1			1		
		Yes	1.277	1.197~1.363	<.001	1.250	1.144~1.366	<.001
	Having engaged in VIP	No	1			1		
		Yes	2.948	2.541~3.421	<.001	3.546	2.635~4.772	<.001
Environmental factors	Residential area	Rural area	1.047	0.933~1.176	.434	1.083	0.942~1.245	.265
		Mid/small city	1.033	0.919~1.160	.589	1.048	0.911~1.205	.510
		Big city	1			1		
	Economic status	Low	0.963	0.903~1.027	.250	0.959	0.873~1.054	.388
		Middle	0.869	0.828~0.911	<.001	0.868	0.811~0.930	<.001
		High	1			1		
	Father's nationality	Korean	1			1		
		Non-Korean	0.818	0.489~1.369	.444	0.502	0.214~1.177	.113
	Mother's nationality	Korean	1			1		
		Non-Korean	1.091	0.883~1.350	.419	1.158	0.869~1.543	.317
	Father's educational level	Unknown	1.141	1.050~1.240	.002	1.149	1.025~1.288	.017
		≤ Middle school	1	0.963~1.301	.143	1	1.011~1.573	.040
		High school	1.119	0.966~1.158	.222	1.261	0.987~1.259	.079
		≥ College	1.058			1.115		
	Mother's educational level	Unknown	1.242	1.142~1.351	<.001	1.202	1.067~1.354	.002
		≤ Middle school	1	0.933~1.310	.247	1	0.771~1.223	.802
		High school	1.105	1.041~1.235	.004	0.971	0.925~1.166	.521
		≥ College	1.134			1.039		
	Residence type	Living with real parents	1			1		
		Living with real F & step M or with step F & real F	1.108	0.841~1.461	.466	1.008	0.967~1.457	.967
Living with one parent		1.109	1.040~1.183	.002	1.047	0.955~1.148	.328	
Not living with family		1.372	1.158~1.625	<.001	1.544	1.213~1.963	<.001	

VIP=violence treatment program; F=father; M=mother.

향을 미치는 것으로 분석되었으며, 가장 큰 영향변수는 남학생과 마찬가지로 스트레스, 주관적 행복감이었다. 스트레스가 낮은 군에 비해 보통인 군은 2.086배(95% CI: 1.703~2.555,  $p < .001$ ), 높은 군은 6.294배(95% CI: 5.141~7.706,  $p < .001$ ) 자살사고 위험이 높았다. 그리고 주관적 행복감 변수는 행복하다고 인식한 대상자에 비해 보통인 군이 1.744배(95% CI: 1.592~1.910,  $p < .001$ ), 불행하다고 인식한 군이 4.875배(95% CI: 4.324~5.497,  $p < .001$ ) 자살사고 위험이 높았다. 사회적 요인은 3가지 중 평소상당 조력자 유무와 폭력에 의한 치료유무가 자살사고에 영향을 미쳤는데, 폭력에 의한 치료 경험이 있으면 4.057배(95% CI: 3.041~5.413,  $p < .001$ ) 자살사고 위험이 더 높아지는 것으로 나타났다. 환경적 요인 7개 중에서는 거주 지역, 경제수준, 아버지 학력, 가족구성원 동거여부의 4가지가 영향을 미쳤다. 거주 지역은 군 지역에 비해 중소도시, 대도시 거주자가 자살사고 위험을 높이는 요인이었고, 경제수준은 높은 경우에 비해 중간인 경우는 자살사고 위험을 낮추고 낮은 경우는 자살사고 위험을 높였다. 아버지의 학력은 '모른다'의 경우보다 대졸 이상의 경우에 자살사고 위험이 더 높았고, 가족구성원은 친부, 친모와 모두 동거하는 경우에 비해 편부 혹은 편모 동거인 경우에 자살사고 위험이 더 높았다(Table 3).

## 논 의

본 연구는 한국 청소년의 우울증과 자살사고의 유병률을 파악하고, 다각적 접근에 의해 개인적 위험요인, 사회적 위험요인, 환경적 위험요인을 탐색해봄으로써 청소년 정신건강을 위한 방안 및 정책을 제안하고자 실시되었다.

본 연구에서 나타난 우리나라 청소년의 우울증은 남학생 19.7%, 여학생 27.8%로 나타났다. 2014년도 10차 청소년건강행태조사 결과(남학생 22.2%, 여학생 31.6%)와 비교할 때 우울증은 다소 감소한 수치이다[13]. 본 연구에서 사용한 우울증은 온라인 조사형태를 띤 자가 보고에 의해 측정된 우울증 항목으로 의사 진단에 의한 우울증이 아니기 때문에 정확한 우울증 유병률로 설명할 수는 없다. 하지만 청소년건강행태조사가 우리나라 청소년 전체를 포함하는 전수조사라는 자료적 의의를 고려해 볼 때 연구결과에서 청소년의 우울증 빈도가 높은 것에 대한 대안 마련은 필수적이다. DSM-IV 진단기준에 의거하여 소아청소년과 의사가 직접 수도권 청소년의 우울증 유병률을 조사한 Ryoo 등(2000) 연구의 경증 우울증(한국형 진단 문항 12개 중 3~5개 해당) 유병률(남학생 11.7%, 여학생 12.9%)과 비교할 때[1], 본 연구의 우울증 비율이 더 높게 나타났음을

알 수 있다. 본 연구에서는 여학생의 우울증 비율이 남학생보다 높게 나타났는데 이는 2010년에서부터 2014년까지 청소년 건강행태조사결과에서도 항상 동일하게 나타난 결과이다[14]. 청소년건강행태조사와 비슷한 설문문항(12개월 동안 우울하거나 즐거움 또는 흥미를 잃은 것 같은 느낌이 2주 이상 지속되었는가)으로 미국 청소년의 우울증 유병률을 조사한 National Survey on Drug and Health (NSDH)의 결과에서도 남학생 5.8%, 여학생 19.5%로 여학생의 우울증 비율이 훨씬 높게 나타난 바 있다[15].

한편, 우리나라 청소년의 자살사고 유병률은 남학생 9.6%, 여학생 13.9%로 여학생이 남학생에 비해 높은 비율을 보였다. 미국의 2015년도 청소년건강행태조사(Youth Risk Behavior Surveillance, YRBS)에서 나타난 자살사고 유병률(남학생 12.2%, 여학생 23.4%)과 비교할 때[16] 여학생의 비율이 높은 점은 비슷하나 비율에서는 우리나라 청소년의 자살사고 유병률이 낮게 나타났음을 알 수 있다. 앞서 한국 청소년의 자살에 의한 사망률이 다른 국가에 비해 높다고 강조한 내용과 다르게 본 연구결과, 자살사고 유병률이 비교적 낮게 나타난 것은 청소년의 연령범주가 다르기 때문인 것으로 판단된다. 한국 통계청 자료에서는 청소년의 자살 사망률을 제시할 때 15~24세 범주인 반면에 본 연구에서 청소년은 14~19세 범주이다. 물론 미국의 청소년건강행태조사와 본 연구에서 청소년의 연령범주는 14~19세로 동일하며 둘 다 청소년 전수조사라는 측면에서 볼 때 자살사고 유병률 비교는 중요한 의미를 지닌다. 하지만 자살사고 유병률이 '최근 12개월 동안, 심각하게 자살을 생각한 적이 있었습니까'라는 문항으로 측정되었기 때문에 주관적인 해석의 차이는 존재할 수 있음을 고려해야 할 것이다.

우울증과 자살사고에 대한 개인적 요인, 사회적 요인, 환경적 요인별 오즈비(위험도) 결과를 토대로 확인된 주요 내용은 정책 제언 형식으로 기술하고자 한다. 우울증과 자살사고에 대한 다각적 요인 분석은 남학생과 여학생을 구분하여 분석하였는데 이는 두 변수가 가지는 생물학적 성 차이 때문이다. 여학생의 경우 정서적 문제가 내재화되는 경우가 많기 때문에 우울증으로 발전되기 쉽고, 남학생의 경우 이와 상반되게 외현화되는 경우가 많기 때문에 알코올 중독장애, 반사회적 성격장애 등으로 발전되기 쉽다는 것이 일반화된 기전이다[17]. 반면, 자살사고는 보편적으로 여학생이 높은 비율을 차지하지만, 자살시도에 의한 자살완결로 이어지는 것은 남학생의 비율이 높다[18]. 생물학적 성 차이뿐만 아니라 환경적 성 차이도 존재한다. 본 연구에서 남녀별 개인적 요인, 환경적 요인, 사회적 요인의 대부분에서 남녀 차이를 보인 것도 이러한 맥락에서

**Table 3.** Factors Influencing Suicidal Ideation by Gender

Variables	Categories	Male			Female			
		OR	95% CI	<i>p</i>	OR	95% CI	<i>p</i>	
Individual factors	Grade	High school	1			1		
		Middle school	1.333	1.205~1.474	<.001	1.557	1.425~1.702	<.001
	Academic performance	Low	1.105	0.996~1.226	.058	1.033	0.939~1.137	.498
		Middle	1.044	0.934~1.167	.447	0.954	0.863~1.053	.349
		High	1			1		
	Subjective body image	Underweight	1			1		
		Normal	0.835	0.747~0.935	.002	0.845	0.753~0.949	.005
		Obese	1.014	0.899~1.144	.820	0.974	0.869~1.092	.651
	Physical activities	No	1			1		
		Yes	0.956	0.878~1.040	.292	0.800	0.733~0.874	<.001
	Stress	Low	6.878	5.779~8.187	<.001	6.294	5.141~7.706	<.001
		Middle	2.354	1.989~2.787	<.001	2.086	1.703~2.555	<.001
		High	1			1		
	Alcohol use	No	1			1		
		Yes	1.322	1.169~1.495	<.001	1.503	1.342~1.684	<.001
	Tobacco use	No	1			1		
		Yes	1.018	0.889~1.166	.795	1.446	1.194~1.751	<.001
	BMI	Underweight	1			1		
		Normal	1.020	0.852~1.221	.831	1.094	0.917~1.305	.320
		Overweight	1.093	0.762~1.568	.629	1.206	0.961~1.513	.105
Obese		1.119	0.902~1.390	.306	1.114	0.898~1.382	.325	
Subjective satisfaction of sleep amount	Satisfied	1			1			
	Middle	1.284	1.152~1.430	<.001	1.038	0.933~1.156	.492	
	Unsatisfied	1.461	1.302~1.640	<.001	1.211	1.090~1.347	<.001	
Subjective health status	Healthy	1			1			
	Middle	1.074	0.966~1.194	.187	1.176	1.079~1.283	<.001	
	Unhealthy	1.217	1.050~1.409	.009	1.560	1.367~1.780	<.001	
Subjective happiness	Happy	1			1			
	Middle	1.683	1.513~1.871	<.001	1.744	1.592~1.910	<.001	
	Unhappy	4.608	4.111~5.165	<.001	4.875	4.324~5.497	<.001	
Social factor	Counselor to ask for daily advice	No	1.091	0.990~1.202	.080	1.495	1.354~1.650	<.001
		Yes	1			1		
	Having had part-time job	No	1			1		
		Yes	1.190	1.042~1.359	.010	0.980	0.869~1.105	.739
Having engaged in VIP	No	1			1			
	Yes	3.574	2.905~4.398	<.001	4.057	3.041~5.413	<.001	
Environmental factors	Residential area	Rural area	1.203	0.931~1.555	.157	1.309	1.076~1.592	.007
		Mid/small city	1.194	0.922~1.546	.178	1.243	1.021~1.514	.031
		Big city	1			1		
	Economic status	Low	1.035	0.910~1.176	.601	1.213	1.081~1.361	.001
		Middle	0.860	0.777~0.952	.004	0.883	0.808~0.964	.006
		High	1			1		
	Father's nationality	Korean	1			1		
		Non-Korean	0.698	0.312~1.560	.381	0.568	0.190~1.693	.310
	Mother's nationality	Korean	1			1		
		Non-Korean	1.282	0.682~2.412	.440	1.183	0.799~1.751	.402
	Father's educational level	Unknown	1.272	1.080~1.498	.004	1.240	1.073~1.433	.004
		≤ Middle school	1	1.054~2.025	.023	1	0.826~1.415	.569
		High school	1.461	0.943~1.334	.194	1.081	0.971~1.311	.114
		≥ College	1.122			1.129		
	Mother's educational level	Unknown	1.086	0.927~1.272	.305	1.008	0.869~1.170	.914
		≤ Middle school	1	0.643~1.274	.566	1	0.876~1.528	.304
		High school	0.905	0.786~1.101	.399	1.157	0.768~1.046	.164
		≥ College	0.930			0.896		
	Residence type	Living with real parents	1			1		
		Living with real F & step M or with step F & real M	1.482	0.941~2.336	.090	0.874	0.570~1.341	.537
Living with one parent		1.218	1.068~1.389	.003	1.163	1.036~1.305	.010	
Not living with family		1.346	1.004~1.805	.047	1.274	0.935~1.735	.124	

VIP=violence treatment program; F=father; M=mother.

이해될 수 있다. 이렇듯 우울증과 자살사고는 생물학적 또는 환경적으로 남녀의 차이가 확실하게 구분되므로 청소년의 정신건강 영역에서는 성 특성을 고려한 정책마련 또는 프로그램 개발이 요구된다.

본 연구에서 확인된 주요한 결과 중 첫째는 고등학생에 비해 중학생의 우울증과 자살사고 위험도가 높으므로 청소년 정신건강관리는 중학생에게 좀 더 집중적으로 실시되어야 할 것이다. 청소년을 중학생과 고등학생으로 구분할 때 정신건강 측면에서는 이차 성장에 따른 신체적 변화와 청소년기 발달과업(정체성, 인생목표, 또래관계 등) 성취가 중첩되는 시기인 중학생이 더 취약하다. 일반적으로 중학생인 초기 청소년의 경우 불안, 약물사용, 행동장애, 식사장애와 같은 문제가 두드러지는 반면, 고등학생인 후기 청소년의 경우 정신분열증, 인격장애, 기분장애와 같은 성인기 정신병리가 시작되는 시기로 구분된다[19]. 따라서 우울증과 자살사고와 관련된 청소년 프로그램은 중학생의 신체 및 정서변화에 초점을 둔 콘텐츠로 구성되는 것이 좋겠다.

둘째, 개인적 요인에서는 음주와 흡연 등과 같은 건강위험행태를 가지는 청소년의 우울증과 자살사고의 위험도가 높으므로 건강위험행태에 대한 관리가 지속되어야 할 것이다. 개인적 요인에서 특이할 만한 점은 신체활동의 오즈비인데 선행연구[20]에서는 신체활동을 하지 않는 청소년의 경우 우울증과 자살사고 위험도가 높고, 비만한 청소년의 우울증 위험도가 높은 것으로 알려져 있으나 본 연구에서는 다르게 나타났다. 신체활동은 우선적으로 시간적 할애가 허용되어야 하는 행위로 학업 성취 때문에 시간이 없어서 신체활동을 못하는 경우라면 건강위험행태가 적은 우등생으로 이해할 수도 있다. 신체활동보다는 학업을 우선시하는 청소년의 경우 학원에서 대부분의 시간을 보내기 때문에 오히려 건강위험행태에 덜 노출되는 것으로 이해할 수 있겠다. 한국 청소년의 경우 흡연을 하는 청소년의 신체활동 비율이 더 높게 나타난 것도 이와 같은 맥락으로 이해할 수 있다[21].

셋째, 스트레스, 주관적 수면충족(미충족), 주관적 건강수준(불건강), 주관적 행복감(불행감)은 우울증과 자살사고의 위험도를 높이는 요인으로 확인되었다. 청소년의 우울증과 자살사고는 인지이론(cognitive theory)에 근거하는 자아지각(self-perception)의 통제가 중요함을 시사한다. 우울증과 자살사고는 인지이론으로 그 발생기전이 설명되기도 한다[22]. 즉, 청소년의 우울증은 감정의 불안정이기보다는 현실을 왜곡하는 부정적 신념에서부터 시작되며, 이러한 부정적 자각이 심화될 경우 임상증세를 보이는 병리적 수준의 우울증 환자로 전환될

수 있다는 것이 인지적 관점에서 보는 우울증 발생경로이다[23]. 자살사고 역시 인지적으로 취약한 청소년에서 나타나는 행위로 자신이 쓸모없다 또는 희망이 없다는 자각에서부터 시작되어 자아위협(self-harm) 및 우울증세로 연결된다[24]. 즉, 청소년은 성인과 달리 상황을 정확하게 판단할 수 없는 취약한 인지구조를 가지고 있기 때문에 부정적인 개인의 속성 또는 상황에 대한 인지적 오류가 결과적으로 우울증과 자살사고를 초래하게 되는 셈이다. 따라서 청소년의 우울증과 자살사고를 조기 예방하기 위해서는 인지적 취약 청소년에 대한 선별(screening)이 우선적으로 실시되어야 할 것으로 보인다. 더불어 인지적 취약 청소년에게는 최근 긍정심리학(positive psychology)에서 강조하는 바대로 청소년이 가지고 있는 긍정심리자본이 심리적 안녕감 또는 정신건강에 영향을 주므로 긍정심리자본을 강화할 수 있는 인지적 훈련 프로그램을 적용해 볼 필요가 있겠다[25].

넷째, 사회적 요인에서는 남녀의 차이를 확인할 수 있었다. 남학생의 경우 아르바이트 경험이 있는 청소년의 자살사고 위험도가 높았고, 여학생의 경우 평소상담조력자가 없는 경우 자살사고 위험도가 높았다. 특히 남학생의 아르바이트는 성인과 비슷한 환경 속에서 일하는 청소년의 경우 성인의 행위를 모방하기 쉬우며, 특히 생계형 아르바이트의 경우 사회경제적 수준 또는 부모님의 학력이 낮음을 알 수 있다[26]. 청소년 아르바이트는 복합적인 요소를 지닌다. 생계형일 경우에는 부모의 사회경제적 수준이 반영되어 있고, 유희비 마련을 위한 아르바이트인 경우에는 음주, 흡연과 같은 건강위험행태가 반영되어 있을 수 있다. 따라서 아르바이트가 긍정적 직업 경험이 되지 못하는 경우에 청소년의 정신건강에 부정적인 결과를 줄 수 있음을 감안할 때 청소년의 건전한 일자리 창출을 위한 인프라 마련이 필요할 것으로 보인다. 여학생의 경우 타인과의 상호작용에서 정서적 유대관계를 중요시하며, 남학생에 비해 타인에게 도움요청행위(help-seeking behavior)를 많이 하기 때문에 평소상담조력자 유무가 자살사고의 관련 변인으로 분석된 것으로 판단된다[18]. 선행연구에서도 사회적 요인으로 고민상대유무, 경제지원유무, 사회단체참여유무 등이 청소년의 우울과 자살사고에 영향을 미치는 것으로 확인되고 있다[28]. 따라서 청소년의 우울증과 자살사고에 있어서 사회적 요인은 다른 요인에 비해 복합성을 가지므로 단일 인과관계로 이해하기 보다는 다인자적 인과관계로 이해하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

다섯째, 환경적 요인에서는 우울증과 자살사고와 관련된 남녀 공통적인 위험요인으로 아버지의 학력(고학력)과 양친부

모와의 비동거로 분석되었다. 아버지의 학력은 가정환경의 사회경제적 수준을 평가하는 요인이기도 하지만 아버지의 높은 기대감으로 인한 청소년의 상대적인 좌절감과 이로 인한 부모 자녀와의 갈등요인으로 작용하기도 한다[29]. 양친부모와 동거하지 않는 양부모 또는 한부모 가족 형태는 청소년에게 있어서 정서적 지지, 사회적 지지, 환경적 지지 등의 결여를 의미한다[30]. 친부모와 동거하지 않는 청소년의 경우 제 3자의 적극적인 지원이 필요하며 청소년 지원 정책에 있어서 가장 중요한 부분을 차지한다. 환경적 요인임을 고려할 때 생활 지원, 학습 지원, 사회관계망 지원, 경제적 지원 등의 다양한 정책 마련이 필요할 것으로 보인다.

## 결론

본 연구는 한국 청소년의 우울증과 자살사고에 영향을 주는 요인을 개인적, 사회적, 환경적 수준별로 탐색하기 위해 2015년도 청소년건강행태온라인조사 자료를 이용하였다.

연구결과 우울증 유병률은 남학생 11.9%, 여학생 27.8%로 성별 차이를 보였고, 자살사고 역시 남학생 9.6%, 여학생 13.9%로 나타나 성별 차이를 보였다. 개인적 요인에서는 남학생의 경우 모든 항목에서 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 여학생의 경우 비만도를 제외한 모든 항목에서 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 남학생과 여학생 모두에서 가장 큰 영향변수는 스트레스와 주관적 행복감이었다. 사회적 요인에서는 남학생의 경우 상담자유무, 아르바이트경험, 폭력치료경험 모두 우울증에 영향을 주는 것으로 나타났고, 여학생의 경우 아르바이트경험, 폭력치료경험이 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 환경적 요인에서는 남학생과 여학생 모두 경제수준, 아버지학력, 어머니학력, 가족구성원동거여부가 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

자살사고에 영향을 주는 요인은 우울증 영향요인과 비슷하게 나타났다. 우울증 영향요인과 다른 점은 남학생의 개인적 요인에서는 학업성적, 신체활동, 흡연여부, 비만도가 영향요인에서 제외되었고, 여학생의 경우 학업성적이 제외되었다. 사회적 요인에서는 남학생의 경우 평소 상담조력자 유무가 제외되었고, 여학생의 경우 아르바이트경험이 제외되었으나 우울증 영향요인에서는 제외되었던 평소 상담조력자 유무는 오히려 영향요인으로 나타났다. 환경적 요인에서는 남학생의 경우 어머니 학력이 영향요인에서 제외되었고, 여학생의 경우 우울증 영향요인과 달리 거주 지역이 자살사고 영향요인으로 나타났고, 어머니 학력은 역시나 영향요인에서 제외되었다.

본 연구는 청소년건강행태온라인조사를 이용하여 우울증과 자살사고의 영향요인을 확인함으로써 청소년 정신건강을 위한 방안을 개인적, 사회적, 환경적 접근으로 제안하였다는 점에 연구적 의의를 둘 수 있겠다. 하지만 이차분석이기 때문에 개인적, 사회적, 환경적 요인에 부합하는 충분한 변수를 포함하지 못하였으므로 본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 청소년의 우울증과 자살사고에 영향을 미치는 개인적, 사회적, 환경적 요인을 확대하여 보다 포괄적인 탐색적 조사연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 개인적, 사회적, 환경적 요인별로 위험요인을 통합하여 정책마련을 위한 제언으로 기술하였지만 향후에는 청소년, 가족, 학교, 지역 등으로 개인을 포함한 집단수준을 계층화하여 다수준 분석(multilevel analysis)을 함으로써 여러 모형에 대한 검증연구가 필요하다.

## REFERENCES

1. Ryoo KY, Shin YK, Eun BL, Park SH, Tocko YC. Adolescent depression in a provincial city. *Journal of Korean Pediatric Society*. 2000;43:172-187.
2. Svetcic J, Leo DD. The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*. 2012;4(2);73-78. doi: 10.4081/mi.2012.e15
3. Statistics Korea. Cause of death [internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2014 [cited 2016 October 28]. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>.
4. World Health Organization. World suicide prevention day 2012 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2016 October 15]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/) Accessed 16.6.2012.
5. American Association of Suicidology. Depression and suicide risk [Internet]. USA: American Association of Suicidology; 2014 [cited 2016 October 25]. Available from: <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2011/DepressionSuicide2014.pdf>.
6. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 2012;379(9826);1641-1652. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4).
7. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. *The Lancet*. 2012;379(9826):1567-1568. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60407-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60407-3).
8. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1979. p. 15-96.

9. Park EO. The influencing factors on suicide attempt among adolescents in South Korea. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2008;38(3):465-473.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.465>
10. Jeon GS, Park SY, Cho SH. Gender differences in correlations of depression and suicidal ideation among Korean Adolescents. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2012;6(4):295-308. <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2012.6.4.295>
11. Yoo JS, Son JW, Nam MS. Factors influencing suicide ideation among adolescents. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2008;19(3):419-430.  
<http://jkachn.org/DOIx.php?id=10.12799/jkachn.2008.19.3.419>
12. World Health Organization. Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva: World Health Organization; 2012 August.
13. Yoo YS, Cho OH, Cha KS. Association between overuse of the internet and mental health in adolescents. *Nursing and health Sciences*. 2013;16(2):193-200.  
<http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12086>
14. Center for Disease and Prevention. Youth Health Risk Behavior Web-Based Surveillance [internet]. Seoul: Center for Disease and Prevention; 2016 [cited 2016 October 02]. Available from: <http://yhs.cdc.go.kr>
15. National Center for Injury Prevention and Control. Web-based injury statistics query and reporting system [Internet]. USA: National Center for Injury Prevention and Control; 2013 [cited 2016 October 28]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report(Surveillance Summaries)*. 2016;65(6):1-174.
17. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:486-492.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
18. Hawton K. Sex and suicide. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177:484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
19. Ahn DH. Mental disorders in adolescent. *Journal of Korean Medical Association*. 2009;52(8):745-757.  
<https://doi.org/10.5124/jkma.2009.52.8.745>
20. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*. 2000;90(2):251-257.
21. Lee BK, Yi YJ. Smoking, physical activity, and eating habits among adolescents. *Western Journal of Nursing Research*. 2014;38(1):27-42.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0193945914544335>
22. Ellis TE, Rutherford B. Cognition and suicide: two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008;1(1):47-68. <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.47>
23. Lee JE, Choi DW, Lim JH. Construction of a structural model about middle school student's anger, depression and suicidal ideation. *Journal of Korean Society of School Health*. 2013;26(2):72-80.
24. Smith JM, Alloy LB, Abramson LY. Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(4):443-454.  
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.443>
25. Park HS. Effects of core competency support program on depression and suicidal ideation for adolescent. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2009;39(6):851-859.  
<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2009.39.6.851>
26. Ryu SY. An exploratory study of the relationship between adolescent part-time work experience and behavioral adjustments. *Studies on Korean Youth*. 2005;16(1):255-282.
27. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young People's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4(3):Supplement. <http://www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf>
28. Han SM. The effects of suicide ideation on suicide reports of mass media and social support in college students. *Journal of Korean Society of School Health*. 2012;265(1):133-142.
29. Park DH, Jang SN. Influence of parental socioeconomic status on stress, depression and suicidal ideation among Korean adolescents. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2013;14(6):2664-2676.  
<http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.6.2667>
30. Song SJ. The protective factors of family structure on child depression: focusing on parental emotional support and community support. *Studies on Korean Youth*. 2014;25(1):107-127.  
<http://dx.doi.org/10.14816/sky.2014.02.72.107>