

10대 청소년의 정신건강 실태조사

최정원 · 문호영 · 전진아 · 박용천



10대 청소년의 정신건강 실태조사

저 자 최정원, 문호영, 전진아, 박용천

연구진 연구책임자_최정원(한국청소년정책연구원 연구위원)
공동연구원_문호영(한국청소년정책연구원 연구위원)
_전진아(한국보건사회연구원 연구위원)
_박용천(고려대학교 KU마음건강연구소 연구교수)
연구보조원_구본호(한국청소년정책연구원 연구사업운영원)



한국청소년정책연구원
National Youth Policy Institute

보고서를 펴내며

매해 새로운 주제로 새로운 사람들과 함께 새로운 연구를 하지만 한 권의 보고서가 편찬될 즈음 나는 한 가지 변치 않는 가치의 중요성을 새삼 확인하게 된다. 바로 함께 연구하는 사람들이 연구와 서로에게 보여주는 진심과 책임감이다. 연구가 쉽고 재밌게만 진행되면 좋겠지만 현실은 녹록지 않다. 연구 과정에서 크고 작은 시행착오와 난관은 으레 반복되고 그럴 때마다 함께 연구하는 사람들은 다양한 대안을 함께 고민하며 문제를 해결할 수밖에 없다. 연구자가 연구는 물론 다른 연구자에게 갖는 마음가짐과 책임감이 중요한 이유가 바로 여기에 있는 것이 아닐까? 그런 의미에서 연구를 기획하고 보고서를 편찬하기까지 진정성과 책임을 다해 연구를 함께 해 주신 전진아 박사님, 박용천 교수님, 성유리 박사님, 박영옥 센터장님, 구본호 선생님, 그리고 문호영 박사님께 감사의 말씀과 마음을 전해드리고 싶다. 분망 속에서도 각자의 소임과 협업에 정성을 다해주신 이분들이 계셨기에 연구가 가능했다.

끝으로, 고양시아동청소년정신건강복지센터의 전수완 상임팀장님, 성남시 소아청소년정신건강복지센터의 노남훈 상임팀장님, 한국생명존중희망재단의 박소윤 주임님, 한국청소년상담복지개발원의 김미정 부장님과 차민아 선생님 등 연구에 도움을 주신 모든 분께도 이 글을 빌려 감사의 마음과 말씀을 전해드리고 싶다.

2021년 12월 연구실에서
연구책임자 최정원

연구요약

1. 연구목적

- 본 연구는 기초과제로서 학교 안팎의 10대 청소년이 직면하고 있는 정신건강의 현황, 청소년 정신건강에 유의한 영향력을 미치는 보호 및 위험 요인, 주요 정신건강 서비스에 대한 청소년의 인지와 경험 실태, 그리고 청소년 정신건강 관련 정부 정책과 사업 등에 대한 기초자료를 수집 및 제공하는 데 목적을 두고 있음.

2. 연구내용과 방법

- 청소년기의 생물학적, 인지적, 그리고 정서적 발달 특징에 대한 문헌 리뷰:
 - 인간의 생애주기에서 청소년기를 특징짓는 주요 생물학적, 인지적, 그리고 정서적 발달 특성에 대한 문헌 리뷰를 통해 청소년기의 발달 속성이 정신건강에 미치는 영향력을 고찰하고 이를 통해 청소년 정신건강에 대한 이론적 이해를 제고.
- 청소년기의 주요 정신건강 문제와 영향요인 탐색을 위한 문헌 리뷰와 네트워크 분석:
 - 청소년 정신건강 문제를 실증적으로 다룬 선행연구에 대한 리뷰를 통해 청소년 정신건강에 대한 지난 10년간의 연구 동향을 분석하고 네트워크 분석을 활용해 선행연구에서 다뤄진 다양한 정신건강 문제와 이에 유의하게 작용한 보호 및 위험 요인을 범주화함으로써 청소년 정신건강에 대한 경험론적 이해를 제고.

- 전문가 자문 및 의견조사, 문헌 리뷰를 통한 청소년 정신건강 증진 지원체제의 현황과 문제점 그리고 대안 분석:
 - 문헌 리뷰를 통해 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등 중앙부처가 공공영역에서 운영 중인 다양한 청소년 정신건강 증진 서비스 현황을 살펴보고 공무원, 연구원, 그리고 학계와 현장 전문가 집단이 참여한 자문 및 의견조사를 통해 해당 서비스들의 문제점 (서비스 대상, 서비스 연계와 접근성, 서비스 내용 등)과 개선방안을 고찰함.
- 전국 초중고의 학생 청소년과 학교 밖 청소년을 대상으로 한 자기기입식 정신건강 설문 조사:
 - 전국 17개 시도의 초등학교 4~6학년 2,039명(1,997명), 중학교 1~3학년 1,948명(1,959명), 고등학교 1~3학년 1,950명(1,982명) 등 학생 청소년 5,937명¹⁾과 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년을 대상으로 청소년기의 주요 정신건강 문제(ADHD, 자해, 불안, 우울, 자살, 스트레스, 신체화, COVID-19에 의한 외상성 고통 등)에 대한 노출 실태, 정신건강 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태, 그리고 주요 정신건강 서비스에 대한 인지와 경험 실태 등을 자기기입식 설문으로 조사하여 청소년 정신건강에 대한 방대한 기초자료를 수집함.
- 연구 결과를 토대로 10대 청소년의 정신건강 증진 관련 정책목표와 과제 도출:
 - 정책 평가와 수립을 목적으로 하는 정책과제와 달리 본 연구는 기초과제로 타당화와 표준화를 거친 임상 척도를 이용해 국내 10대 청소년의 정신건강 실태를 체계적으로 가늠할 수 있는 미증유의 대규모 기초자료를 구축 및 분석함으로써 소기의 목적과 성과를 달성함. 다만, 추후 10대 청소년의 정신건강 보호와 증진을 위한 공공 정책 수립에 이바지하고자 본 연구에서 수행된 일련의 문헌 리뷰, 전문가 자문과 의견조사, 실태조사로부터 도출된 정책시사점을 기반으로 주요 정책목표와 과제를 도출함.

1) 괄호 안 수치는 가중치를 적용했을 때 집계되는 표본 규모임.

3. 주요 결과

1) 청소년과 정신건강

(1) 청소년기 발달 특성과 정신건강

- ❖ 청소년기의 전형성으로 인식되는 질풍노도 개념이 청소년 정신건강에 대한 올바른 이해와 유연한 대응에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 청소년기의 발달에 영향을 미치는 다양한 요인들의 유기적인 작용과 정신건강과의 관련성에 대한 통합적인 이해가 필요함.
- ❖ 사춘기에는 신체 성장과 더불어 성적 성숙에서도 큰 변화가 나타나는데 사춘기의 시작과 경과를 개인의 사회경제적 환경에 의해 큰 편차를 보이며 이는 스트레스 증가, 반사회적 행동, 낮은 삶의 만족도 등 성인기 이후의 정신건강에도 영향을 미침.
- ❖ 청소년기는 복잡한 사고 능력이 향상되고 자신과 세상에 대한 이해와 해석이 변화하며 이 과정에서 청소년기의 자기중심적 인지 왜곡의 특성은 인지 발달의 성숙도에 따라 효과적 판단 혹은 비이성적 충동성으로 나타날 수 있음.
- ❖ 청소년기는 자신의 능력을 탐색하고 사회적 기대에 부응할 수 있는 성숙한 정체성을 찾아가며 자존감을 형성하게 되며 이 시기의 자존감은 사회적 관계와 개인의 생활 적응도에 매우 큰 영향을 미침.
- ❖ 청소년기의 정서 발달은 정서 강도와 빈도가 증가하며 이는 사회적 반응성의 기제로 작용할 수 있지만, 경험하고 있는 정서에 대한 적절한 인지적 평가와 정서 표현을 유지하는 정서 조절 능력이 부족한 경우 우울증, 불안과 같이 정신건강의 불안정성을 증가시킬 수도 있음.

(2) 청소년 정신건강의 연구 동향과 네트워크 분석

- ❁ 10대 청소년의 정신건강을 확인한 연구논문 231편을 대상으로 32개 유형의 정신건강 문제와 관련 81개 보호 및 위험 요인을 도출함.
- ❁ 동향 분석 및 네트워크 분석 결과, 학계에서 가장 활발하게 연구가 이뤄진 주요 정신건강 요인은 신체화, 불안, 우울, 자살 및 자해, 스트레스임.
- ❁ 전문가 자문을 통해 청소년의 주요 정신건강 문제로 지적되는 ADHD를 추가하여 여섯 증상을 최종적으로 주요 정신건강 문제로 선별함.
- ❁ 복합적으로 주요 정신건강 문제를 설명하는(중심성이 가장 높은) 보호 및 위험 요인은 교육 및 프로그램 경험, 부정적 신체인식, 인터넷이나 게임, 스마트폰 사용 행태, 학교폭력, 부모 양육 태도, 부모(가족) 관계, 자아존중감임.
- ❁ 그러나 우울과 불안 등의 정신건강 문제는 부모의 양육 태도, 부모 관계, 부모 지지와 같은 부모의 관계 및 지지 영역과 높은 중심성을 보였고, 자살 및 자해 정신건강 문제는 비행이나 외상 영역과 높은 중심성을 보이는 등 각 주요 정신건강 문제와 연결 중심성이 높은 보호 및 위험 요인에는 차이가 존재함.
- ❁ 따라서 주요 정신건강 문제와 전반적으로 높은 중심성을 나타낸 부모 양육 태도, 부모(가족) 관계, 사회 지지, 인터넷(스마트폰) 사용 행태, 부모 학대, 부모 방임, 성폭력, 비행, 부정적 신체인식, 자아존중감, 학교 적응, 학업 성취도, 진로 문제, 건강(수면 행태, 신체 질환, 식습관 등), 다문화 배경, 사회경제적 수준, 부모교육수준, 가족 형태 변인을 청소년의 정신건강에 주요한 영향을 미치는 요인으로 선정함.

2) 10대 청소년의 정신건강 실태조사

(1) 주요 정신건강 문제에 대한 노출 실태

- ❖ 학생 청소년을 연구한 결과, 학생 청소년 10명 중 적어도 1명은 우울, 불안, 그리고 자살 위험성 등에서 경도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 드러남. 부연하면 학생 청소년의 17.4%와 13.0%가 각각 경도 이상의 우울과 불안 증상에 노출돼 있었고, 16.4%는 자살 위험성을 보여줌.
- ❖ 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 여자 학생 청소년이 남자 학생 청소년보다 높은 수준의 증증도를 보여줌.
- ❖ 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 학교급이 높아질수록 증증도가 유의하게 증가함.
- ❖ 학교 밖 청소년을 분석한 결과, 학교 밖 청소년 10명 중 적어도 3명은 우울, 불안, 그리고 자살 등에서 경도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 드러남. 부연하면 학교 밖 청소년 중 35.0%가 경도 이상의 우울 증상에, 29.0%가 경도 이상의 불안 증상에, 그리고 36.8%가 자살 위험에 노출돼 있었음.
- ❖ 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 여자 학교 밖 청소년이 남자 학교 밖 청소년과 비교해 더 높은 수준의 증증도를 보여줌.
- ❖ 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 나이가 많은 학교 밖 청소년(고등학생 연령대)이 그렇지 않은 학교 밖 청소년(초중학생 연령대)보다 더 높은 증증도를 보여줌.

- ❖ 모든 유형에 정신건강 문제에서 학교 밖 청소년의 증증도가 학생 청소년의 증증도에 비해 유의하게 높았음. 특히 우울, 불안, 그리고 자살 위험성의 경우 정도 이상의 증증도에 해당하는 학교 밖 청소년의 비율이 학생 청소년 대비 2배 이상 높았음.

(2) 정신건강 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태

- ❖ 부모의 긍정적인 양육 태도에 대한 인식 수준은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타나지만, 부정적 양육 태도와 방임, 학대에 대한 인식 수준은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 상대적으로 높게 나타남.
- ❖ 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 긍정적으로 평가함.
- ❖ 자신의 체형에 대해서는 학생 청소년의 19.6%, 학교 밖 청소년의 14.8%가 실제보다 마른 편으로 평가하는 과소인지로, 그리고 학생 청소년의 18.3%, 학교 밖 청소년의 19.4%가 실제보다 썩 편으로 평가하는 과대인지로 확인됨.
- ❖ 하루 평균 수면시간은 학교 밖 청소년(평균 7.57시간)이 학생 청소년(평균 7.25시간)보다 다소 많은 것으로 보고됨. 한편, 수면의 질과 관계있는 수면 충족 정도는 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타났지만, 모두 4점 척도를 기준으로 평균 3점(충분한 편이다)을 밑돌음.
- ❖ 학교 밖 청소년의 경우 전체 응답자의 과반수가, 학생 청소년의 경우 30% 정도가 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는다고 보고함.
- ❖ 7가지의 비행 유형(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 6.0%, 학교 밖 청소년이 35.2%로 나타남. 그리고 7가지 폭력 유형(조롱, 따돌림,

폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱) 중 한 가지 이상의 가해 경험이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 4.0%, 학교 밖 청소년이 6.6%였으며, 피해 경험이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 5.8%, 학교 밖 청소년이 11.7%로 확인됨.

(3) 주요 정신건강 서비스에 대한 인지와 경험 실태

- ❖ 사람들의 정신건강 서비스 이용을 어렵게 하는 장애요인에 대해 살펴본 결과, 학생 청소년은 타인의 시선을, 학교 밖 청소년은 비용 문제를 가장 우선으로 꼽음.
- ❖ 정신건강에 문제가 생겼을 때 학생 청소년은 부모님(보호자)과 상의(상담)할 의향이, 학교 밖 청소년은 정신과 의사와 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타남. 다만, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 제시된 사람들과 상의(상담)할 의향이 대체로 높지 않은 것으로 확인됨.
- ❖ 선호하는 상담 방식은 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 '직접 만나서 하는 1:1 개인상담'에 대한 응답 비율이 높게 나타났으며, 전반적으로 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 조사됨.
- ❖ 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 비율은 학생 청소년의 경우 11.5%~67.2%, 학교 밖 청소년의 경우 9.3%~78.7%로 나타났으며, 기관(서비스)별로 차이가 있지만 대체로 인지도가 높지 않은 것으로 확인됨.

(4) 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간의 상관성에 대한 실증분석

- ❖ 학생 청소년의 ADHD 문제를 개선하는 데 유의하게 작용한 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학교 적응, 성적, 나이, 자아존중감 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용량과 가해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학습 목적의 매체 이용량, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 가해 경험 등은 위험 요인으로 작용함.
- ❖ 학생 청소년의 자해 위험성을 낮추는 데 유의하게 작용한 주요 보호 요인으로는 긍정적 가족관계, 자아존중감, 양호한 건강 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용량, 비행과 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 자아존중감과 양호한 건강 등이, 반대로 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등은 위험 요인으로 작용함.
- ❖ 학생 청소년의 신체화 증상을 완화하는 보호 요인에는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 사회 지지, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 규칙적이고 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 가정 형편 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용, 비행과 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 부모의 동거 등이, 반대로 학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등은 위험 요인으로 작용함.

❖ 학생 청소년의 우울 증상을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 사회 지지와 가족관계, 학업 성적, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 나이, 가족과의 동거, 부모의 동거, 그리고 가정 형편 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용, 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 부모의 동거 등이, 반대로 비행 및 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함.

❖ 학생 청소년의 불안 증상을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 사회 지지, 학업 성적, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 가족과의 동거, 부모의 동거 등이, 반대로 학습과 비학습 목적의 매체 이용, 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 가정 형편 등이, 반대로 학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등은 위험 요인으로 작용함.

❖ 학생 청소년의 자살 위험을 낮추는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 가족관계와 사회 지지, 학업 성적, 자아존중감, 양호한 건강, 나이, 가족과의 동거, 부모의 동거 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용 성향, 비행 및 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 그리고 양호한 건강 등이 있어. 반대로 비학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등은 위험 요인으로 작용함.

❖ 학생 청소년의 스트레스를 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 사회 지지, 학교 적응, 학업 성적에 대한 만족과 좋은 성적, 학습 목적의 매체 이용, 신체에 대한 정상인지, 자아존중감, 피로회복을 위한 충분한 수면시간, 양호한 건강, 영양가 있는 식단, 연령, 그리고 가족과의 동거 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용, 폭력 피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로회복을 위한 충분한 수면시간 확보, 그리고 양호한 건강 등이, 반대로 비학습 목적의 매체 이용량은 위험 요인으로 작용함.

❖ COVID-19로 인한 외상성 고통에 대한 학생 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학업 성적에 대한 만족, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로회복을 위한 수면시간 확보, 양호한 건강, 영양가 있고 규칙적인 식사, 나이, 부모의 동거, 그리고 가정 형편 등이, 반대로, 비학습 목적의 매체 이용, 비행 및 폭력 가·피해 경험 등은 위험 요인으로 작용함. 학교 밖 청소년의 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로회복을 위한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 가정 형편(중간) 등이 있음.

❖ 종합하면 학생 청소년의 경우 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로는 자아존중감, 양호한 건강 상태(신체적 질병이나 장애가 없으며 평소 양호한 건강 상태를 유지)와 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 나이 등이 있었으며 이 가운데 특히 자아존중감은 ADHD의 경우를 제외한 여타 정신건강 문제에서 가장 큰 표준화 계수를 일관되게 보여줘 정신건강 문제를 개선하는 데 있어 가장 중요한 보호 요인으로 작용함. 반대로 비학습 목적의 매체 이용, 폭력 피해 경험 등은 정신건강 문제를 일관되게 악화시킨.

- ❖ 종합하면 학교 밖 청소년의 경우 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로서는 자아존중감, 양호한 건강 상태(평소 양호한 건강 상태를 유지함)와 건전한 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면시간의 확보), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도 등이 있었으며 이 가운데 특히 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 자아존중감은 최상위 또는 차상위의 표준화 계수를 보여줘 정신건강 문제의 가장 중요한 보호 요인으로 작용함. 반대로 비합습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험 등은 정신건강 문제를 일관되게 악화시킴.

3) 10대 청소년의 정신건강 증진 서비스 지원 체계 분석

- ❖ 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등에서 운영되고 있는 청소년 정신건강 증진사업의 현황을 개관하고 전문가 의견조사(공무원, 연구원, 그리고 학계와 현장 전문가 등이 참여)를 통해 해당 사업의 문제점과 이에 대한 대안을 모색함.
- ❖ 교육부와 교육청의 대표 청소년 정신건강 증진 지원체계는 교육부의 학생정신건강지원센터와 청소년모바일상담센터, 병원학교, 교육청의 Wee사업 등임. 또한, 교육부는 학생 정서·행동 특성 검사를 모든 초등학교 1, 4학년, 중고등학교 1학년(고등 기술학교, 특수학교 포함)에게 실시해 학생 청소년의 문제적 정서와 행동 특성을 파악함.
- ❖ 교육부와 교육청 사업은 학교에 다니는 학생을 대상으로 학교 내 물리적 공간을 적극적으로 활용하면서 정신건강 증진사업을 진행하고 있으나 여전히 인프라가 부족함. 현재 전문상담(교)사의 교내 배치 수준을 고려해 볼 때, 고위험군 학생을 대상으로 서비스를 충분히 제공하는 것 역시 어려움.

❖ 여성가족부의 청소년 정신건강 증진사업의 대상은 학생과 학교 밖 청소년을 모두 포괄함. 청소년상담복지센터, 1388 청소년 상담 채널, 꿈드림 센터, 국립중앙청소년디딤센터 등이 대표 지원채널임. 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 학업 성적, 진로 고민, 대인 관계 등 청소년이 경험하는 다양한 심리적 및 정서적 어려움에 대한 상담을 제공하고 있다는 특징을 보여줌.

❖ 그러나 여성가족부의 인프라는 지역사회에 위치하기 때문에 청소년상담복지센터가 어떤 곳인지, 어떤 서비스를 제공하는지에 대해 잘 알지 못하면 이용하기가 어려운 제약이 있음. 또한, 실제로 정신건강 문제로 인해 치료해야 하는 고위기 학생에 대한 개입은 여성가족부 운영사업으로 진행하기에 제한적임. 청소년상담복지센터의 경우 시군구당 1개소씩 설치되어 있기는 하지만, 인력과 예산이 부족해서 상담 서비스를 해야 하는 청소년을 대상으로 충분히 서비스를 제공할 수 없는 구조임.

❖ 보건복지부의 정신건강정책국은 한국의 정신건강 정책을 총괄하는 곳으로 전국 기초 지자체에 정신건강복지센터를 설립하여 정신건강 증진 서비스를 제공하고 있음. 기초 지자체에 설치되어 있는 정신건강복지센터는 지역주민 모두의 정신건강 증진을 위한 사업을 운영하고 있으나 일부 센터의 경우 아동·청소년 정신건강 증진팀이 설치돼 있어 아동과 청소년에 특화된 서비스가 제공되고 있음.

❖ 보건복지부는 정신건강복지센터 외에도 정신질환을 앓고 있는 아동과 청소년을 대상으로 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 ‘아동·청소년 정신건강 지원시설’을 운영함. 이 시설은 정신질환자의 재활을 돕는 정신 재활시설(아이존, 푸른존)에 해당함.

❖ 그러나 정신건강복지센터의 경우 청소년에 타깃화된 사업이 아닌 전체 연령을 대상으로 하므로 다양한 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 데 한계가 있음. 청소년 전담 인력도 부족하다 보니 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 정신건강복지센터로 연계하는 것이 현실적으로 어려움. 또한, 청소년이 경험하는 다양한 유형의 정신건강 문제를 아우르지 못하는 한계가 있음.

❖ 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원은 산하 위탁집행형 준정부 기관인 한국지능정보사회진흥원에서 운영하는 스마트쉼센터를 통해 이루어짐. 현재 광역지자체 단위로 총 18개의 센터가 운영됨. 과학기술정보 통신부의 청소년 정신건강 증진 지원체계는 명시적으로 스마트폰 과다 사용으로 인한 어려움을 겪는 10대 청소년 전체를 대상으로 운영되고 있으므로 청소년 대상을 포괄적으로 아우르고 있음.

❖ 그러나 스마트쉼센터의 경우, 본인이나 가족이 인터넷이나 스마트폰 과의존 문제가 있다고 인식하고 서비스를 의뢰해 오는 경우에만 서비스를 제공하므로 소극적인 대상자 발굴 및 개입이 이루어지고 있음. 또한, 스마트쉼센터의 사업이 예방 및 건전 사용 촉진에 치우치다 보니 치유, 개입, 치료에 대한 서비스는 제한적이고 실무적인 치유와 개입은 여성가족부의 청소년상담복지센터로 연계되고 있음.

❖ 사행산업통합감독위원회의 한국도박문제관리센터는 학교 교육 기관과 연계해 청소년 대상의 도박중독 예방 교육, 청소년 도박중독에 관한 조사 및 연구 등을 수행함. 전국 15개 지자체에서 운영되고 있으며 도박중독 예방 교육에는 대상에 따라 특화된 교육 콘텐츠가 이용됨. 그러나 센터는 청소년 특화 인프라로 보기 어려우며 당사자와 보호자, 학교로부터 신청되고 의뢰된 때에만 서비스가 제공되고 있음.

- ❖ 종합하면 중앙 단위에서 운영되는 여러 청소년 정신건강 증진 지원 사업의 물리적 접근성이 오랜 기간 개선되어 온 것은 사실이나 물리적 접근성, 인력 부족, 전문 역량 부족 문제는 여전히 존재함.
- ❖ 또한 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 적극적인 대상자 발굴을 통한 개입이라기보다 청소년 당사자와 가족, 교사의 자발적 의지 없이는 이용하기 어려운 구조로 서비스가 설계돼 있어 소극적 개입이 불가피함.
- ❖ 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업은 보편적인 청소년을 대상으로 예방적 교육이나 개입을 진행하기보다 고위험군 청소년 중심으로 서비스를 제공함. 더욱이 청소년 정신건강 증진 지원 사업은 주로 상담 중심이므로 정신건강 고위험군인 청소년에게 충분하고 효과적인 서비스가 되기에 역부족임.
- ❖ 기관 간 서비스가 분절적이고 단편적으로 구성돼 원활한 연계를 기대하기 어려우며 정신건강 서비스 이용에 대한 청소년 당사자의 심리적 제약이 장애로 작용함.

4. 정책제언

- ❖ 본 연구는 우리나라 10대 청소년의 정신건강 현황을 실증적으로 탐색하고 문제점에 대한 증거기반의 대안을 제시하고자 관련 선행연구에 대한 체계적 고찰과 네트워크 분석, 건강보험심사평가원의 보건 의료 빅데이터를 이용한 10대 청소년의 정신 및 행동장애 진료 추이 분석, 학교 안팎의 10대 청소년을 전국 단위에서 표집한 대규모 실태조사, 그리고 청소년 정신건강 관련 공무원, 학계 및 현장 전문가 집단을 대상으로 자문과 의견조사 등을 실시함.

- ❖ 이를 통해 본 연구는 청소년 정신건강의 보호와 증진에 이바지할 수 있는 3개 정책목표와 11개 정책과제를 도출함.



청소년 정신건강의 보호와 증진을 위한 3개 정책목표와 11개 정책과제

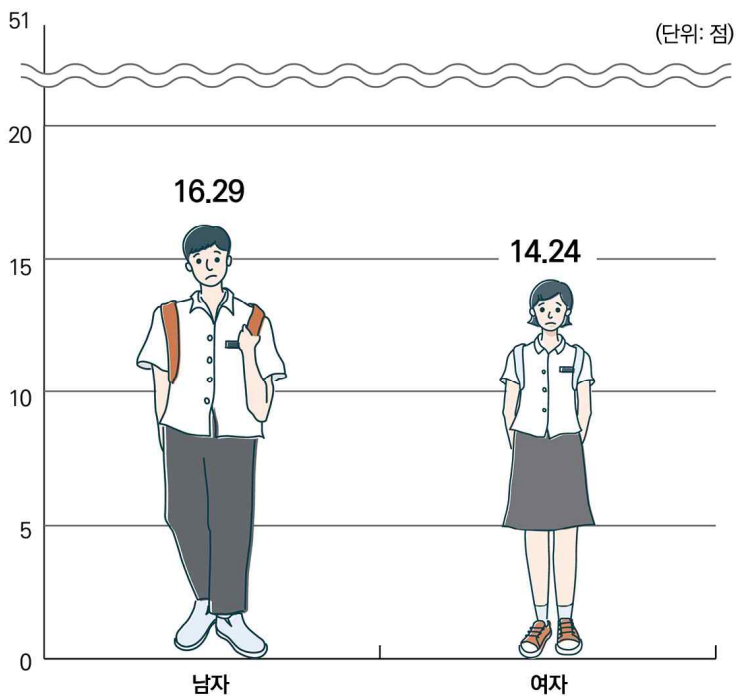
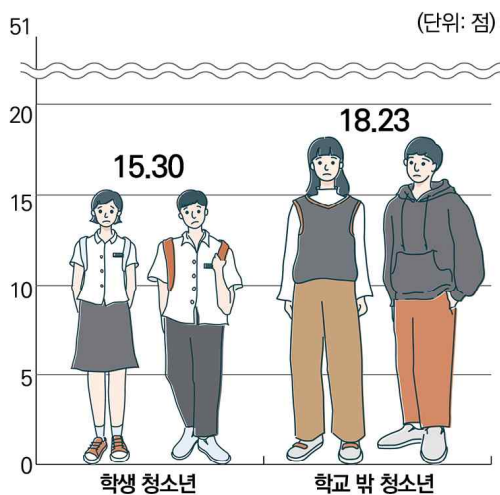
5. 그림으로 보는 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 실태

1

주의력결핍 과잉행동장애 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)

- 학생 청소년의 ADHD 평균 점수는 15.30($n=5,937$, $SD=10.42$), 학교 밖 청소년의 ADHD 평균 점수는 18.23($n=752$, $SD=12.27$)으로 후자가 전자보다 높아. 두 집단의 평균 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 또한, 학생 청소년의 경우 성별에 따른 ADHD 평균 점수가 유의하게 달라져. 남자 청소년의 평균 점수는 16.29($n=3,077$, $SD=10.99$), 여자 청소년의 평균 점수는 14.24($n=2,860$, $SD=9.65$)로 남자 학생 청소년이 여자 학생 청소년과 비교해 ADHD 문제에 더 많이 노출돼.

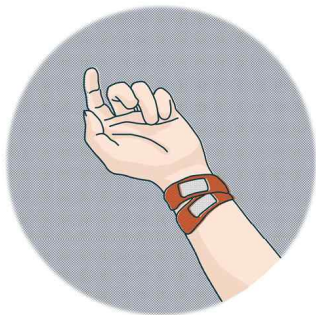
주의력결핍 과잉행동장애



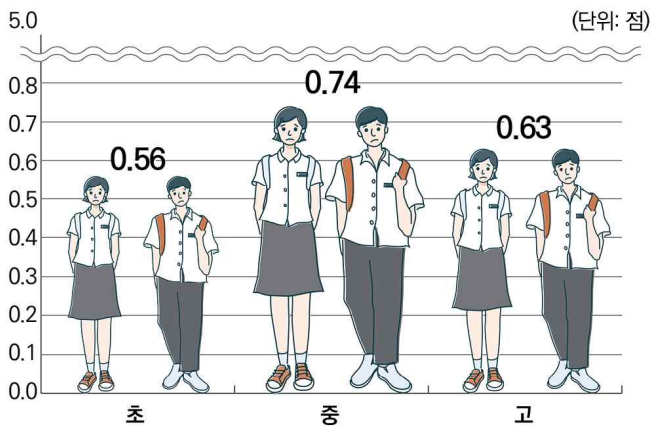
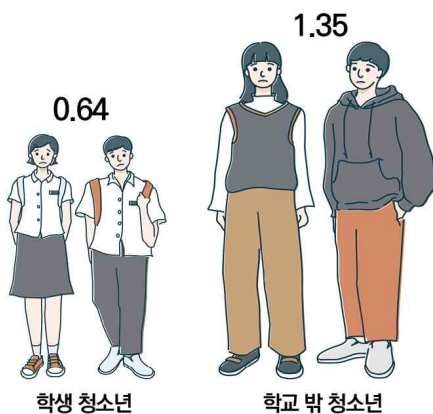
- 학생 청소년의 자해 행동 평균 점수는 .64($n=5,937$, $SD=1.35$), 학교 밖 청소년의 경우 1.35($n=752$, $SD=1.86$)로 후자의 자해 행동 위험이 2배 이상 높아. 두 집단의 평균 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 또한, 학생 청소년의 경우 학교급에 따른 자해 행동의 위험이 유의하게 달라. 초중고 학생 청소년 간의 집단 비교 결과 중학교 학생의 자해 행동 평균 점수(.74)가 초등학교 학생의 자해 행동 점수(.56)보다 유의하게 높아.
- 학교 밖 청소년의 경우 성별과 연령에 따른 자해 행동의 위험이 유의하게 달라져. 남자 학교 밖 청소년(1.03)보다는 여자 학교 밖 청소년(1.53)의 자해 행동 위험이 컸고, 나이가 많은 학교 밖 청소년(고)일수록 나이가 어린 학교 밖 청소년(초중)과 비교해 자해 행동의 위험이 커²⁾.

2) 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

자해 행동

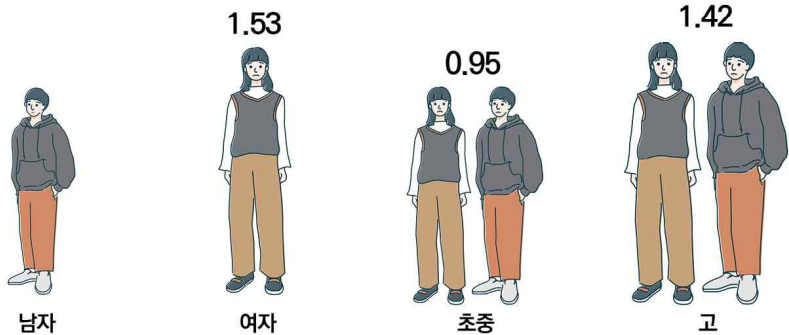


(단위: 점)



(단위: 점)

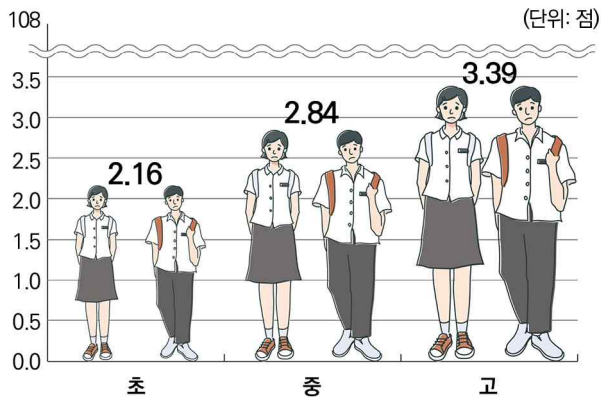
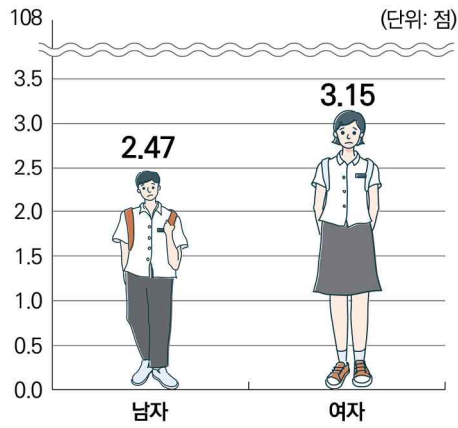
(단위: 점)



- 학생 청소년의 신체화 평균 점수는 2.80($n=5,937$, $SD=5.18$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 5.14($n=752$, $SD=7.83$)로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 높게 나타나. 두 집단의 평균 차이는 연령을 공변량으로 통제하지 않거나 통제된 상태에서 모두 유의하게 나타나.
- 학생 청소년의 경우 성별에 따라 신체화 증상에 대한 노출 정도가 유의하게 달라. 남자 학생 청소년의 평균은 2.47($n=3077$, $SD=5.21$), 여자 학생 청소년의 평균은 3.15($n=2860$, $SD=5.13$)로, 후자가 전자보다 유의하게 높아.
- 또한, 학생 청소년의 경우 학교급에 따라서도 신체화 증상의 중증도가 유의하게 달라. 고등학생(3.39) > 중학생(2.84) > 초등학교(2.16) 순으로 신체화 증상의 평균 점수가 낮아져.

신체화 증상

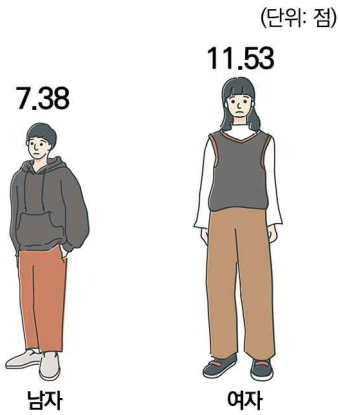
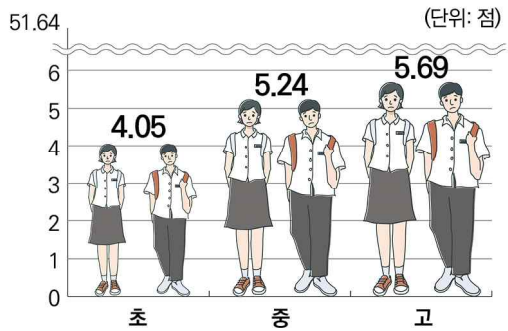
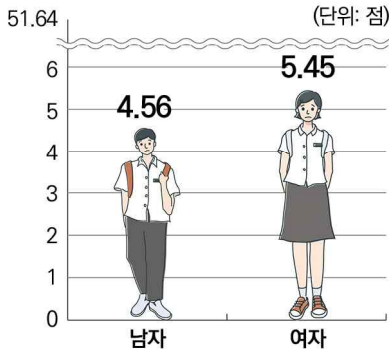
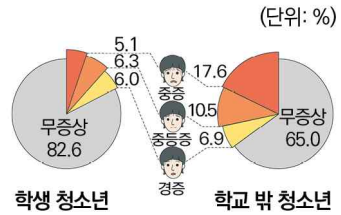
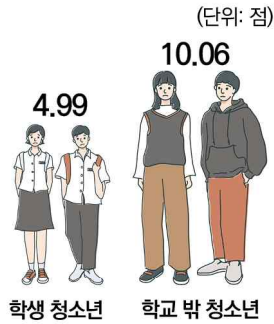
(단위: 점)



- 학생 청소년의 평균 우울 점수는 4.99($n=5,937$, $SD=7.71$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 10.06($n=752$, $SD=12.61$)으로, 후자가 전자보다 2배 이상의 우울 증상에 노출된 것으로 나타나. 두 집단의 평균 점수 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 우울 증상의 중증도에 따른 분포 비율을 비교하면 중등증과 중증 수준의 우울 증상을 경험하는 학생 청소년은 각각 6.3%와 5.1%인데 반해 학교 밖 청소년은 각각 10.5%와 17.6%로 전자의 비율을 크게 상회해.
- 또한, 학생 청소년의 경우 성별과 학교급에 따른 우울 증상의 중증도 차이가 유의해. 여학생이 남학생보다, 중고등학생이 초등학생보다 더 높은 수준의 우울 증상을 경험하고 있어.
- 마찬가지로 학교 밖 청소년도 성별과 연령대에 따라 우울 증상의 중증도가 유의하게 달라. 여자 청소년이 남자보다, 고등학생 연령대의 학교 밖 청소년(고)이 초중학생 연령대의 학교 밖 청소년(초중)보다 더 높은 수준의 우울 증상을 경험하고 있어³⁾.

3) 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

우울 증상

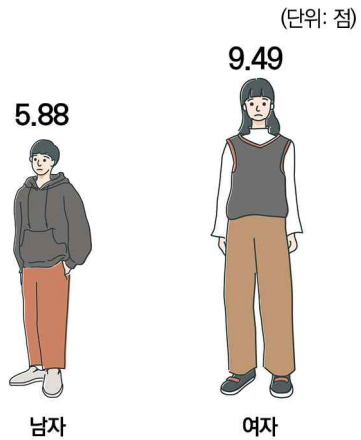
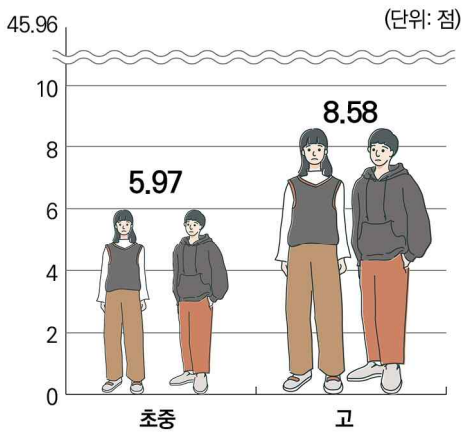
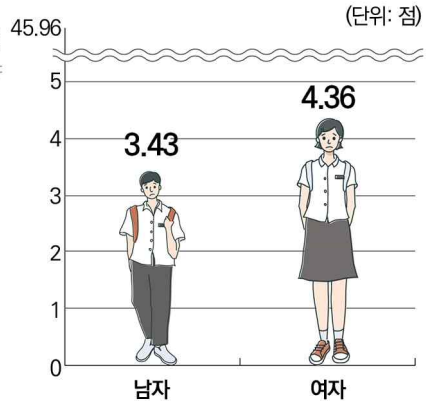
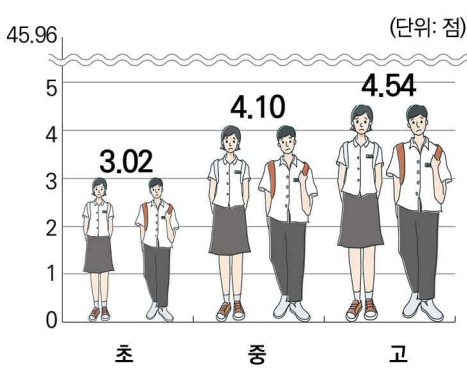
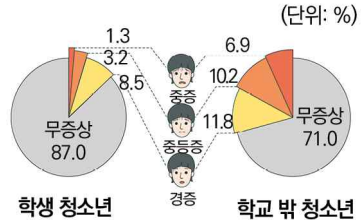
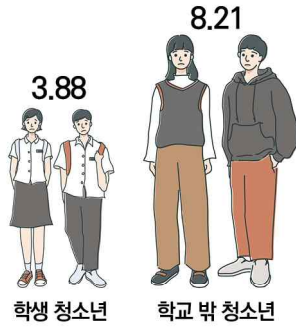


- 학생 청소년의 평균 불안 점수는 3.88($n=5,937$, $SD=6.75$), 학교 밖 청소년은 8.21($n=752$, $SD=11.27$)로, 후자가 전자보다 2배 이상 높아. 두 집단의 평균 점수 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 불안 증상의 중증도에 따른 분포 비율을 비교하면 무증상에 해당하는 학생 청소년의 비율은 87%인데 비해 학교 밖 청소년은 71%에 불과해. 반면 중등증과 중증에 해당하는 학생 청소년의 비율은 각각 3.2%와 1.3%, 학교 밖 청소년의 경우 각각 10.2%와 6.9%로 전자 대비 후자의 중등증 비율은 3배, 중증은 5배나 높아.
- 또한, 학생 청소년의 경우 성별과 학교급에 따른 불안 증상의 중증도 차이가 유의해. 여학생이 남학생보다, 중고등학생이 초등학생보다 더 높은 수준의 우울 증상을 경험하고 있어.
- 마찬가지로 학교 밖 청소년도 성별과 연령대에 따라 불안 증상의 중증도가 유의하게 달라. 여자가 남자보다, 고등학생 연령대의 청소년(고)이 초중학생 연령대의 청소년(초중)보다 더 높은 수준의 우울 증상을 경험하고 있어⁴⁾.

4) 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

불안 증상

(단위: 점)



- 학생 청소년의 평균 자살 위험성은 .50($n=5,937$, $SD=1.67$), 학교 밖 청소년은 1.83($n=752$, $SD=3.50$)으로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 3배 이상 높은 자살 위험성을 보여줘. 두 집단의 평균 점수 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 자살 위험성의 중증도에 따른 집단 내 분포 양상을 비교하면 자살 위험이 없는 학생 청소년의 비율은 83.6%인데 비해 학교 밖 청소년은 63.2%에 불과해. 이에 반해 자살 위험이 있거나 높은 학생 청소년의 비율은 각각 10.3%와 6.1%이고, 학교 밖 청소년의 경우 각각 15.2%와 21.7%로 자살 위험이 큰 고위험군의 비율은 3배 이상 차이나.
- 또한, 학생 청소년의 경우 성별에 따른 자살 위험성의 차이가 유의해. 근소한 차이지만 여학생이 남학생보다 더 높은 자살 위험성을 보여줘.
- 마찬가지로 학교 밖 청소년도 성별에 따른 자살 위험성의 차이가 유의해. 여자 청소년이 남자 청소년보다 더 높은 자살 위험성을 보여줘.

자살 위험성



(단위: 점)

1.83

0.50

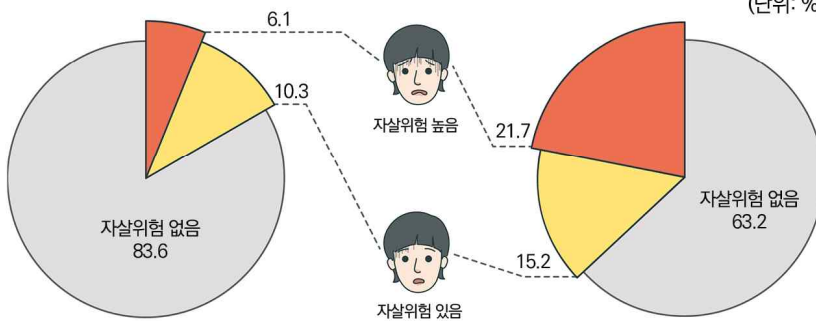


학생 청소년



학교 밖 청소년

(단위: %)



학생 청소년

학교 밖 청소년

(단위: 점)

0.41



남자

0.60



여자

1.08



남자

(단위: 점)

2.24

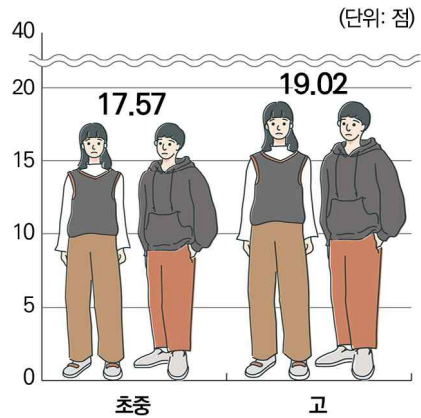
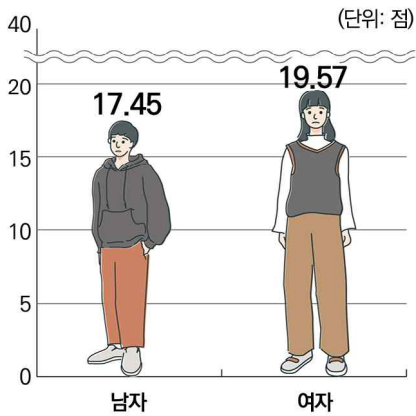
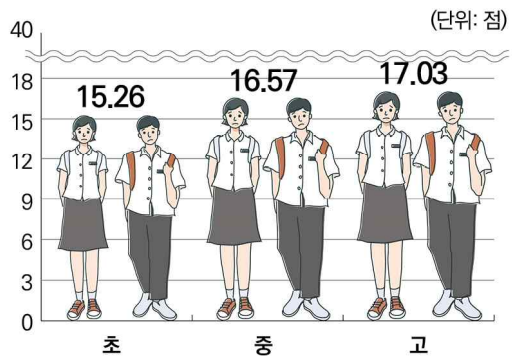
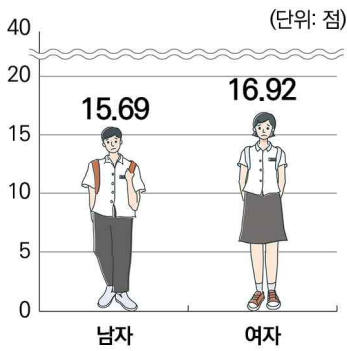
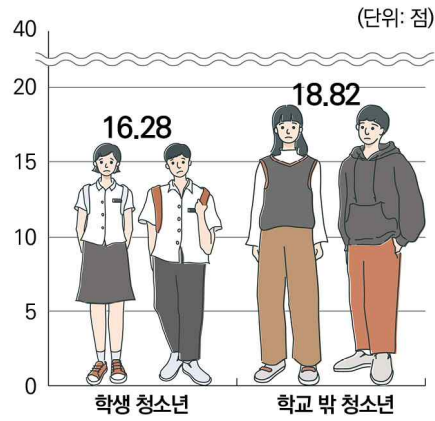


여자

- 학생 청소년의 스트레스 평균 점수는 16.28($n=5,937$, $SD=5.93$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 18.82($n=752$, $SD=7.01$)로 후자가 전자보다 높아. 두 집단의 평균 점수 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 또한, 학생 청소년의 경우 성별과 학교급에 따라 스트레스 수준에 유의한 차이가 있어. 여자 학생이 남자 학생보다, 고등학생이 중학생보다 중학생은 초등학생보다 더 많은 스트레스를 경험해.
- 마찬가지로 학교 밖 청소년도 성별과 함께 연령대에 따른 스트레스 차이가 유의해. 여자 청소년이 남자 청소년보다 높았고 고등학생 연령대의 학교 밖 청소년(고)이 저연령인 초, 중학생 연령대의 학교 밖 청소년(초중)과 비교해 더 많은 스트레스를 경험해⁵⁾.

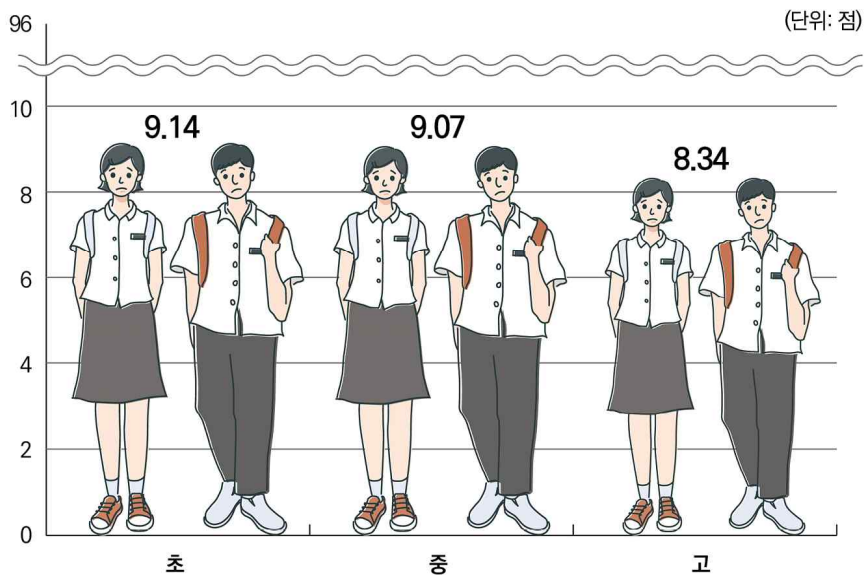
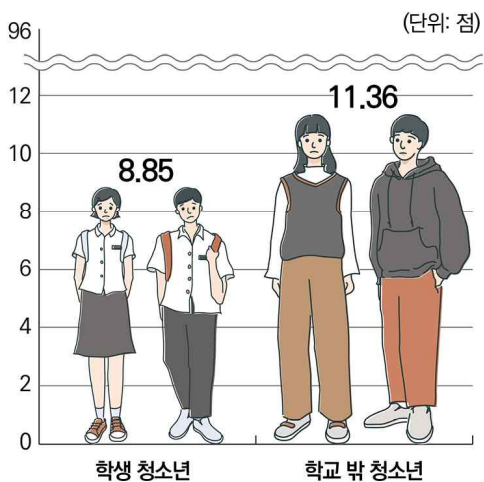
5) 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

스트레스



- 학생 청소년의 평균 CPDI 점수는 8.85($n=5,937$, $SD=10.33$), 학교 밖 청소년의 평균 CPDI 점수는 11.36($n=752$, $SD=13.21$)으로 후자가 전자보다 높다. 두 집단의 평균 점수 차이는 연령을 공변량으로 통제하기 전과 후 모두 통계적으로 유의해.
- 또한, 학생 청소년의 경우 학교급에 따라 CPDI 점수에 유의한 차이가 있어. 초등학생이 고등학생보다 COVID-19에 의한 외상성 고통에 더 많이 노출돼.

COVID-19에 의한 외상성 고통



10대 청소년의 정신건강 실태조사

연구보고

I. 서론	1
1. 연구의 목적과 필요성	3
2. 연구내용과 방법	8
1) 청소년 정신건강의 이해	8
2) 10대 청소년의 정신건강 영향요인 분석	9
3) 10대 청소년의 정신건강 증진 지원체계 분석	9
4) 10대 청소년의 정신건강 실태조사	10
5) 10대 청소년의 정신건강 보호 및 증진을 위한 정책과제 도출	11
II. 청소년과 정신건강	13
1. 청소년기 발달 특성과 정신건강에 관한 이론적 고찰	17
1) 청소년기의 질풍노도와 정신건강	17
2) 청소년기의 생물학적 발달(사춘기)과 정신건강	20
3) 청소년기의 인지적 발달과 정신건강	22
4) 청소년기의 자아 개념(자아정체감) 발달과 정신건강	24
5) 청소년기의 정서 발달과 정신건강	27
6) 청소년기 발달과 정신건강에 대한 소결	29

2. 청소년 정신건강의 연구 동향	30
1) 동향 분석	30
2) 네트워크 분석	40
3. 주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 분석	50
1) 주요 정신건강 문제의 연결중심성 분석 결과	53
2) 주요 정신건강 문제별 보호 및 위험 요인	55
3) 소결	58
 Ⅲ. 10대 청소년의 정신건강 실태조사	65
1. 실태조사 개요	70
1) 조사 개요	70
2) 표본 설계	71
3) 설문 내용과 문항 개발 절차 개요	71
2. 정신건강 문제에 대한 노출 실태	99
1) 학생 청소년	99
2) 학교 밖 청소년	121
3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교	143
3. 정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태	155
1) 학생 청소년	155
2) 학교 밖 청소년	178
3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교	197
4. 주요 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 ·	216
1) 학생 청소년	216
2) 학교 밖 청소년	229
3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교	241
5. 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간 관계 분석	250
1) 학생 청소년	252
2) 학교 밖 청소년	278
3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 간의 비교	300

Ⅳ. 10대 청소년의 정신건강 증진 서비스 지원	
체계 분석	309
1. 연구의 필요성 및 목적	314
2. 청소년 정신건강 증진을 위한 중앙부처별 서비스 운영 현황 고찰	315
1) 교육부와 교육청의 청소년 정신건강 증진 지원체계	316
2) 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원체계 ·	323
3) 보건복지부의 청소년 정신건강 증진 지원체계 ·	328
4) 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원체계	334
5) 사행산업통합감독위원회의 청소년 정신건강 증진 지원체계	336
3. 청소년 정신건강 증진 지원체계 연계 현황 진단 ···	339
1) 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계 수준 ·	339
2) 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계 강화를 위한 제언	345
4. 소결	348
Ⅴ. 정책제언	353
1. 정책과제 도출과정 개요	356
2. 정책목표별 정책과제	358
1) 정신건강 기초 역량 강화	358
2) 정신건강 서비스 개선	364
3) 정신건강 정책 환경 개선	373
참고문헌	377
부 록	399
1. 표본 설계	401
2. 설문조사 참여 설명문	417

표 목차

표 I - 1	전문가 서면 의견조사 개요	10
표 I - 2	실태조사 개요	11
표 I - 3	주요 연구내용과 방법의 개요	12
표 II - 1	정신건강 문제의 유형별 출현 빈도	33
표 II - 2	출현 빈도 기준 상위 50개의 정신건강 관련 보호 및 위험 요인	36
표 II - 3	보호 및 위험 요인의 중심성 분석 결과(상위 25개 기준)	46
표 II - 4	주요 보호 및 위험 요인 선별 결과	50
표 II - 5	10대 청소년의 주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 분석을 위한 정신건강 종속변수 재분류	52
표 II - 6	보호 및 위험 요인의 중심성 분석 결과 (6개 유형의 주요 정신건강 문제 기준)	53
표 II - 7	우울, 불안 자살·자해와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인(상위 20위)	56
표 II - 8	스트레스, 신체형, ADHD와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인(상위 20위)	57
표 II - 9	주요 정신건강 문제와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인의 선별	59
표 III - 1	정신건강 문제 유형별 측정 문항 번호(설문지 기준)	76
표 III - 2	주요 보호 및 위험 요인의 선정 결과	78
표 III - 3	측정문항 선별	80
표 III - 4	사전 공지문	83
표 III - 5	보호 및 위험 요인별 측정 문항 번호(설문지 기준)	84
표 III - 6	부모 양육 태도 설문 문항	86
표 III - 7	가족관계 질, 지역사회 지원 설문 문항	88
표 III - 8	컴퓨터 및 스마트폰 사용 행태 설문 형태	88
표 III - 9	부모 학대, 부모 방임 설문 문항	89
표 III - 10	성폭행/성희롱 피해 경험 설문 형태	90

표Ⅲ-11	비행 및 폭력경험 설문 항목	90
표Ⅲ-12	자아존중감 설문 문항	92
표Ⅲ-13	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활 설문 문항 ...	93
표Ⅲ-14	진로성숙도 설문 문항	94
표Ⅲ-15	정신건강서비스 실태 관련 문항의 열개와 출처	96
표Ⅲ-16	정신건강 상의(상담) 의향 설문 형태	97
표Ⅲ-17	정신건강 기관/서비스에 대한 인지, 이용경험, 도움여부, 불만족 사유 문항	98
표Ⅲ-18	학생 청소년 ADHD 결과	100
표Ⅲ-19	학생 청소년 자해 행동 결과	101
표Ⅲ-20	학생 청소년 신체화 증상 결과	103
표Ⅲ-21	학생 청소년 우울 증상 결과	106
표Ⅲ-22	학생 청소년 불안 증상 결과	110
표Ⅲ-23	학생 청소년 자살 위험성 결과	114
표Ⅲ-24	학생 청소년 스트레스 결과	117
표Ⅲ-25	학생 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 결과	119
표Ⅲ-26	학교 밖 청소년 ADHD 결과	122
표Ⅲ-27	학교 밖 청소년 자해 행동 결과	123
표Ⅲ-28	학교 밖 청소년 신체화 증상 결과	125
표Ⅲ-29	학교 밖 청소년 우울 증상 결과	128
표Ⅲ-30	학교 밖 청소년 불안 증상 결과	132
표Ⅲ-31	학교 밖 청소년 자살 위험성 결과	136
표Ⅲ-32	학교 밖 청소년 스트레스 결과	139
표Ⅲ-33	학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 결과 ...	141
표Ⅲ-34	학생 청소년과 학교 밖 청소년 ADHD 비교 결과	143
표Ⅲ-35	학생 청소년과 학교 밖 청소년 자해 행동 비교 결과	144
표Ⅲ-36	학생 청소년과 학교 밖 청소년 신체화 증상 비교 결과 ·	145
표Ⅲ-37	학생 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 비교 결과	146
표Ⅲ-38	학생 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 비교 결과	148
표Ⅲ-39	학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 비교 결과 ·	149
표Ⅲ-40	학생 청소년과 학교 밖 청소년 스트레스 비교 결과	150
표Ⅲ-41	학생 청소년과 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 비교 결과	151
표Ⅲ-42	부모 양육 태도: 학생 청소년	157
표Ⅲ-43	부모 방임 및 학대: 학생 청소년	158

표Ⅲ-44	가족관계 질: 학생 청소년	158
표Ⅲ-45	지역사회 지원: 학생 청소년	159
표Ⅲ-46	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년	161
표Ⅲ-47	학업 성적 수준: 학생 청소년	162
표Ⅲ-48	학업 성적 만족도: 학생 청소년	163
표Ⅲ-49	진로성숙도: 학생 청소년	164
표Ⅲ-50	컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년	166
표Ⅲ-51	왜곡된 신체인지: 학생 청소년	166
표Ⅲ-52	외모 만족도: 학생 청소년	167
표Ⅲ-53	자아존중감: 학생 청소년	168
표Ⅲ-54	수면시간(하루 평균): 학생 청소년	168
표Ⅲ-55	주관적 수면 충족: 학생 청소년	169
표Ⅲ-56	신체적 질병이나 장애 유무: 학생 청소년	170
표Ⅲ-57	규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학생 청소년	171
표Ⅲ-58	주관적 건강 상태: 학생 청소년	171
표Ⅲ-59	신체활동: 학생 청소년	172
표Ⅲ-60	비행 경험: 학생 청소년	173
표Ⅲ-61	폭력 가해 및 피해 경험: 학생 청소년	174
표Ⅲ-62	정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과: 학생 청소년	176
표Ⅲ-63	부모 양육 태도: 학교 밖 청소년	179
표Ⅲ-64	부모 방임 및 학대: 학교 밖 청소년	180
표Ⅲ-65	가족관계 질: 학교 밖 청소년	181
표Ⅲ-66	지역사회 지원: 학교 밖 청소년	181
표Ⅲ-67	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학교 밖 청소년	182
표Ⅲ-68	진로성숙도: 학교 밖 청소년	183
표Ⅲ-69	컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학교 밖 청소년	185
표Ⅲ-70	왜곡된 신체인지: 학교 밖 청소년	186
표Ⅲ-71	외모 만족도: 학교 밖 청소년	187
표Ⅲ-72	자아존중감: 학교 밖 청소년	187
표Ⅲ-73	수면시간(하루 평균): 학교 밖 청소년	188
표Ⅲ-74	주관적 수면 충족: 학교 밖 청소년	189
표Ⅲ-75	신체적 질병이나 장애 유무: 학교 밖 청소년	189

표Ⅲ-76	규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학교 밖 청소년	190
표Ⅲ-77	주관적 건강 상태: 학교 밖 청소년	191
표Ⅲ-78	신체활동: 학교 밖 청소년	192
표Ⅲ-79	비행 경험: 학교 밖 청소년	193
표Ⅲ-80	폭력 가해 및 피해 경험: 학교 밖 청소년	194
표Ⅲ-81	정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과: 학교 밖 청소년	196
표Ⅲ-82	비행 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년	211
표Ⅲ-83	폭력 가해 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년	212
표Ⅲ-84	폭력 피해 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년	213
표Ⅲ-85	정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과 : 학생 청소년과 학교 밖 청소년	215
표Ⅲ-86	정신건강 서비스에 대한 인식: 학생 청소년	216
표Ⅲ-87	정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년	218
표Ⅲ-88	스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도: 학생 청소년	219
표Ⅲ-89	정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년	221
표Ⅲ-90	정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년	223
표Ⅲ-91	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학생 청소년	224
표Ⅲ-92	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학생 청소년	225
표Ⅲ-93	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 도움 정도: 학생 청소년	226
표Ⅲ-94	정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유: 학생 청소년	226
표Ⅲ-95	정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학생 청소년	228
표Ⅲ-96	정신건강 서비스에 대한 인식: 학교 밖 청소년	229
표Ⅲ-97	정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학교 밖 청소년	231
표Ⅲ-98	스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도: 학교 밖 청소년	232
표Ⅲ-99	정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학교 밖 청소년	234

표Ⅲ-100	정신건강 상담 선호 방식: 학교 밖 청소년	235
표Ⅲ-101	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학교 밖 청소년	236
표Ⅲ-102	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학교 밖 청소년	237
표Ⅲ-103	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 도움 정도: 학교 밖 청소년	238
표Ⅲ-104	정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유: 학교 밖 청소년	239
표Ⅲ-105	정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학교 밖 청소년	240
표Ⅲ-106	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년	247
표Ⅲ-107	정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학생 청소년과 학교 밖 청소년	249
표Ⅲ-108	회귀분석 투입 변수 개요	250
표Ⅲ-109	학생 청소년 ADHD에 대한 회귀분석 결과	255
표Ⅲ-110	학생 청소년 자해에 대한 회귀분석 결과	257
표Ⅲ-111	학생 청소년 신체화에 대한 회귀분석 결과	260
표Ⅲ-112	학생 청소년 우울에 대한 회귀분석 결과	262
표Ⅲ-113	학생 청소년 불안에 대한 회귀분석 결과	265
표Ⅲ-114	학생 청소년 자살에 대한 회귀분석 결과	268
표Ⅲ-115	학생 청소년 스트레스에 대한 회귀분석 결과	270
표Ⅲ-116	학생 청소년 COVID-19 외상성 고통에 대한 회귀분석 결과	273
표Ⅲ-117	학생 청소년 회귀분석 결과 종합	277
표Ⅲ-118	학교 밖 청소년 ADHD에 대한 회귀분석 결과	280
표Ⅲ-119	학교 밖 청소년 자해에 대한 회귀분석 결과	282
표Ⅲ-120	학교 밖 청소년 신체화에 대한 회귀분석 결과	284
표Ⅲ-121	학교 밖 청소년 우울에 대한 회귀분석 결과	287
표Ⅲ-122	학교 밖 청소년 불안에 대한 회귀분석 결과	289
표Ⅲ-123	학교 밖 청소년 자살에 대한 회귀분석 결과	291
표Ⅲ-124	학교 밖 청소년 스트레스에 대한 회귀분석 결과	294
표Ⅲ-125	학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통에 대한 회귀분석 결과	296

표Ⅲ-126	학교 밖 청소년 회귀분석 결과 종합	299
표Ⅲ-127	학생 청소년-학교 밖 청소년 회귀분석 결과 비교표	300
표Ⅳ- 1	전문가 대상 의견조사 참여자 현황	316
표Ⅳ- 2	전국 초중고등학교 Wee클래스 설치 현황	319
표Ⅳ- 3	한국도박문제관리센터의 청소년 대상 예방 교육 주제 및 내용	337
표Ⅳ- 4	학생정서·행동특성검사 이후 사후관리 조치에 제시된 연계 체계	341

그림 목차

그림 I - 1	3대 사망 원인에 따른 청소년(9세~24세) 사망률 비교 (단위: 인구 10만 명당 명)	4
그림 I - 2	청소년의 스트레스 인지율과 우울감 경험률 변동 추이 (단위: %)	5
그림 II - 1	연도별 청소년 정신건강 관련 논문 수 현황	32
그림 II - 2	주요 정신건강 문제의 연도별, 유형별 출현 빈도 (전체 수치는 참고자료 1참조)	38
그림 II - 3	연구에서 다뤄진 정신건강 문제 유형의 연령집단 내 출현 비율(단위: %)	39
그림 II - 4	1모드 네트워크 행렬 및 네트워크 그래프	42
그림 II - 5	2모드 네트워크 행렬 및 네트워크 그래프	42
그림 II - 6	청소년 정신건강 연구의 전체 네트워크 시각화	48
그림 II - 7	10대 청소년 환자의 정신건강 문제 진료 내역 (2013년~2018년)	51
그림 II - 8	주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 시각화	55
그림 III - 1	설문 조사영역	72
그림 III - 2	보호 및 위험 요인 관련 설문 개발 절차	77
그림 III - 3	학생 청소년 ADHD 성별 비교(단위: 점)	100
그림 III - 4	학생 청소년 ADHD 성별×학교급 비교(단위: 점)	100
그림 III - 5	학생 청소년 자해 행동 학교급 비교(단위: 점)	102
그림 III - 6	학생 청소년 자해 행동 성별×학교급 비교(단위: 점) ..	102
그림 III - 7	학생 청소년 신체화 증상 성별 비교(단위: 점)	103
그림 III - 8	학생 청소년 신체화 증상 학교급 비교(단위: 점)	104
그림 III - 9	학생 청소년 신체화 증상 성별×학교급 비교(단위: 점)	104
그림 III -10	학생 청소년 우울 증상 성별 비교(단위: 점)	107
그림 III -11	학생 청소년 우울 증상 학교급 비교(단위: 점)	107
그림 III -12	학생 청소년 우울 증상 성별×학교급 비교(단위: 점) ·	107

그림 Ⅲ-13	학생 청소년 성별에 따른 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	108
그림 Ⅲ-14	학생 청소년 학교급에 따른 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	108
그림 Ⅲ-15	학생 청소년 성별×학교급에 따른 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	108
그림 Ⅲ-16	학생 청소년 불안 증상 성별 비교(단위: 점)	111
그림 Ⅲ-17	학생 청소년 불안 증상 학교급 비교(단위: 점)	111
그림 Ⅲ-18	학생 청소년 불안 증상 성별×학교급 비교(단위: 점) ·	111
그림 Ⅲ-19	학생 청소년 성별에 따른 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	112
그림 Ⅲ-20	학생 청소년 학교급에 따른 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	112
그림 Ⅲ-21	학생 청소년 성별×학교급에 따른 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	112
그림 Ⅲ-22	학생 청소년 자살 위험성 성별 비교(단위: 점)	115
그림 Ⅲ-23	학생 청소년 자살 위험성 학교급 비교(단위: 점)	115
그림 Ⅲ-24	학생 청소년 자살 위험성 성별×학교급 비교 (단위: 점)	115
그림 Ⅲ-25	학생 청소년 성별에 따른 자살 위험성 분류 비교 (단위: %)	116
그림 Ⅲ-26	학생 청소년 학교급에 따른 자살 위험성 분류 비교 (단위: %)	116
그림 Ⅲ-27	학생 청소년 성별×학교급에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)	116
그림 Ⅲ-28	학생 청소년 스트레스 성별 비교(단위: 점)	118
그림 Ⅲ-29	학생 청소년 스트레스 학교급 비교(단위: 점)	118
그림 Ⅲ-30	학생 청소년 스트레스 성별×학교급 비교(단위: 점) ·	118
그림 Ⅲ-31	학생 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 학교급 비교(단위: 점)	119
그림 Ⅲ-32	학생 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 종합 (100점 환산, 단위: 점)	121
그림 Ⅲ-33	학교 밖 청소년 자해 행동 성별 비교(단위: 점)	123
그림 Ⅲ-34	학교 밖 청소년 자해 행동 연령대 비교(단위: 점)	124
그림 Ⅲ-35	학교 밖 청소년 자해 행동 성별×연령대 비교 (단위: 점)	124

그림 Ⅲ-36	학교 밖 청소년 신체화 증상 성별 비교(단위: 점)	126
그림 Ⅲ-37	학교 밖 청소년 신체화 증상 연령대 비교(단위: 점)	126
그림 Ⅲ-38	학교 밖 청소년 신체화 증상 성별×연령대 비교 (단위: 점)	126
그림 Ⅲ-39	학교 밖 청소년 우울 증상 성별 비교(단위: 점)	129
그림 Ⅲ-40	학교 밖 청소년 우울 증상 연령대 비교(단위: 점)	129
그림 Ⅲ-41	학교 밖 청소년 우울 증상 성별×연령대 비교 (단위: 점)	129
그림 Ⅲ-42	학교 밖 청소년 성별에 따른 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	130
그림 Ⅲ-43	학교 밖 청소년 연령대에 따른 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	130
그림 Ⅲ-44	학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)	130
그림 Ⅲ-45	학교 밖 청소년 불안 증상 성별 비교(단위: 점)	133
그림 Ⅲ-46	학교 밖 청소년 불안 증상 연령대 비교(단위: 점)	133
그림 Ⅲ-47	학교 밖 청소년 불안 증상 성별×연령대 비교 (단위: 점)	133
그림 Ⅲ-48	학교 밖 청소년 성별에 따른 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	134
그림 Ⅲ-49	학교 밖 청소년 연령대에 따른 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	134
그림 Ⅲ-50	학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)	134
그림 Ⅲ-51	학교 밖 청소년 자살 위험성 성별 비교(단위: 점)	137
그림 Ⅲ-52	학교 밖 청소년 자살 위험성 성별×연령대 비교 (단위: 점)	137
그림 Ⅲ-53	학교 밖 청소년 성별에 따른 자살 위험성 분류 비교 (단위: %)	137
그림 Ⅲ-54	학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)	138
그림 Ⅲ-55	학교 밖 청소년 스트레스 성별 비교(단위: 점)	140
그림 Ⅲ-56	학교 밖 청소년 스트레스 연령대 비교(단위: 점)	140
그림 Ⅲ-57	학교 밖 청소년 스트레스 성별×연령대 비교(단위: 점)	140
그림 Ⅲ-58	학교 밖 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 종합 (100점 환산, 단위: 점)	142

그림 Ⅲ-59	학교 청소년과 학교 밖 청소년 ADHD 비교 (단위: 점)	143
그림 Ⅲ-60	학교 청소년과 학교 밖 청소년 자해 행동 비교 (단위: 점)	144
그림 Ⅲ-61	학교 청소년과 학교 밖 청소년 신체화 증상 비교 (단위: 점)	145
그림 Ⅲ-62	학교 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 비교 (단위: 점)	146
그림 Ⅲ-63	학교 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 분류 비교 (단위: %)	147
그림 Ⅲ-64	학교 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 비교 (단위: 점)	148
그림 Ⅲ-65	학생 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 분류 비교 (단위: %)	148
그림 Ⅲ-66	학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 비교 (단위: 점)	149
그림 Ⅲ-67	학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 분류 비교 (단위: %)	150
그림 Ⅲ-68	학생 청소년과 학교 밖 청소년 스트레스 비교 (단위: 점)	151
그림 Ⅲ-69	학생 청소년과 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 비교(단위: 점)	152
그림 Ⅲ-70	학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 수준 비교(단위: Z점수)	153
그림 Ⅲ-71	학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 비교(100점 환산, 단위: 점)	153
그림 Ⅲ-72	부모 양육 태도: 학생 청소년(단위: 점)	156
그림 Ⅲ-73	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년(단위: 점)	160
그림 Ⅲ-74	컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년(단위: 점) ..	165
그림 Ⅲ-75	부모 양육 태도: 학교 밖 청소년(단위: 점)	178
그림 Ⅲ-76	컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학교 밖 청소년 (단위: 점)	184
그림 Ⅲ-77	부모 양육 태도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	197

그림 Ⅲ-78	부모 방임 및 학대: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	199
그림 Ⅲ-79	가족관계 질: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점) ·	199
그림 Ⅲ-80	지역사회 지원: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	200
그림 Ⅲ-81	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)	201
그림 Ⅲ-82	진로성숙도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점) ·	202
그림 Ⅲ-83	컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)	202
그림 Ⅲ-84	왜곡된 신체인지: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: %)	203
그림 Ⅲ-85	외모 만족도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점) ·	204
그림 Ⅲ-86	자아존중감: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점) ·	205
그림 Ⅲ-87	수면시간(하루 평균): 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 시간)	206
그림 Ⅲ-88	주관적 수면 충족: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	207
그림 Ⅲ-89	신체적 질병이나 장애 유무: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)	207
그림 Ⅲ-90	규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)	208
그림 Ⅲ-91	주관적 건강 상태: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	209
그림 Ⅲ-92	신체활동: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 일) ···	210
그림 Ⅲ-93	정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년(단위: %)	217
그림 Ⅲ-94	정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년(단위: 점) ·	220
그림 Ⅲ-95	정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년(단위: %) ·····	222
그림 Ⅲ-96	정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학교 밖 청소년(단위: %)	230
그림 Ⅲ-97	정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학교 밖 청소년 (단위: 점)	233
그림 Ⅲ-98	정신건강 서비스에 대한 인식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)	242

그림Ⅲ- 99	정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)	243
그림Ⅲ-100	스트레스/심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년 (단위: 점)	244
그림Ⅲ-101	정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)	245
그림Ⅲ-102	정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)	245
그림Ⅲ-103	정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)	246
그림Ⅳ- 1	학생 정서·행동 특성 검사의 관리 흐름도	318
그림Ⅳ- 2	청소년 상담대상별 상담 건수	324
그림Ⅳ- 3	정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강 증진사업 추진 체계도	329
그림Ⅳ- 4	기초정신건강복지센터에 등록된 아동·청소년의 학교별 재학 현황	330
그림Ⅳ- 5	기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강 문제 유형	331
그림Ⅳ- 6	한국도박문제관리센터의 19세 미만 이용자 수 (2015~2019년)	338
그림Ⅴ- 1	3개 정책목표와 11개 정책과제	358
그림Ⅴ- 2	1388 청소년사이버상담센터 이음-e 안내 홈페이지 ·	362
그림Ⅴ- 3	학교 밖 청소년 건강검진 안내 포스터	367
그림Ⅴ- 4	국가정신건강정보포털 홈페이지	369

○———— 제1장 서론

- 1. 연구의 목적과 필요성
- 2. 연구내용과 방법

1. 연구의 목적과 필요성

COVID-19 사태가 장기 국면으로 치달으며 우리의 공중보건이 극복해야 할 위협은 비단 바이러스 감염증뿐만이 아니었다. 바이러스 감염에 대한 공포, 사회적 거리두기로 인한 고립, 경기 위축으로 인한 경제적 불안, 야외활동 제약에 의한 무기력 등이 지속되며 일상에서 불안과 우울 등을 토로하는, 소위 코로나 블루(Corona Blue) 환자의 확산은 COVID-19 사태가 초래한 예기치 못한 위협이었다. 실제로 한 설문조사에 따르면 만 20세 이상 65세 이하의 성인 10명 중 4명은 COVID-19 사태로 인한 우울감 또는 불안감을 일상에서 경험한 것으로 나타났다(한국건강증진개발원, 2020).

청소년도 예외는 아니다. 한 온라인 설문조사에 따르면 COVID-19 사태를 전후로 청소년이 체감하는 삶의 만족도는 떨어졌으며 COVID-19 사태 후 이들은 답답함, 불안과 걱정, 우울, 두려움 등과 같은 부정적 감정을 가장 많이 겪는 것으로 확인됐다(한국청소년재단, 코리아픽스, 2020:37). 마찬가지로 다른 온라인 설문조사에서도 COVID-19 사태 이후 일상에서 불안/걱정, 두려움, 우울, 짜증, 화/분노 등과 같은 부정적 감정으로 경험하는 청소년이 지배적으로 높은 것으로 확인됐다(한국청소년상담복지개발원, 2020).

6) 이 장을 집필한 사람: 최정원 연구위원(한국청소년정책연구원)

이처럼 현재 우리 사회는 비단 성인뿐만 아니라 청소년까지 코로나 블루의 엄습으로 인해 정신건강을 위협받는 미증유의 일상에 봉착하였다. 다만, 작금의 COVID-19 사태가 초래한 정신건강의 집단적 위기 상황을 차치하고 청소년의 정신건강은 지금까지 꾸준히 위험신호를 보여주고 있었다. 이를 바로 보여주는 사례가 자살이다. [그림 1-1]은 2010년부터 2018년 사이 청소년의 3대 사망 원인에 따른 사망률 변화 추이를 보여주는 자료로 자살은 2011년부터 안전사고를 제치고 부동의 1위 자리를 고수해왔다. 자살 사망률은 2015년까지 완만한 감소세를 보여주다 2016년부터 반등하기 시작했고 2018년에는 최고치인 9.1명에 도달하였다. 이에 반해 같은 기간 2순위의 안전사고로 인한 사망률은 2014년의 반등을 제외하면 눈에 띄게 감소해 자살 사망률의 변화 추이와 큰 대조를 이룬다. 이러한 비교를 통해 우리는 청소년 자살 문제의 심각성이 좀처럼 개선되지 않고 있음을 알 수 있다.

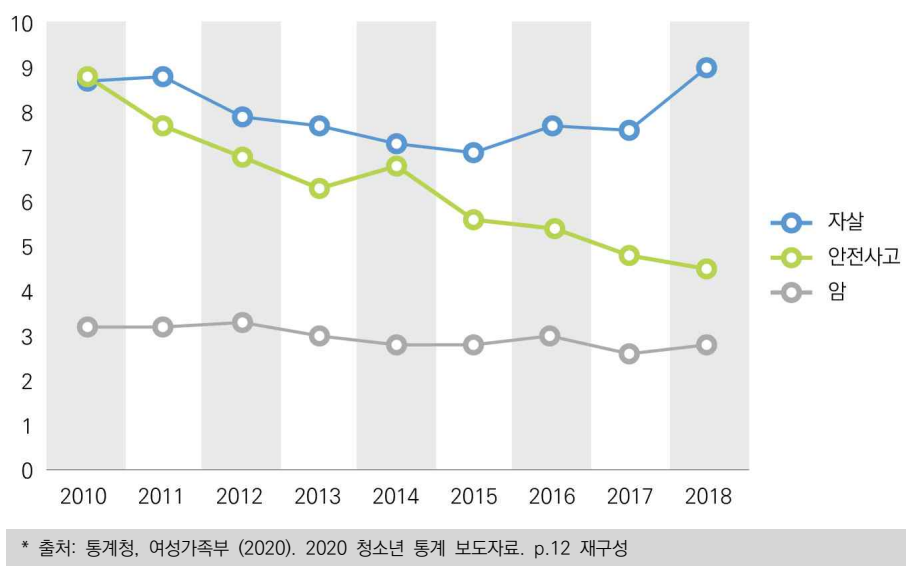


그림 1-1 3대 사망 원인에 따른 청소년(9세~24세) 사망률 비교(단위: 인구 10만 명당 명)

비단 자살뿐만 아니라 청소년이 일상에서 인지하는 스트레스와 우울감 또한 심각하다. 질병관리청이 2005년부터 전국의 중고등학생을 대상으로 매년 벌여 온 청소년건강행태조사에서 평상시 스트레스를 많이 또는 대단히 많이 느낀다고 응답한 청소년의 비율은 일부 조사연도를 제하고⁷⁾ 꾸준히 40%를 상회하였다. 우울감과 관련해서는 최근 12개월 동안 2주 연속으로 일상생활이 어려울 만큼 슬프거나 절망감을 느껴본 청소년의 비율도 전체 조사연도를 통틀어 낮게는 23.6%, 높게는 41.4%에 달하는 것으로 집계됐다. 또한, [그림 I-2]는 스트레스와 우울증을 경험하는 청소년의 비율이 2006년부터 2015년 사이에는 전반적으로 감소하다 2016년부터 다시 증가하고 있음을 보여준다.

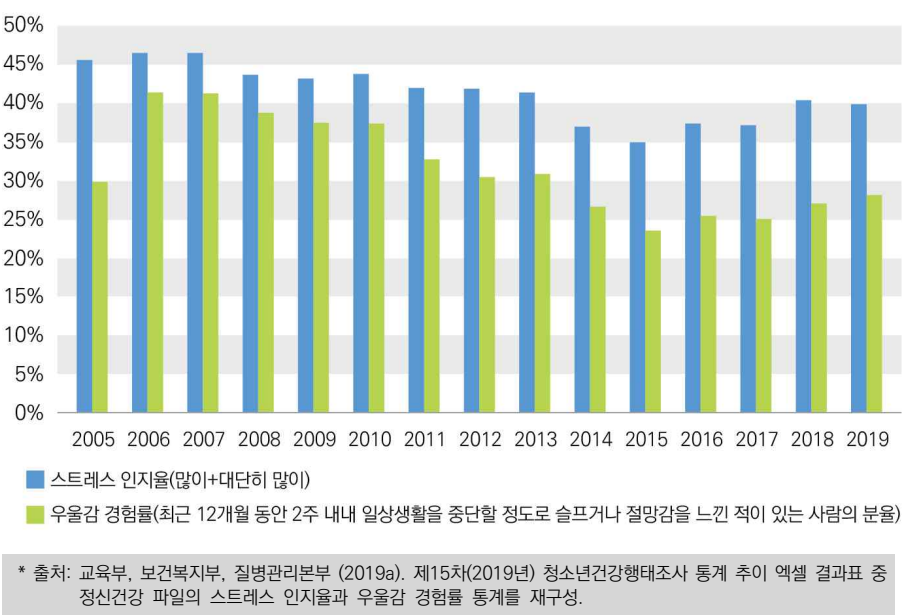


그림 I -2 청소년의 스트레스 인지율과 우울감 경험률 변동 추이(단위: %)

7) 전체 조사연도 가운데 2014년, 2015년, 2016년, 2017년, 그리고 2019년에는 해당 응답자 비율이 40%에 못 미침.

이러한 통계자료는 작금의 COVID-19 사태를 차치해 두고 청소년의 정신건강이 오랜 기간 불안정한 상태에 놓여있었음을 시사한다. 물론, 청소년기의 불안정한 정신건강이 언제나 병리적 질환(pathological disorders)을 의미하는 것은 아니다. 인간의 생물적, 인지적, 그리고 행동적 변화 과정과 패턴을 연구하는 발달 과학(developmental science)의 관점에서 청소년기는 아동에서 성인으로 전이하는 중간 과정으로 비단 신체뿐만 아니라 행동, 감정, 인지 등 전방위에 걸쳐 변화가 발생하며 근본적인 학습이 진행되는 시기다(Dahl, Allen, Wilbrecht, & Suleiman, 2018:441). 부연하면, 청소년기 생식선과 부신에서 분비되는 호르몬은 뇌의 구조적, 기능적 변화를 유발하며 이는 개인의 인지, 감정, 동기 등 신경계의 변화를 초래한다. 이와 더불어 청소년기 새롭게 접하는 사회환경, 대인 관계(친구), 역할, 책임 등은 개인의 정체성 발전에도 중차대한 변화를 유발하게 된다(Dahl, Allen, Wilbrecht, & Suleiman, 2018:44).

이처럼 생물적, 사회심리적 변화가 급격하게 그리고 동시다발적으로 진행되는 성장 단계에 진입한 청소년이 아무런 어려움 없이 순조롭게 변화에 적응하며 성인으로 성장하는 것을 기대하기란 어렵다. 인간의 발달 과정을 심리성적(psychosexual) 관점이 아닌 심리·사회적(psychosocial) 관점에서 재조명하며 정신 분석 이론의 지평을 새롭게 연 Erikson(1993)은 이러한 청소년기의 위험을 역할 혼란(role confusion)으로 규정하며 이 시기에 발현하는 비행, 정신병 등이 절대 희소하지 않은 문제임을 지적하였다. 오히려 진단과 치료만 정확하다면 문제의 심각성은 다른 발달 단계에서 발현했을 때보다 덜할 수 있다는 것이다(Erikson, 1993:262). 같은 맥락으로 Erikson은 청소년이 유난스럽게 편을 나누며 자신과 다른 외부 집단(outer-group)에 대해 적대성과 배타성을 보여주는 것은 사회성의 비정상적 결핍 때문이라기보다 이 시기의 혼란스러운 정체성으로부터 자신을 보호하기 위한 나름의 자구책이라고 해석한다(Erikson, 1993:262).

따라서 청소년이 보여주는 불안정한 정서와 문제 행동은 한편으로 임상적 진단과 치료를 요구하는 정신장애의 예후나 징후일 수 있으나 다른 한편으로는 비 병리적 현상, 즉 청소년기의 급격한 생물적, 사회심리적 변화에 적응하는 과정에서 표출되는 자연스러운 반작용 또는 성장통일 수 있다. 그러나 우리가 어떤 관점에서 현상을 바라보든 관건은 청소년기의 불안정한 정서와 문제 행동을 간과하거나 방치해서는 안 된다는 것이다. Erikson(1993:262)의 주장처럼 이 시기에 정확한 진단과 치료만 이뤄진다면 불안정한 정서와 문제 행동이 비단 청소년기는 물론 남은 생애주기에 미칠 부정적 여파는 크게 줄어들기 때문이다.

이는 국가인권위원회(이하 인권위)가 2018년 12월 20일에 보건복지부 장관 앞으로 아동, 청소년의 정신건강과 인권 증진을 위한 대책 마련을 권고한 배경과도 맥을 같이한다.⁸⁾ 인권위는 결정문에서 정신질환이 10대 청소년기에 집중되고 있지만, 정작 정신건강 문제에 대한 보호자의 간과, 정신질환에 대한 사회적 편견과 낙인에 대한 두려움, 그리고 치료 인프라 등의 부재가 조기 검진과 치료를 어렵게 하고 이로 인해 증상이 중증이나 만성질환으로 악화하는 현실에 대해 심각한 문제의식을 표명하였다(국가인권위원회, 2018:1-3). 인권위는 대안으로 관계 법령의 정비나 치료 인프라의 확충 외에도 아동·청소년을 대상으로 한 주기적 정신질환 실태조사의 필요성을 역설했는데, 이들의 유병률과 치료 연계 실태에 대한 기초자료가 없으면 사안의 중요성과 심각성에 대한 사회적 인식을 환기하거나 종합적인 예방 및 치료 대책을 수립하는 것이 불가능하기 때문이다(국가인권위원회, 2018:21-22).

우리가 이번 연구에서 10대 청소년의 정신건강 실태를 조사하는 목적과 기대효과도 이와 같은 선상에 있다. 100년 전 Hall(1904)이 창안했던 ‘질풍노도의 시기(a period of storm and stress)’라는 표현이 지금도 연구에 회자하며 청소년기를

8) 국가인권위원회. 아동·청소년의 정신건강 및 인권 증진을 위한 정책 권고. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&pagesize=10&boardtypeid=24&boardid=7604071>에서 2021년 1월 18일 인출.

대변하고 있는 이유는 그만큼 이보다 청소년기의 특징을 잘 드러내는 표현이 없기 때문일 것이다. 발달심리학, 생물학, 뇌과학 등 이미 많은 분과 학문에서 오랫동안 논의됐듯이 청소년기의 청소년이 폭풍 같은 육체적, 정서적, 환경적 변화를 경험하며 높은 수준의 스트레스에 노출되는 것은 분명 아동기나 성인기에서 찾기 어려운, 즉 청소년기만의 자연스러운 경험일 것이다. 그러나 이러한 경험을 자연스러운 성장 과정으로 보는 것과 그렇기에 이를 간과하거나 방치하는 것은 다른 문제다.

따라서 우리는 본 연구를 통해 10대 청소년이 경험하고 있는 주요 정신건강 문제의 실태에 대한 기초자료를 수집하고 이를 토대로 문제점에 대한 사회적 경각심을 환기하고 증거기반의 대안을 제언하고자 한다.

2. 연구내용과 방법

우리가 본 연구에서 중점적으로 살펴볼 내용과 내용별 연구 방법의 개요는 다음과 같다.

1) 청소년 정신건강의 이해

정신건강 문제는 일반적으로 개인이 앓고 있는 병리적 행동장애나 정서장애의 차원에서 해석되지만, 청소년의 정신건강 문제에는 더 유연한 접근과 이해를 요구한다. 이는 인간의 생애주기에서 청소년기의 발달 과정이 갖는 특수성 때문이다. 흔히 질풍노도의 시기로 대변되는 청소년기는 인간이 유아에서 성인으로 넘어가는 과도기로 가장 다양한 변화가 급속하게 그리고 동시다발적으로 진행된다. 이러한 변화는 청소년의 입장에서 매우 도전적인 작용(action)이며 작용의

강도와 빈도가 높을수록 그에 따른 반작용(reaction) 또한 커질 수밖에 없다. 청소년기의 복합적이고 급속한 발달이 한편으로 청소년이 성인으로 성장하기 위해 경험해야 하는 불가피한 과정이지만 다른 한편으로 청소년의 정신건강을 취약하게 만드는 잠재적 위험 요인이기도 하다. 따라서 우리는 청소년기의 발달 속성과 이러한 속성이 정신건강에 미치는 영향력을 고찰함으로써 청소년의 정신건강에 대한 이해를 제고하였다.

2) 10대 청소년의 정신건강 영향요인 분석

청소년기의 발달 속성과 관련 이론은 청소년의 정신건강을 이해하는 데 있어 중요한 틀로 작용하지만 이러한 발달 속성과 관련 이론의 기계적 적용은 자칫 청소년기의 정신건강 문제를 과소 또는 과대평가하는 결과를 가져올 수 있다. 청소년기의 격동적 발달 과정에 대한 이해가 부족한 경우에는 청소년기의 자연스러운 성장통을 심각한 병리적 문제로 과대 해석할 수 있고 반대로 청소년기의 격동적 발달 과정을 모든 청소년의 예외 없는 공통 경험으로 해석하면 적극적인 치료와 도움이 필요한 청소년이 방치되는 위험이 발생하기 때문이다. 청소년기 발달의 시작과 경과가 다양한 환경 요인에 의해 개인차를 보여주듯, 청소년의 정신건강 또한 다양한 요인으로부터 영향을 받을 수밖에 없다. 따라서 우리는 청소년 정신건강에 관한 실증 연구를 체계적으로 고찰하여 청소년 정신건강에 유의한 영향을 미치는 보호 또는 위험 요인을 탐색하였다.

3) 10대 청소년의 정신건강 증진 지원체계 분석

우리는 청소년 정신건강의 보호와 증진을 위해 중앙 단위에서 운용되는 청소년 대상 정신건강 증진 지원체계(서비스)의 현황, 현행 지원체계의 문제점, 문제점에

대한 대안 등을 고찰하였다. 청소년의 정신건강 증진을 위한 공공영역에서의 지원은 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등 다양한 부처를 통해 이루어지고 있다. 그러나 이러한 서비스가 구체적으로 누구를 대상으로 하는지, 서비스에서 소외되거나 수요를 맞추지 못하는 청소년은 없는지, 서비스에 대한 접근성은 좋은지, 그리고 어떤 서비스가 더 필요한지 등에 대한 고찰은 충분히 이루어지지 못한 상태다. 따라서 우리는 10대 청소년의 정신건강 증진을 목적으로 운영되고 있는 서비스와 정책 운용 현황을 분석하며 현행 청소년 정신건강 증진 지원체계에서 개선되어야 하는 문제점과 이에 대한 개선 전략을 모색하였다.

이를 위해 우리는 선행연구 분석과 함께 청소년 정신건강 분야의 전문가들을 대상으로 한 서면 의견조사와 자문 회의를 시행하고 이를 통해 지금의 서비스가 더 청소년 친화적으로 나아갈 방안을 제안하였다.

표 I -1 전문가 서면 의견조사 개요

구분	내용
조사 대상	청소년 정신건강 관련 전문가[교수, 연구원, 현장 실무자(공무원 포함) 등] 31명
조사 시기	2021년 8월~9월
조사 방법	이메일 설문
주요 내용	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 관련 사업의 문제점(지원 대상, 연계수준, 접근성 등)과 개선방안

4) 10대 청소년의 정신건강 실태조사

우리는 10대 청소년의 정신건강에 대한 기초자료를 수집하고자 전국 단위의 대규모 실태조사를 진행하였다. 조사에는 학생 청소년 5,937명, 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년이 참여했으며 실태조사의 개요는 다음과 같다.

표 1-2 실태조사 개요

구분	학생 청소년	학교 밖 청소년
모집단	전국 17개 시도의 초등학교 4~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~3학년 재학생	전국 220개소의 꿈드림 센터에 등록된 10대 학교 밖 청소년
표집 틀	2020 교육통계연보	2021년 기준 꿈드림 센터 리스트
표본 수	5,937명 초등학생 2,039명(1,997명), 중학생 1,948명(1,959명), 고등학생 1,950명 (1,982명) ⁹⁾	752명
표집 방법	층화집락표집(권역, 학교급, 학년)	임의표집
조사 시기	2021년 7월~8월	
조사 방법	자기기입식 온라인 조사	
주요 내용	청소년기의 주요 정신건강 문제(스트레스, 우울, 자해, 자살, 불안, ADHD, 신체화, COVID-19에 의한 외상성 고통 등)에 대한 노출 실태, 정신건강 문제의 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태, 주요 정신건강서비스에 대한 인지와 경험 실태	

5) 10대 청소년의 정신건강 보호 및 증진을 위한 정책과제 도출

마지막으로 우리는 실태조사 분석 결과, 학계와 현장의 전문가 대상 의견조사와 자문 등을 토대로 10대 청소년의 정신건강을 보호하고 증진하는데 이바지하는 정책과제를 도출하였다.

지금까지 소개한 일련의 연구내용과 방법에 대한 개요를 정리하면 다음과 같다.

9) 괄호 안 수치는 가중치 적용 시 집계되는 표본 규모임.

표 I -3 주요 연구내용과 방법의 개요

연구내용		연구방법
1	청소년 정신건강의 이해	• 문헌(선행연구)분석
↓		↓
2	10대 청소년의 정신건강 영향요인 분석	• 네트워크 분석 기법을 활용한 동향 분석
↓		↓
3	10대 청소년의 정신건강 관련 정책과 사업 분석	• 문헌(선행연구)분석 • 전문가 대상 서면 의견조사 및 자문
↓		↓
4	10대 청소년의 정신건강 실태조사	• 설문조사와 결과 분석
↓		↓
5	10대 청소년의 정신건강 보호 및 증진을 위한 정책과제 도출	• 분석 결과 종합



제2장 청소년과 정신건강

- 1. 청소년기 발달 특성과
정신건강에 관한 이론적
고찰
- 2. 청소년 정신건강의
연구 동향
- 3. 주요 정신건강 문제에
대한 네트워크 분석

2장 개요

연구방법

- 청소년기 발달 이론에 관한 문헌 리뷰를 통한 청소년 정신건강 상태의 이론적 설명과 이해.
- 청소년 정신건강 관련 선행연구의 동향 분석과 네트워크 분석을 이용한 정신건강 문제의 보호 및 위험 요인 범주화.

주요내용

1. 청소년기 발달 특성과 정신건강

- 청소년기의 전형성으로 인식되는 질풍노도 개념이 청소년 정신건강에 대한 올바른 이해와 유연한 대응에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 청소년기의 발달에 영향을 미치는 다양한 요인들의 유기적인 작용과 정신건강과의 관련성 대한 통합적인 이해가 필요함.
- 사춘기에는 신체 성장과 더불어 성적 성숙에서도 큰 변화가 나타나는데 사춘기의 시작과 경과는 개인의 사회경제적 환경에 의해 큰 편차를 보이며 이는 스트레스 증가, 반사회적 행동, 낮은 삶의 만족도 등 성인기 이후의 정신건강에도 영향을 미침.
- 청소년기는 복잡한 사고 능력이 향상되고 자신과 세상에 대한 이해와 해석이 변화하며 이 과정에서 청소년기의 자기중심적 인지 왜곡의 특성은 인지 발달의 성숙도에 따라 효과적 판단 혹은 비이성적 충동성으로 나타날 수 있음.
- 청소년기는 자신의 능력을 탐색하고 사회적 기대에 부응할 수 있는 성숙한 정체성을 찾아가며 자존감을 형성하게 되며 이 시기의 자존감은 사회적 관계와 개인의 생활 적응도에 매우 큰 영향을 미침.
- 청소년기의 정서 발달은 정서 강도와 빈도가 증가하며 이는 사회적 반응성의 기제로 작용할 수 있지만, 경험하고 있는 정서에 대한 적절한 인지적 평가와 정서 표현을 유지하는 정서 조절 능력이 부족한 경우 우울증, 불안과 같이 정신건강의 불안정성을 증가시킬 수도 있음.
- 청소년기는 자신의 능력을 탐색하고 사회적 기대에 부응할 수 있는 성숙한 정체성을 찾아가며 자존감을 형성하게 되며 이 시기의 자존감은 사회적 관계와 개인의 생활 적응도에 매우 큰 영향을 미침
- 청소년기의 정서 발달은 정서 강도와 빈도가 증가하며 이는 사회적 반응성의 기제로 작용할 수 있지만, 경험하고 있는 정서에 대한 적절한 인지적 평가와 정서 표현을 유지하는 정서 조절 능력이 부족한 경우 우울증, 불안과 같이 정신건강의 불안정성을 증가시킬 수도 있음.

2. 청소년 정신건강의 연구 동향과 네트워크 분석

- 10대 청소년의 정신건강을 실증 분석한 연구논문 231편을 대상으로 32개 유형의 정신건강 문제와 관련 81개 보호 및 위험 요인을 도출함.
- 동향 분석 및 네트워크 분석 결과, 학계에서 가장 활발하게 연구가 이뤄진 주요 정신건강 요인은 신체화, 불안, 우울, 자살 및 자해, 스트레스임.
- 전문가 자문을 통해 청소년의 주요 정신건강 문제로 지적되는 ADHD를 추가하여 여섯 증상을 최종적으로 주요 정신건강 문제로 선별함.
- 복합적으로 주요 정신건강 문제를 설명하는(중심성이 가장 높은) 보호 및 위험 요인은 교육 및 프로그램 경험, 부정적 신체인식, 인터넷이나 게임, 스마트폰 사용 행태, 학교폭력, 부모 양육 태도, 부모(가족) 관계, 자아존중감임.
- 그러나 우울과 불안 등의 정신건강 문제는 부모의 양육 태도, 부모 관계, 부모 지지와 같은 부모의 관계 및 지지 영역과 높은 중심성을 보였고, 자살 및 자해 정신건강 문제는 비행이나 외상 영역과 높은 중심성을 보이는 등 각 주요 정신건강 문제와 연결 중심성이 높은 보호 및 위험 요인에는 차이가 존재함.
- 따라서 주요 정신건강 문제와 전반적으로 높은 중심성을 나타낸 부모 양육 태도, 부모(가족) 관계, 사회 지지, 인터넷(스마트폰) 사용 행태, 부모 학대, 부모 방임, 성폭력, 비행, 부정적 신체인식, 자아존중감, 학교 적응, 학업성취도, 진로 문제, 건강(수면 행태, 신체 질환, 식습관 등), 다문화 배경, 사회경제적 수준, 부모교육수준, 가족 형태 변인을 청소년의 정신건강에 주요한 영향을 미치는 요인으로 선정함.

정책시사점

- 청소년의 육성을 책임지는 기관의 실무자들에게 청소년기의 다차원적이고 복합적 발달에 따른 정신건강 특성에 대한 교육 강화 필요.
- 한국 청소년의 정신건강에 대한 정기적인 점검과 조사를 통해 다양한 개인 요인들뿐만 아니라 COVID-19와 같은 사회적 격변이 발달에 미치는 영향을 종단적으로 확인하고 향후 정책 자료로 활용.
- 청소년기 정신건강 문제의 사후 대응적 심리서비스에서 나아가 일상의 정서, 심리 상태를 인식하고 점검하는 예방적 측면의 심리서비스 지원과 프로그램 제공을 위해 활용.

1. 청소년기 발달 특성과 정신건강에 관한 이론적 고찰

1) 청소년기의 질풍노도와 정신건강

Hall(1904)은 청소년기를 질풍노도의 시기(a period of storm and stress)로 칭하며 사춘기에는 자기통제 능력이 감소하고 외부 자극에 대한 민감도가 증가하게 되며 이는 청소년기의 생물학적이고 보편적인 특징이라고 주장했는데 다른 발달 시기와 비교해 청소년기에 더 많은 어려움이 발생하는 핵심 요인과 관련 문제들을 다음과 같이 제시하였다. 첫 번째 요인은 부모와의 갈등(conflict with parents)이다. 청소년기에는 반항적 성향이 증가하며 어른들의 권위에 저항하려고 들며 이로 인해 부모와의 갈등이 가장 고조된다. 두 번째 요인은 감정 혼란(mood disruptions)으로 청소년기에는 아동기나 성인기보다 정서적으로 불안정한 모습을 보이며 우울과 같은 부정적 감정 경험을 많이 하게 된다. 마지막 세 번째 요인은 위험 행동(risk behavior)으로 청소년기에는 반사회적, 일탈적(규칙에 위반되는) 행동을 할 가능성이 커져 사회 질서를 위반하고 타인뿐만 아니라 자신에게도 해가 될 수 있는 행동을 할 경향성이 높아진다.

반면 Arnett(1999)는 청소년기의 심리적 특성에 관한 Hall의 관점을 재조명하며 청소년에게 그러한 어려움이 나타나기 쉽다는 것은 사실이지만 청소년마다

10) 이 장을 집필한 사람들: 박영옥 센터장(민들레 심리치료 상담센터), 성유리 부연구위원(한국형사·법무정책 연구원), 최정원 연구위원(한국청소년정책연구원)

개인차가 있으며 문화나 맥락에 따른 다양성이 존재한다고 제안하였다. 예를 들어 남성 호르몬인 테스토스테론과 공격성 증가 간의 일반적 연관성은 잘 알려졌지만, 실제 테스토스테론이 청소년기의 공격 행동을 초래하는 효과는 또래 집단 맥락에서의 사회적 영향과 동기에 따라 크게 달라질 수 있다(Rowe, Maughan, Worthman, Costello & Angold, 2004).

그뿐만 아니라 발달은 연속선상의 과정으로 청소년기 부모와의 갈등을 더 자세히 살펴보면, 청소년기 초기에는 부모와의 갈등 빈도와 종류는 최고조에 달하지만, 갈등의 강도는 오히려 청소년기 중기 때 가장 강한 것으로 나타났다(Laursen et al., 1998; Paikoff & Brooks-Gunn, 1991).

또한 청소년기를 반드시 문제의 시기로만 단정하는 것에 대해서도 다시 한번 생각해 볼 필요가 있다. 예를 들어, 청소년기 부모와의 갈등에 관한 연구를 살펴보면 학부모와 선생님들이 초기 청소년기의 아이들과 더 많은 갈등을 경험하게 된다고 조사됐는데(Buchanan et al., 1990), 갈등의 주요 원인으로는 귀가 시간이나 이성과의 만남 등 사소한 것들이며 이러한 갈등은 부모와 자식 간의 관계가 긍정적으로 유지되는 상황에서 오히려 청소년의 자율성과 독립성을 기르는 데 긍정적으로 작용하는 면이 있다는 것이다(Steinberg, 1990).

청소년기의 감정 혼란에 대해서도 인지적, 환경적 영향을 고려할 필요가 있다. 청소년은 사춘기의 시작, 상급 학교로의 진학과 학업, 또래나 이성 관계의 변화 등 일상에서 다양한 변화를 경험하게 된다. 또한 청소년은 이 시기에 상황을 해석하는 데 있어 표면에 드러나지 않는 원인과 사건에 따른 결과에 대한 추론이 가능해지고 다양한 요인들을 고려할 수 있게 된다(Inhelder & Piaget, 1958). 따라서 청소년기의 감정 혼란에 대해 청소년이 아동이나 성인에 비해 쉽게 스트레스를 받고 이에 대해 불안정한 감정 반응을 보이는 것으로 해석하는 것은 정서적 측면이 과도하게 강조된 제한적 설명이 될 수 있다. 오히려 청소년기의 급격한 변화와 함께 청소년이 자신의 경험을 이해하고 해석하는 추론 능력에 영향을 미치는 인지적 변화가 동반되어 다양한 상황에 대한 이해의 불완전성에

따라 부정적이고 격동적인 감정 반응이 초래되는 개연성을 고려할 필요가 있다(Larson & Richards, 1994).

초기 청소년기의 자녀를 둔 부모는 초등학생 시절보다 중고등학생 시절에 자녀가 걱정, 불안, 우울과 같은 내재화 장애의 증상과 충동성, 무모함 등의 위험 감수 행동 문제를 더 많이 경험한다고 보고하는데(Buchanan & Holmbeck, 1998), 청소년기의 위험 감수 특성은 뇌 신경의 성숙에 동반되는 상황에 대한 심사숙고, 대처 기제, 행동 억제 등 청소년 개인의 인지 능력 발달(조절 기능의 향상)로 인한 결과로 알려져 있다(Allen & Sheeber, 2008; Dahl, 2001).

인간의 생애주기 가운데 청소년기가 격동적 변화의 시기라는 점은 부인할 수 없지만, 자기통제의 부족과 민감한 반응을 마치 청소년기만의 고유 속성으로 치부하는 것은 청소년기의 정신건강 문제를 이해하고 해결하는 데 부정적으로 작용할 수 있다(Buchanan & Holmbeck, 1998). 예를 들어 부모와의 첨예한 갈등, 불안정한 정서, 반사회성 등을 청소년기의 예외 없는 속성이라고 단정하는 부모는 자칫 권위적 양육 방법에만 의존해 청소년기 자녀의 문제 행동과 정서를 해결하려들 수 있기 때문이다.

결국 우리는 질풍노도(storm and stress)로 압축되는 청소년기의 발달 속성에 대해 유연하게 접근할 필요가 있다. 청소년기의 격동적 발달 과정을 청소년기만의 고유하고 예외 없는 특징으로 해석하는 것은 자칫 심각한 정신건강 문제로 적극적인 치료와 도움이 필요한 청소년을 방치하는 위험을 초래할 수 있지만(Offer & Schonert-Reichl, 1992; Petersen et al., 1993), 다른 한편으로 청소년기의 격동적 발달 과정에 대한 이해가 부족한 경우에는 청소년기의 자연스러운 성장통이 심각한 병리적 문제로 오인돼 청소년의 발달을 저해하는 결과를 초래할 수 있다(Arnett, 1999).

정신건강 문제는 생물학적, 사회적, 심리 사회적 요인들이 오랜 시간 복잡한 인과 작용을 거듭하며 발현하는 결과이므로 청소년기의 발달 특성에 대한 올바른

이해는 청소년의 정신건강을 진단하고 개선하는 데 있어 매우 중요하다(Beardslee, Chien & Bell, 2011). 청소년은 환경 적응이라는 생득적 경향성을 가지고 있으므로 어떤 병리적 징후들은 당사자가 처한 어려움에 적합하게 나타난 반응들일 수 있으며, 연령과 타이밍은 행동이 정상과 비정상으로 구분되는 데 영향을 미치는 요소들일 수 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

따라서 청소년기의 정신건강 문제에 대한 평가는 단순히 질풍노도로 인한 문제 발생 여부를 밝히는 것이 아니라 언제, 어떻게, 그리고 어떤 발달적 변화에 관련된 문제인지를 밝히는 데 초점을 두어야 한다. 이를 위해서는 청소년기의 발달에 대한 단계별 특징과 다양한 작용 요인(영역) 간의 유기적 상호작용에 대한 통합적 이해가 선행돼야 한다. 청소년이 온전한 사회 성원으로 성장하고 기능하기 위해서는 자율성과 양육자(보호자)와의 관계 경험을 통해 얻은 관계성 간의 균형과 성취 지향성, 자존감, 정체성 획득, 문제 해결 능력 등의 심리적·인지적 자원, 그리고 타인과의 인간관계 형성을 위한 사회적 기술 등 다양한 요인이 작용하기 때문이다(Peterson & Bush, 2003).

2) 청소년기의 생물학적 발달(사춘기)과 정신건강

신체적 성장과 생물학적인 변화를 동반한 성적 기능의 성숙이 시작되는 시기를 일컬어 사춘기라 하며 이 시기는 일반적으로 청소년기의 시작으로 해석된다. 사춘기의 시작과 진행은 성, 인종, 환경, 건강 상태 등 다양한 요인들에 의해 영향을 받지만, 사춘기의 평균 시작 연령은 11세로 볼 수 있다(Styne, 2004).

사춘기의 시작과 함께 성장 급등(growth spurt)이라 불리는 급격한 신체 성장이 시작하는데 키, 뇌 골격, 체중 등에서 두드러진 변화가 발생한다(Rogol, Roemmich & Clark, 2002). 사춘기에는 전체적인 신체 성장과 더불어 성적

성숙에서도 큰 변화가 나타나는데 이는 에스트로젠, 안드로젠과 같은 성호르몬과 밀접한 연관이 있다. 에스트로젠과 안드로젠은 남녀 모두에게 존재하지만, 성별에 따라 분비되는 양과 작용 효과도 다르다(Best & Fortenberry, 2013). 특히 아드레날 안드로젠은 여성의 키 성장과 유방, 자궁, 질 등의 성숙을 촉진하는 반면 테스토스테론은 남성의 고환, 성기의 성장, 근육, 체모의 증가와 같은 변화를 가져온다(Ambler, 2013). 또한 여성에게는 체지방의 축적이, 남성에게는 근육의 발달이 발생하는데 이는 심장과 폐 기능의 발달과 이어져 성별에 따른 운동 수행 역량의 차이를 가져온다(Rogol, Roemmich & Clark, 2002; Greydanus, Omar & Pratt, 2010).

이러한 사춘기는 모든 청소년이 공통으로 경험하는 발달 과정이지만 그 시작과 경과에는 개인에 따라 큰 편차를 보이기도 한다(Anderson, Dallal & Must, 2003; Mendle, Harden, Brooks-Gunn & Graber, 2010). 그리고 그 편차는 유전(Jahanfar, Lye & Krishnarajah, 2013), 영양 상태, 사회경제적 지위 등과 같은 다양한 요인에 의해 촉발되는데 예를 들어 영양이 부족한 환경에 처한 남자 청소년에게서는 사춘기의 시작이 지연되거나(Parent et al., 2003), 영양 상태와 보건의 좋지 않은 환경에 처한 여자 청소년 사이에서는 초경이 상대적으로 늦게 시작되기도 한다(Frisch & McArthur, 1974).

그뿐만 아니라 가족 환경 또한 사춘기의 시작에 영향을 미치는 요인으로 확인됐는데 이 시기 한부모 가정에서 자라거나, 부모와 분리되는 등 따뜻한 가족 환경을 경험하지 못한 청소년일수록 그렇지 않은 청소년에 비해 사춘기를 일찍 접하게 됐고 위험한 성적 행동에 대한 감수 경향도 상대적으로 높았다(Belsky, Steinberg, Houts & Halpern-Felsher, 2010; Diamond, Bonner & Dickenson, 2015; James, Ellis, Schlomer & Garber, 2012).

이처럼 사춘기는 청소년의 심리·사회적 발달에 많은 영향을 미치는데 사춘기의 조기 발현 또는 지연은 청소년의 정신건강은 물론 비행, 일탈 등의 문제 행동과

연관성이 있는 것으로 확인됐다. 예를 들어 사춘기가 조기에 찾아온 여자 청소년의 경우 약물 남용이나 식이 장애의 위험 가능성이 더 크게 나타났고, 남자 청소년도 사춘기의 조기 발현은 이들의 성적 활동, 흡연, 비행과 같은 위험 행동의 가능성을 증가시켰다. 반대로 사춘기의 지연은 부모와의 갈등, 학교 문제, 우울, 혹은 괴롭힘의 피해 등과 같은 문제의 발생 위험도를 크게 높였다(Adams, Gullotta & Ramos, 2005). 또한, 사춘기의 조기 발현은 스트레스 증가와 학업성취도의 하락과도 유의한 연관성을 보여주었다(Mendle, Turkheimer & Emery, 2007; Diamond, Bonner & Dickenson, 2015).

이러한 경향성은 환경 요인과 결합해 문제의 심각성이 커지기도 하는데 예를 들어 경제적 수준이 낮은 지역에 사는 청소년의 경우 비행 친구와의 교우로 이들의 반항적 행동이 강화되거나 사회적 지지의 부족과 보호자(부모)의 비일관적 양육 태도로 인해 우울 증상이 악화하기도 한다(Benoit, Lacourse & Claes, 2013).

또한, 사춘기의 발현 시점은 비단 청소년기뿐만 아니라 성인기 이후에도 지속해서 영향을 미치는 것으로 나타났는데 사춘기가 조기에 발현한 남자 청소년은 성인 초기까지 우울증을 경험하거나 성적 대상을 빈번히 바꾸는 패턴을 보였으며, 사춘기의 조기 발현을 경험한 여자 청소년 역시 가족, 친구와의 관계가 좋지 않거나 성인 초기까지 낮은 삶의 만족도를 경험하였다(Copeland et al., 2010; Graber, Seeley, Brooks-Gunn & Lewinsohn, 2004).

따라서 청소년의 정신건강 문제와 문제 행동을 효과적으로 예방하고 문제 발생 시 개입하기 위해서는 청소년기의 주요 생물학적 발달 특성과 이러한 특성의 발현에 영향을 미치는 변인들의 역학관계에 대한 이해가 필요하다.

3) 청소년기의 인지적 발달과 정신건강

청소년기의 생물학적 발달과 더불어 인지적 발달은 청소년의 정신건강을 설명하는 또 하나의 중요 프레임이다. 인지적 발달에 대한 체계적 이론을 성립한

피아제(Piaget)에 따르면 사춘기의 시작과 함께 청소년은 추상적, 체계적, 과학적으로 사고하는 능력이 발달하는 형식적 조작기(formal operational stage)에 들어서게 된다. 형식적 조작기는 인지 발달 단계 중 하나로 구체적인 물건이나 사건을 조작해보고 비로소 어떤 결과가 초래되는지를 검증하는 아동의 인지 수준을 넘어 고차원의 논리 규칙을 깨닫고 대상에 대한 직접 조작 없이도 예측과 추론을 할 수 있는 단계이다(Inhelder & Piaget, 1958).

형식적 조작기에 들어선 청소년은 가설 추론 능력의 발달 덕분에 더욱 정교하게 세상의 인과 관계를 파악할 수 있고 미래에 대한 계획 세우기가 가능해진다. 또한 청소년은 자신의 인지 과정에 대한 효율성과 편향성 등도 평가할 수 있게 된다(Gullotta, Adams & Markstrom, 1999). 이러한 인지적 발달로 인해 청소년은 복잡한 사고 능력을 갖추게 되고 자신과 세상, 그리고 타인을 새롭게 이해하고 해석할 수 있게 된다.

다만, 타인과 자기 생각을 분리하여 인식하는 능력의 불완전한 발달로 인해 청소년은 자기중심적 인지 왜곡 문제(Inhelder & Piaget, 1958)를 경험하는데 이는 자신의 중요성을 과대 인지하는 개인적 우화(personal fable)의 경향성(Elkind, 1994), 주위의 사람들이 제 생각과 행동에 항상 주목하고 있다는 믿음으로 타인의 평가를 민감하게 받아들이고 대응하는 상상적 청중(imaginary audience)의 경향성 등으로 발현된다(Elkind, 1985).

타인의 견해를 중요시하는 태도는 한편으로 청소년이 자신의 정서적 가치와 자존감을 객관적으로 평가하거나 독립적 자기개념을 만들고 타인과의 관계 유지 능력을 키우는 데 도움을 줄 수 있다(Galanaki & Christopoulos, 2011). 그러나 자기중심적 인지 왜곡에서 출발하는 개인적 우화나 상상적 청중과 같은 경향성은 오히려 청소년에게 우울한 감정이나 자살 생각을 더 많이 유발하는 것으로 밝혀졌고 특히 ‘개인적 우화’의 경향이 높을수록 감각 추구 경향이 높아져 약물 남용이나 비행 행동을 자극하는 결과가 초래되기도 한다(Greene et al., 2000).

청소년이 성숙한 성인으로 성장하기 위해서는 기억력 증가와 같은 특징인지 요소의 향상뿐만 아니라 전반적 인지 기능의 향상을 기반으로 해서 효과적으로 판단하고 그에 따라 적절한 행동을 취할 수 있어야 한다(Donald, 2001). 청소년기 약물 남용, 성행위, 비행 등의 위험 행동 경향성이 높아지는 이유는 해당 행동의 위험성에 대한 지식이나 이해의 부족 때문이라기보다 판단과 행동 능력의 미성숙 때문이다(Benthin et al., 1995; Cauffman & Steinberg, 1995). 청소년이 가정에 근거한 도덕적 딜레마 상황에 대해서는 원칙적 기준에 맞게 판단할 수 있지만, 실제 생활 문제에 대해서는 그렇지 못한 모습을 보여주거나(Sobesky, 1983), 타인의 관점을 취하는 능력은 향상하지만 정작 그러한 능력을 사용해 타인을 관용하는 수준은 떨어지거나(Wainryb, Shaw, Laupa & Smith, 2001), 목전의 즉각적 보상이나 순간적 감정에 휘둘려 위험을 감수하거나(Christakou et al., 2013), 비이성적 행동을 취하는(Figner, Mackinlay, Wilkening & Weber, 2009) 것 등은 모두 청소년기의 미흡한 인지적 발달과 밀접한 연관이 있다.

따라서 청소년의 정신건강 문제와 문제 행동을 효과적으로 예방하고 관련 문제에 개입하기 위해서는 청소년기의 인지적 발달 속성과 그에 따른 판단과 행동 능력의 미성숙 문제에 대한 고려가 필요하다.

4) 청소년기의 자아 개념(자아정체감) 발달과 정신건강

청소년기의 정서와 행동 특성을 이해하는 데 있어 간과할 수 없는 또 다른 요소는 바로 정체성이다. Erikson(1993)은 자아정체감을 ‘나는 누구인가?’의 질문에서 시작해 ‘자신이 가치 있는 존재인가?’, ‘삶에서 어떤 것을 추구하고 살 것인가?’ 등에 대해 고민하며 진정한 자신의 모습을 알아가는 것으로 정의했다. Erikson은 인간이 아동기부터 자아정체감을 형성하기 시작하지만, 청소년기에 접어들며 자아상을 실험하고 확립하려는 과업에 더 몰두하며 더욱 복잡한 삶의 가치나 인생의 방향성을 결정하려는 과정을 겪게 된다고 보았다.

이 과정에서 청소년은 정체감의 위기를 경험하기도 하는데, Erikson은 이를 ‘자아정체감 대 역할 혼란(identity vs. role confusion)’이라 일컬었다. 부연하면, 청소년은 아동기의 모습과 청소년기에 새롭게 나타나는 능력과 특징 간의 불일치로 인해 자신의 정체성과 관련된 특징을 선택해야 하는 상황에 놓이게 된다. 이때 청소년이 자신의 사회적 한계, 능력의 불일치, 기대의 불일치 등으로 인해 갈등의 긍정적 해결 과정을 경험하지 못하게 된다면 청소년은 다양한 상황에 대처할 수 있는 성숙한 정체성을 형성하지 못한 채 성인기로 넘어가게 되는 것이다(Erikson, 1968).

정체성 형성 과정에서 청소년이 자아에 대한 특징을 선택하기 위해서는 탐색과 갈등 해결을 필수적으로 경험하게 되는데 그 결과는 자아정체감의 성취, 자아정체감의 유예, 자아정체감의 폐쇄, 그리고 자아정체감의 혼미 중 한 가지 형태로 나타난다(Marcia, 1980). 부연하면, 자아정체감의 성취는 자신의 가치를 명확히 알고 목표를 안정적으로 추구하며 자신의 상태에 대한 만족감과 방향성을 인식하고 있는 상태를, 자아정체감의 유예는 삶의 가치와 방향성이 명확하지 않아 이를 찾고 싶은 마음과 선택을 위한 탐색에 머물러 있는 상태를, 자아정체감의 폐쇄는 가치와 방향성의 설정에 있어 자신의 선택과 탐색이 빠진 채 권위적 인물 혹은 자신에게 영향력이 큰 사람이 대신 선택해 준 가치와 방향성에 전념하는 상태를, 마지막으로 자아정체감의 혼미는 가치와 방향성을 적극적으로 탐색하고 목표를 분명히 하려는 노력과 의지가 모두 부족한 상태를 의미한다.

특히 가족 요인은 청소년의 성공적 자아정체감 형성에 있어 ‘안전망’과 같은 작용을 하는 것으로 확인되고 있다. 예를 들어 부모와의 애착이 안정적이고 가정 내에서 자신의 의견을 존중받는 청소년은 가치 인식과 목표가 명확한 상태를 보이지만(Crocetti, Erentaitė & Žukauskienė, 2014), 부모와의 의사소통에서 지지와 수용을 받지 못한 청소년은 정체감의 혼미 상태를 보였다(Arseth, Kroger, Martinussen & Marcia, 2009).

청소년 대부분은 청소년기를 보내며 자아정체감의 폐쇄와 혼미 상태에서 자아정체감의 유예나 성취로 변화하는 모습을 보여주지만, 일부는 그렇지 못한 모습을 보여주기도 한다(Kroger, 2012). 물론, 정체감의 일시적 혼란 자체는 문제가 되지 않는다. 정체성이 견고해지는 과정은 청소년 스스로 탐색과 갈등 해결을 반복하며 자신의 선택에 대한 평가와 선택과 능력 간의 갈등 상황에서 대안적인 해결책을 찾는 것이기 때문이다. 당장은 자아정체감의 유예 상태가 지속되더라도 청소년은 끊임없이 정보를 찾고 평가하며 자신의 선택에 대해 성숙하고 건설적인 문제 해결 양식을 추구하며 견고한 정체성을 형성할 수 있다(Berzonsky, 2011).

그러나 자아정체감의 폐쇄나 혼미 상태가 장기간 지속되는 경우 청소년은 진정한 자아의 모습을 알지 못하는 미성숙한 심리 상태로 인해 부적응적 사고와 행동을 보여주게 되는데 개인의 선택이나 갈등 상황의 회피, 주변에 대한 무관심, 낮은 학업성취도와 자존감, 약물 남용 등이 이에 해당한다(Meeus, van de Schoot, Keijsers & Branje, 2012). 자신의 선택과 탐색 없이 권위적 인물 혹은 자신에게 영향력이 큰 사람이 대신 선택해 준 가치와 방향성을 일방적으로 수용하고 이에 반하는 정보를 스스로 배제하는 청소년은 정보를 탐색하고 평가하는 능력의 유연성이 떨어지며 성인이 되서는 스스로 판단하고 결정을 내리지 못하는 장애를 갖게 된다(Berzonsky, Ciecuch, Duriez & Soenens, 2011).

청소년기의 온전한 자아정체감 형성이 중요한 이유는 또 있다. 청소년은 자아상에 대한 평가를 통해 자존감을 형성해 가는데 자존감은 청소년의 정신건강은 물론 신체건강, 행동, 생활 적응 수준 등 다양한 영역에 걸쳐 영향을 미친다(Trzesniewski et al., 2006). 예를 들어 높은 자존감을 보여주는 청소년은 자신의 외모를 긍정적 평가하고 사회적 관계에서도 긍정적으로 기능하며(Impett, Sorsoli, Schooler, Henson & Tolman, 2008), 위험한 행동을 피하며 신체적으로도 건강한 경향을 보여주는 것으로 나타났다(Erol & Orth, 2011).

그뿐만 아니라 청소년기의 자존감은 청소년의 생활 적응력에도 영향을 미치는 것으로 나타났는데 학업에 대해 낮은 자존감을 보고한 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 불안의 정도가 크고 집중력이 떨어지며 또래 친구들과도 원만한 관계를 유지하는 능력도 떨어졌다(Marsh, Parada & Ayotte, 2004).

특히 이러한 자존감은 부모와의 관계로부터 많은 영향을 받는 것으로 나타나는데 부모로부터 많은 격려와 지지를 받는, 즉 긍정적 양육 태도를 경험한 청소년일수록 그렇지 못한 청소년(즉, 부모가 비판적이고 비난적 양육 태도를 보여주는 경우)에 비해 높은 자존감을 보여 주었다(McKinney, Donnelly & Renk, 2008). 다만, 부모로부터 충분한 격려와 지지가 없더라도 다른 사회적 관계로부터의 충분한 지지와 격려(예를 들어 또래 관계에서 체감하는 긍정적 유능감)는 청소년의 자존감 하락을 막는 완충역할을 하는 것으로 나타났다(DuBois, Felner, Brand & George, 1999).

5) 청소년기의 정서 발달과 정신건강

다른 발달 시기에 비해 청소년기의 정신건강 문제 발생 위험이 상대적으로 높아지는 또 다른 이유는 이 시기의 정서 경험이 갖는 특성에서 찾을 수 있다(Allen & Sheeber, 2008). 일반적으로 청소년기에 접어들게 되면 청소년은 아동기 또는 성인기와 비교하여 더 높은 강도의 정서를 경험하게 되는데(Larson & Asmussen, 1991) 이는 긍정적, 부정적 정서, 즉 정서의 속성에 상관없이 일관되게 발견되는 특징이다. 특히 성인의 정서 경험과 비교했을 때 기저 강도에서의 차이는 없는 것으로 나타났는데 이는 청소년기 감정 경험의 변동성이 여타 발달 시기와 비교해 크다는 것을 의미한다(Larson & Richards, 1994; Verma & Larson, 1999).

이러한 경향은 초기 청소년기에서 후기 청소년기로 갈수록 높아지는데 후기 청소년일수록 초기 청소년과 비교해 긍정적 정서를 덜 경험하게 되고(Larson

& Lampman-Petratis, 1989), 부정 정서에 대한 정서 강도는 물론 부정 정서의 경험 빈도가 함께 높아지는 것으로 나타났다(Frost, Hoyt, Chung & Adam, 2015; Meininger, Liehr, Chan, Smith & Mueller, 2004).

청소년기의 정서 강도와 정서적 불안정성의 증가는 우울증, 불안과 같은 정신건강 문제와 더불어 자해나 자살과 같은 문제의 위험도를 높인다(Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2009; Guan, Fox & Prinstein, 2012). 실제로 우울증을 앓고 있는 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 부정 정서를 더 많이 경험하며 정서 처리와 관련된 뇌 영역의 활성화 정도에서도 큰 차이를 보여주는 것으로 확인된다(Ho et al., 2014; Yang et al., 2010).

물론 청소년기 정서 강도와 빈도의 증가가 반드시 부정적 속성만 지닌 것은 아니다. 청소년기 청소년은 특히 또래 집단에 대해 강한 정서적 반응을 보이게 되는데(Klimes-Dougan et al., 2014) 이는 결과적으로 또래 관계의 형성과 그 안에서의 작용을 원만하게 만드는 기제로 작용한다. 더 나아가 청소년기의 정서 발달은 청소년이 성인이 돼 다른 사람의 정서와 감정에 대해 적절하게 반응하고 적응할 수 있는 사회적 반응성의 기제로도 작용하게 된다(Bailen, Green & Thompson, 2019).

따라서 청소년기의 역동적 정서 발달 과정에서 정서 강도와 정서적 불안정성의 증가로 인한 문제점을 예방하기 위해서는 청소년이 자신의 정서를 제대로 평가하고 자신의 정서 표현을 적절히 억제, 지연, 또는 수정할 수 있는 역량, 즉 정서 조절 능력을 키우는 것이 중요하다. 특히 이러한 정서 조절 능력은 청소년기의 인지기능체계의 발달과도 매우 밀접하게 연계돼 있는데(Thompson, 1991) 상황에 대한 객관적 평가, 이를 근거로 한 합리적 행동의 선택 등을 아우르는 인지기능의 원만한 발달은 정서에 의한 일방적이고 무분별한 판단과 행동(약물 남용, 위험한 성행위 등)의 발생 위험을 줄이고(Loewenstein & Lerner, 2003) 궁극적으로 정서의 사회적 반응성을 강화하는 데 중요한 역할을 한다.

6) 청소년기 발달과 정신건강에 대한 소결

우리는 지금까지 청소년기의 주요 생물학적, 인지적, 그리고 정서적 발달 특성을 살펴보고 이러한 특성이 정신건강에 미치는 영향력에 대해 살펴보았다. 청소년의 정신건강을 이해하는 데 청소년기의 다양한 발달 특성에 대한 이해가 선행돼야 하는 것은 그만큼 청소년의 정신건강이 한 가지 발달 특성에 의해 결정되는 것이 아니라 여러 발달 특성의 복합적 작용으로 만들어지는 결과물이기 때문이다. Hall의 질풍노도 이론이 제시된 이래 한 세기가 지난 오늘날까지 청소년기의 특징을 다양한 관점과 방법으로 이해하고 해석하려는 시도가 지속되고 있는 점이 이를 방증한다(Hollenstein & Loughheed, 2013).

그러므로 우리가 청소년의 정신건강 문제를 개선하기 위해서는 청소년기 다양한 발달 특성 간의 상호작용에 대한 통합적 이해를 토대로 청소년의 심리와 행동을 평가할 수 있어야 한다(Keating, 2004). 특히, 부모, 청소년지도자, 교사 등 일선에서 청소년의 육성을 책임지는 사람일수록 질풍노도의 관점을 청소년의 전형적 특징이 아닌 청소년기에 잠재된 어려움으로 이해하며 문제가 발생했을 때 무엇이 적합한 개입과 대안인지를 고민하는 것이 중요하다. 사안에 대한 질풍노도 관점의 기계적 반영은 문제의 심각성을 과소 또는 과대평가하는 오류를 가져올 수밖에 없기 때문이다. 청소년기 발달에서 개인차를 유발할 수 있는 다양한 요인들을 고려해 청소년 개개인의 정신건강 회복을 돕는 것이 필요하다. 청소년기는 아동기와 성인기를 연결하는 과도기다. 청소년기의 건강한 인지적, 신체적, 성적, 심리·사회적 발달은 모든 청소년이 성공적으로 성인기에 안착하는 데 있어 반드시 보장되어야 하는 권리이자 책임이다(Alderman & Breuner, 2019). 따라서 청소년기 발달 특성에 대한 통합적 이해는 청소년의 정신건강 증진은 물론 더 나아가 청소년의 권리 보장을 위한 실천적 노력이라고도 할 수 있다.

2. 청소년 정신건강의 연구 동향

우리는 앞서 청소년기의 주요 발달 특성과 이러한 특성이 청소년의 정신건강에 미치는 영향력에 대해 살펴보았다. 비단 신체는 물론 정서와 인지 등에서 이전의 발달기와는 비교할 수 없는 변화가 빠르게 그리고 동시다발적으로 진행되는 청소년기의 격동적 발달 특성에 비춰볼 때 청소년의 정신건강은 불안정한 상태에 놓일 개연성이 높다. 그러나 앞서 역설했듯이 청소년기의 정신건강을 이해하는데 질풍노도의 관점을 기계적으로 적용하는 것은 지양해야 한다. 청소년기의 발달 과정이 다양한 요인에 의해 개인차를 보여주듯이 청소년기의 정신건강 역시 개인이 처한 다양한 환경 요인에 따라 다른 양상을 보여줄 수 있기 때문이다. 청소년의 정신건강에 대한 경험론적 접근이 중요한 이유가 여기에 있다. 따라서 우리는 이 장에서 청소년 정신건강에 관한 경험론적 연구 성과를 고찰하였고 주요 결과와 시사점을 제시하였다.

1) 동향 분석

(1) 연구의 목적과 자료 수집

청소년의 정신건강에 영향을 미치는 요인은 신체적 건강, 성격이나 기질, 가정환경, 가정폭력, 학대, 학교폭력과 같은 외상 경험, 사회적 안전망 등으로 다양하게 조사되고 있다(유진영, 김기만, 2014; 안현의, 2005; 김준범, 한광현, 2020; 윤명숙, 조혜정, 2008; 조영아, 김연희, 김현아, 2011; 육혜련, 2013). 그러나 이 가운데 무엇이 정신건강의 보호 또는 위험 요인으로 두드러지는지, 이러한 경향성은 다시 정신건강 문제의 유형에 따라 어떤 양상을 보여주는지 등에 대한 정보는 찾기 어렵다. 우리가 청소년 정신건강 보호와 증진을 위한 정책을 보다 정치하게 수립하기 위해서는 이러한 정보 수집이 선행될 필요가 있다.

따라서 우리는 본 장에서 청소년 정신건강을 다룬 선행연구에 대한 네트워크 분석을 통해 연구에서 다뤄진 다양한 청소년 정신건강 문제와 여기에 작용하는 보호 및 위험 요인 등을 범주화하였다. 본 장의 주요 내용으로는 연구에서 다뤄진 다양한 유형의 정신건강 문제의 빈도분석, 정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 전체 네트워크 분석, 주요 정신건강 문제 유형에 따른 보호 및 위험 요인에 대한 네트워크 분석, 분석 결과에 대한 함의 등이 있다.

우리는 네트워크 분석을 위해 10대 청소년의 정신건강 문제를 실증 연구한 논문을 사용했다. 논문 추출 과정을 부연하면 RISS 플랫폼에서 2010년~2020년 사이 국내 등재 학술지에 게재된 연구논문 중 ‘청소년’과 ‘정신건강’ 키워드를 동시에 사용해 검색되는 논문을 일차적으로 수집하였다. 이후 개별 논문 확인 작업을 통해 중복연구, 원문 부재 연구, 질적 연구, 연구대상이 국내 청소년이 아닌 연구, 정신건강과 무관한 연구, 종속변수가 정신건강이 아닌 연구, 외국어로 작성된 연구, 정신건강으로 다른 정신건강 문제를 설명하는 연구¹¹⁾ 등 본 연구목적에 부합하지 않은 논문들을 제외하였고 그 결과 231편의 논문이 최종 분석에 활용됐다.

231편의 양적 연구는 초, 중, 고, 후기 청소년, 다문화 청소년, 위기 청소년, 후기 청소년 등 다양한 집단을 포함하고 있었지만, 논문 대다수는 초중고생의 정신건강 연구에 집중돼 있었다(166편, 71.9%). 여타 다문화, 탈북, 가출, 보호관찰 청소년 등 특정 군의 청소년을 대상으로 정신건강을 확인한 논문은 28편(12.1%) 이었다.

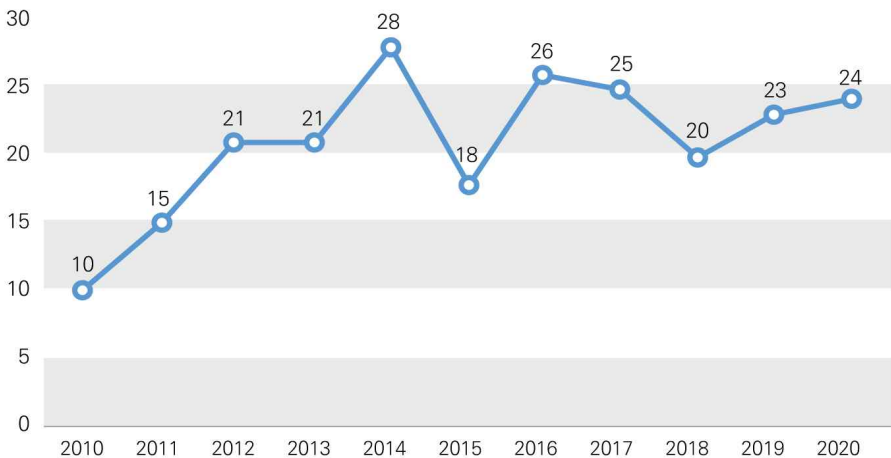
11) 우울, 학업 및 취업 스트레스와 같은 정신건강 문제가 자살, 자해 우울, 불안, 신체화 등 다른 정신건강 문제에 미치는 영향을 확인

(2) 연구 현황

1. 연도별 정신건강 연구 추이

청소년의 정신건강 문제는 청소년기의 문제에서 그치는 것이 아니라 이후의 생애주기 전반에 걸쳐 영향을 줄 수 있다는 점에서 청소년의 정신건강 문제 실태를 파악하는 것은 매우 중요하다. 그럼에도 불구하고 우리나라에서는 청소년 정신건강 문제에 대한 체계적이고 주기적인 역학조사가 제대로 시행되지 않고 있다(국가인권위원회, 2018:21-22). 그러나 학계와 현장에서 청소년 정신건강 문제의 심각성이 꾸준히 언급되며 관련 연구의 중요성이 강조되는 추세다.

우리는 아래 그림을 통해 이러한 추세를 가늠할 수 있는데 지난 11년간 청소년 정신건강 문제를 실증 연구한 논문은 꾸준히 증가해 왔다. 특히 2010년과 2014년 사이 가장 가파른 증가세가 확인된다.



그림Ⅱ-1 연도별 청소년 정신건강 관련 논문 수 현황

2. 정신건강 문제의 유형별 출현 빈도

다음으로 우리는 학계에서 주로 연구되고 있는 청소년 정신건강 문제의 유형을 확인하고자 연구에서 종속변수로 사용된 정신건강 문제를 색인하였다. 총 231편의 논문 중 138편(59.7%)은 2개 이상의 정신건강 문제를 측정하거나 복합척도를 사용하여 다양한 유형의 정신건강 문제를 분석하였는데 이처럼 2개 이상의 정신건강 문제를 종속변수로 삼았을 때 우리는 각 유형의 정신건강 문제를 개별 색인하였다. 예를 들어, 초등학교의 스마트폰 사용 행태가 신체와 정신건강에 미치는 영향을 확인한 한 연구(차동석, 2017)는 ‘한국판 간이 정신진단검사’를 사용하여 청소년의 정신건강 문제를 복합적으로 측정하였는데 한국판 간이 정신진단검사는 우울, 불안, 적대감 등을 측정하고 있다. 따라서 우리는 해당 논문의 종속변수를 ‘우울’, ‘불안’, ‘적대감’ 등 3개의 변인으로 독립 코딩하였다. 따라서 우리가 동향 분석에 사용한 연구논문은 총 231편이지만 이로부터 코딩된 종속변수의 총계는 아래의 표에서 알 수 있듯이 591개에 이른다.

표 II-1 정신건강 문제의 유형별 출현 빈도

유형	빈도	유형	빈도
우울	150	심리적 안녕감(정서적 웰빙)	9
자살·자해	81	사회·심리적 부적응	9
불안	73	행복	7
스트레스	46	식이문제	7
신체화	25	삶의 만족도	4
대인예민성	23	위축	4
적대감	22	정서조절	3
인터넷 스마트폰 중독	18	분노	3
정신증	18	ADHD	3
강박증	16	외상 후 스트레스 장애	2
편집증	13	절망감	1

유형	빈도	유형	빈도
기타	13	정서 행동 통제력 상실	1
수면문제	11	충동성	1
공격성	11	긴장	1
공포 불안	10	성격장애	1
게임중독	9	생활기능화	1

231편의 연구논문으로부터 코딩된 정신건강 문제는 우울, 불안, 수면문제, 행복, ADHD 등 32개 유형에 달한다. 가장 높은 빈도를 기록한 정신건강 문제는 우울로 150건에 달했으며 그 뒤를 이어 자살/자해(81건), 불안(73건), 스트레스(46건), 신체화(25건), 대인예민성(23건), 적대감(22건) 등의 순으로 출현빈도가 높았다.

이중 스트레스의 경우 학업 및 취업 스트레스, 일상 스트레스, 문화적응 스트레스, 관계 스트레스 등이 자살·자해, 수면 문제, 강박증, 인터넷이나 스마트폰 중독 등 다른 유형의 정신건강 문제에 미치는 영향 또는 해당 문제와의 연관성을 탐색한 연구가 다수 존재했는데 이러한 연구는 앞서 논문 선별 절차에서 언급했듯이 본 동향 분석의 목적에 부합하지 않으므로 분석에서 제외됐다. 따라서 위의 표에 집계된 스트레스의 출현 빈도는 실제 학계에서 수행된 스트레스 관련 연구 수보다 축소된 통계라 할 수 있다.

그 밖에도 정신증(18건), 강박증(16건), 편집증(13건), ADHD(3건) 등과 같은 문제를 다룬 연구도 있으나 전체 빈도에서 차지하는 비중은 상대적으로 낮다. 이러한 결과는 해당 문제가 실제 청소년에게 드물게 발생해서라기보다 병리적 정신건강 문제(정신질환)를 전문적으로 고찰하는 데 필요한 자원(비용과 시간)을 투자할 수 있는 연구가 많지 않기 때문일 것이다. 실제 대부분의 정신건강 연구에서 응답자의 자기기입식 설문 결과에 기초한 분석이 이루어지고 있는데 이는 조사의 경제성과 편의성이 연구수행의 주요한 잣대로 작용했음을 방증한다.

이미 표준화된 척도가 다양하게 개발된 우울, 불안, 스트레스, 자살 시도, 자해 등과 같은 유형의 정신건강 문제가 선행연구에서 높은 비중을 차지하는 이유도 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

3. 보호 및 위험 요인

우리는 연구에서 등장하는 다양한 유형의 정신건강 문제와 더불어 이러한 정신건강 문제에 영향을 미치는 것으로 나타난 독립변인, 즉 정신건강 문제를 개선하거나 반대로 악화시키는 데 유의한 영향력을 미친 보호 요인과 위험 요인을 유형화하였고 그 결과 총 81개의 요인이 도출됐다. 아래 표에는 이 중 출현빈도에 따른 상위 50개의 요인이 나열돼 있다.

표에서 확인할 수 있듯이 전체 81개의 독립변인 중 ‘교육 및 프로그램 경험’의 출현빈도가 27회로 가장 높았다. 여기서 교육 및 프로그램은 청소년의 정신건강 개선을 위해 설계된 전문 교육이나 심리치료 프로그램을 의미하며 이를 독립변인으로 다룬 논문은 해당 교육과 프로그램의 효과성을 검증하는 데 초점을 두고 있다.

다음으로 자아존중감, 부모 및 가족관계, 부모의 양육 태도 요인이 높은 빈도로 출현하였다. 이는 최근 10년간 청소년의 정신건강을 설명한 주 관심 요인이 청소년 개인의 정서 상태와 가족관계에 집중되어 있음을 시사한다.

표Ⅱ-2 출현 빈도 기준 상위 50개의 정신건강 관련 보호 및 위험 요인

요인	빈도	요인	빈도
교육 및 프로그램 경험	27	가족 건강성 기능성	5
자아존중감	17	또래 지지	5
부모(가족) 관계	15	신체활동	5
기타	15	부모 학대	5
부모 양육 태도	13	가족형태	4
인터넷 사용 행태	12	자아효능감	4
학교폭력	12	자아 탄력성	4
사회 지지	12	생활 만족	4
부정적 신체인식	11	부모 애착	4
부모(가족) 지지	11	교사 관계	4
흡연	11	부모 방임	4
또래 관계	10	성 경험	3
사회경제적 수준	9	게임 사용 행태	3
음주	9	또래 애착	3
수면 행태	8	부모 폭력	3
신체 질환	8	가정폭력	3
학업성취도	8	긍정성	3
학교 적응	8	사회 적응	3
스마트폰 사용 행태	7	약물	3
부모 간 갈등 및 폭력	7	미디어사용 행태	2
식습관	7	비행	2
주관적 건강 상태	7	교사 지지	2
부모(가족) 의사소통	6	외상 경험	2
다문화배경	6	부모교육수준	2
폭력	5	대인 관계	2

표에는 포함돼 있지 않지만 주거 형태, 진로 문제, 자아 분화, 완벽주의, 사회적 배제, 자기 통제력, 부정적 정서, 사회적 위축, 자기에 정서조절 능력 등의 요인도 2회의 출현빈도를 보여주었다.

4. 연도별 정신건강 문제의 분석 동향

우리는 청소년 정신건강 문제에 대한 학계의 관심 추이를 살펴보기 위해 연구에서 종속변수로 등장한 정신건강 문제의 연도별, 유형별 출현빈도를 살펴보았다. 아래 그림은 출현빈도가 가장 높은 상위 15개 유형의 정신건강 문제를 연도별로 구분한 결과다.

부연하면, 2010년부터 2020년까지 가장 빈번하게 분석된 정신건강 문제는 우울이었다. 우울 문제는 시기별로 등락이 있으나 전반적으로 다른 정신건강 문제와 비교해 정신건강 연구에서 가장 많이 다뤄졌다. 자살·자해에 대한 연구는 2010년 1건에서 2020년 14건으로 지속해서 증가하는 추이를 보인다. 불안에 관한 연구는 2017년까지 평균 7.5건으로 자살·자해와 비슷한 수준의 출현빈도를 보였으나, 2018년에는 4건, 2019년 4건, 2020년 5건 등 시간이 지날수록 출현빈도가 줄어들고 있다.

심리적 안녕감, 식이문제, 행복 등은 낮은 출현빈도로 인해 그림에는 제시되지 않았으나 이에 관한 연구는 2013년부터 등장하기 시작했고 2020년까지 꾸준히 진행되고 있다(참고자료 1 참조).

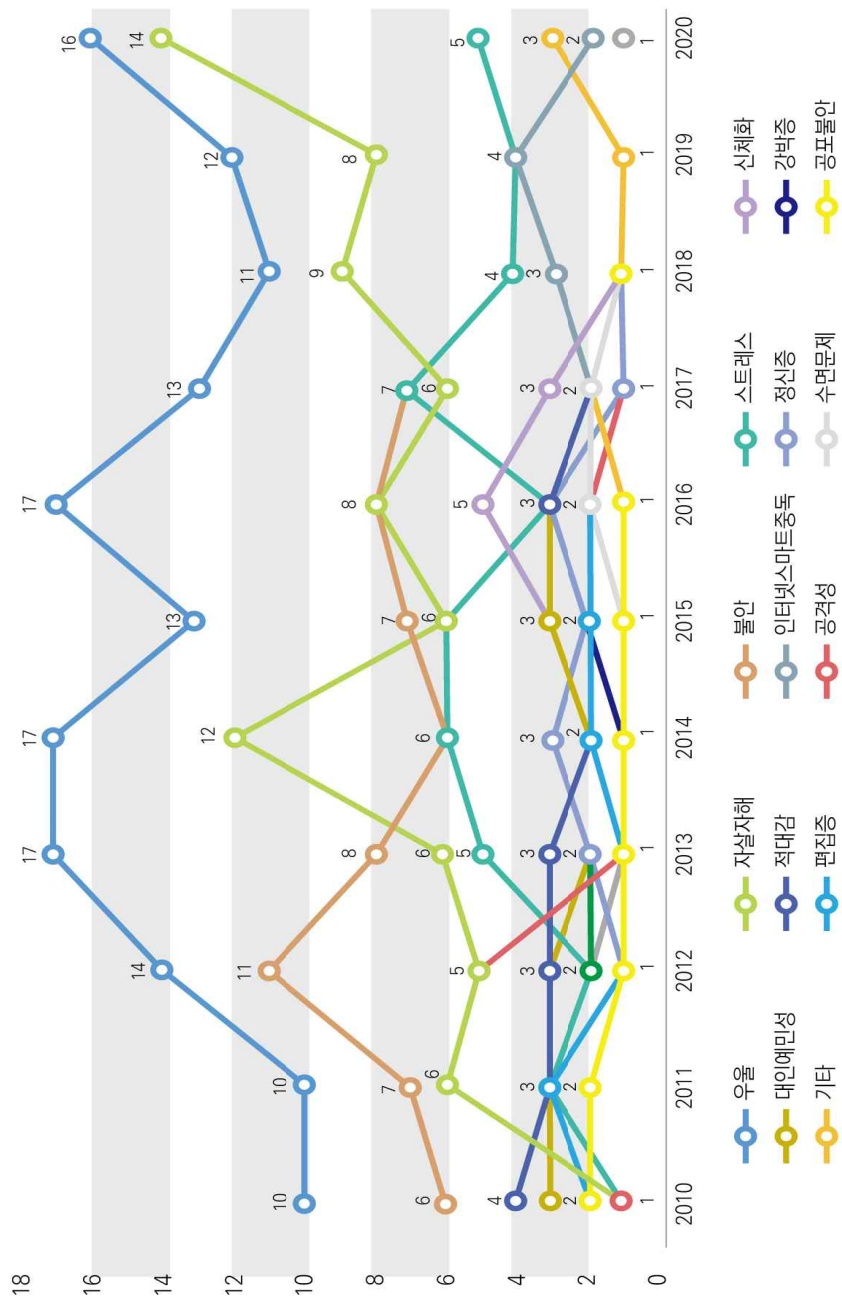


그림 II-2 주요 정신건강 문제의 연도별, 유형별 출현 빈도(전체 수치는 참고자료 1참조)

5. 대상별 정신건강 연구 동향

청소년기는 빠른 성장과 발달이 이뤄지는 시기이므로 연령에 따라 발생하는 정신건강 문제의 유형에 차이가 존재할 수 있다. 따라서 우리는 연령에 따른 청소년 정신건강 연구의 편차를 살펴보았다. 정확한 편차의 확인을 위해 우리는 연구논문 중 단일 연령집단을 대상으로 한 연구, 즉 ‘초등학생’, ‘중학생’, ‘고등학생’이 개별적으로 분석된 연구를 선별했는데 그 결과 초등학생을 대상으로 한 논문은 총 11편(4.3%), 중학생은 43편(18.2%), 고등학생은 34편(13.9%)으로 집계됐다. 그밖에 논문은 초중학생, 중고등학생, 고등학생 및 후기 청소년 등 연구 대상이 혼재돼 있거나 10대 청소년을 포함하지 않고 있어 대상별 정신건강 연구 동향 분석에서는 제외됐다.

아래 그림은 해당 논문을 대상으로 진행된 연구 동향 분석 결과로 그림의 비율은 각각의 대상에서 진행된 정신건강 문제의 유형별 점유율을 나타낸다(참고자료 2 참조).

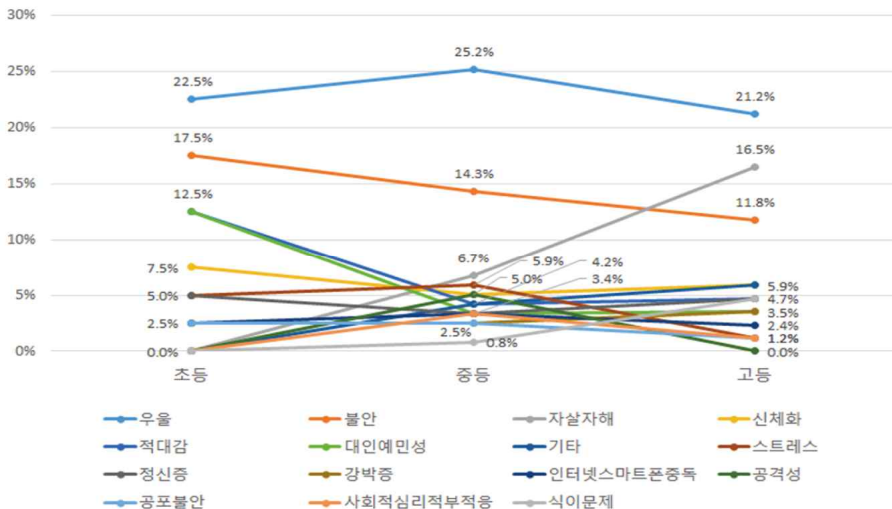


그림 II-3 연구에서 다뤄진 정신건강 문제 유형의 연령집단 내 출현 비율(단위: %)

그림에서 알 수 있듯이 초중고생 대상 연구에서 우울과 불안에 대한 분석이 가장 많이 시행됐다. 불안의 경우 고등학생(11.8%)보다 초등학생(17.5%) 대상 연구에서 더 많이 다뤄졌다.

자살·자해에 관한 연구는 초등학생 대상으로 실시되지 않았지만, 중학생과 고등학생 대상 연구에서 각각 6.7%, 16.5%의 점유율을 보여주었다. 이는 자살·자해가 청소년 중에서도 특히 학업 및 입시 스트레스가 가중되는 중고등학생에게 심각하게 나타나는 문제임을 방증하며¹²⁾, 동시에 자살이 10대 청소년의 주요 사망 원인(통계청, 여성가족부, 2020)으로 작용하는 현실과도 맥을 같이 한다.

그 밖에 초등학생 대상 연구에는 등장하지 않고 중고등학생 대상 연구에서만 등장하는 정신건강 문제로는 식이문제(중등 .8%, 고등 4.7%), 사회·심리적 부적응(중등 3.4%, 고등 1.2%) 등이 있었다.

우리는 지금까지 동향 분석을 통해 선행연구에서 등장하는 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인의 출현빈도를 살펴보았다. 그러나 이러한 단순 출현빈도는 실제 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간의 연관성을 보여주지는 못한다. 따라서 우리는 네트워크 분석 기법을 사용해 정신건강 문제의 유형과 보호 및 위험 요인의 연관성을 더 세밀하게 고찰하고자 한다.

2) 네트워크 분석

(1) 네트워크 분석

사회 네트워크(Social network)는 사회를 구성하는 일원이나 집합 간의 관계에서 형성된 사회적 상호작용이나 관계 구조 등을 의미한다. 상호작용은 개인

12) 권형진 (2018.03.06.). 지난해 초중고생 114명 극단적 선택...2년 연속 증가. 뉴스1.
<https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=421&aid=0003243998>에서 2021년 5월 12일 인출.

간의 관계나 집단 간의 관계에 대한 정보를 포함하므로 사회 네트워크 구조는 사회 일원의 행동 양식을 파악하는 데 유용하다. 네트워크 분석(Network analysis)은 이러한 사회 네트워크의 형태를 구조적으로 분석하여 상호작용의 양상이나 특성을 정량화한다. 네트워크 분석은 네트워크 내에 행위자가 없는 사회학, 경제학, 생물학, 과학기술 등 다양한 분야에서도 사용되고 있으며 연구 동향을 분석하는 방법으로도 학계에서 활발히 사용되고 있다(우성미, 오소영, 2019; 박주섭, 김나랑, 한은정, 2018).

네트워크는 각 개인이나 집단, 특성, 변인 등을 의미하는 노드(Node)와 노드 간의 관계를 의미하는 링크(Link)로 구성되어 있으며, 자료는 매트릭스 구조로 치환된다. 네트워크 분석은 노드와 링크를 사용해 변인 간의 관계를 모형으로 표현하며(Network graph), 중심성(centrality)이나 집중도(centralization)와 같은 네트워크 지표로 구조의 특성을 수치화하여 네트워크 내의 관계를 해석한다.

1. 2모드 네트워크 분석

네트워크 대부분은 서로 유사한 노드를 가진 단일모드 네트워크(one-mode network)다. 단일모드 네트워크 분석은 노드 간의 관계나 네트워크 내에 중심이 되는 핵심 노드를 파악하기 위해 수행된다. 예를 들어 개인 간의 관계성(친분)을 알아본다고 가정하자. 개인 간의 관계성(친분)을 나타내는 네트워크의 매트릭스 행렬을 그림으로 그려보면 아래 그림과 같이 A를 중심으로 모든 개인이 연결된 네트워크가 만들어진다. 이러한 네트워크는 논문 인용 정도나, 코로나19의 감염경로, 관계 내에 주요 인물 파악, R&D 주요 과학기술 분야 파악 등에 유용하게 사용된다.

	A	B	C	D
A	1	1	1	1
B	1	1	0	0
C	1	0	1	0
D	1	0	0	1

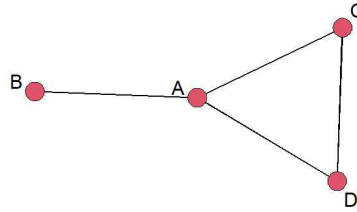


그림 II-4 1모드 네트워크 행렬 및 네트워크 그래프

그러나 본 연구에서는 주요 정신건강 문제를 파악하고, 해당 정신건강 문제와 밀접한 연관성이 있는 보호 및 위험 요인을 선별하는 것이 주된 목적이므로 개인 간의 친분 관계처럼 행(보호 및 위험 요인)과 열(정신건강)의 자료가 중복되지 않는다. 이처럼 행과 열이 서로 다른 노드로 구성된 네트워크를 2모드 네트워크(two-mode network)라 부르며 2모드 네트워크는 주로 두 영역 간의 관계나 동향을 확인하기 위해 사용된다. 예를 들어 2모드 네트워크 분석은 관광객이 주로 방문하는 지역(관광객-방문지역), 특정 행사에 참여하는 사람들의 특징(개인-행사), 특정 상품을 사는 구매자의 특징(구매자-상품) 등과 같이 두 개의 다른 집단 간 관계를 파악하고 행위를 해석하는데 용이하다. 따라서 아래 개인의 동호회 소속 여부를 조사하여 이를 2모드 네트워크 행렬을 만들어 그림으로 표현한다면 다음과 같을 것으로 우리는 개인 간의 친분 여부는 그림을 통해 알 수 없지만, A가 두 곳의 동호회에서 모두 활동함으로써 전체 참가자를 연결할 수 있는 핵심 인물임을 확인할 수 있다.

	ㄱ	ㄴ
A	1	1
B	0	1
C	1	0
D	1	0

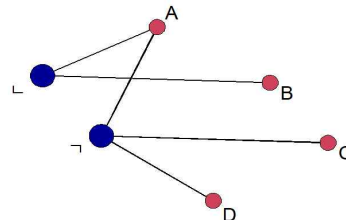


그림 II-5 2모드 네트워크 행렬 및 네트워크 그래프

2. 연결중심성

네트워크 분석은 위의 두 그림처럼 네트워크를 그래프로 시각화하여 해석하는 동시에 네트워크 행렬을 지수로 환산하여 각 노드의 중요성과 영향력 등을 정량화해 네트워크의 구조를 계량적으로 평가할 수 있다. 이때 가장 자주 사용되는 지수는 중심성(centrality)으로 중심성은 ‘네트워크에서 가장 중요하거나 중심이 되는 노드’를 의미한다(Newman, 2010). 중심성은 어떤 기준으로 중심이 되는가에 따라 다시 연결중심성(degree centrality), 아이겐벡터 중심성(eigenvector centrality), 매개중심성(betweenness centrality), 그리고 근접중심성(closeness centrality) 등으로 구분되는데 본 연구에서는 연결중심성과 매개중심성을 사용해 정신건강 문제에 영향을 미치는 주요 보호 및 위험 요인을 색인했다.

먼저 연결중심성(C_d)은 노드 간의 직접적인 연결 정도를 의미한다(Bonacich, 1987). 네트워크의 내용에 따라 높은 연결중심성을 가진 노드가 더 많은 정보에 빠르게 접근할 수 있다거나, 더 많은 변인과 직접적인 연관이 있다고 해석할 수 있다. 예를 들어, 논문 인용에 대한 네트워크 분석에서 연결중심성이 높은 노드(논문)는 자주 인용되는 논문으로 해당 분야에서 잠재적 영향력이 있다고 해석할 수 있다. 노드 i 에 대한 Nieminen(1974)의 연결중심성 공식은 [1]과 같다.

$$C_d = \sum_{j(\neq i)} X_{ij} \quad [1]$$

그러나 공식 [1]로 산출한 값은 노드 i 와 노드 j 를 연결하는 링크의 단순 합산이며, 표본크기(네트워크 크기)에 따라 값의 변화가 크기 때문에 표본크기의 효과를 상쇄시키는 표준화 작업이 필요하다. 이에 Borgatti와 Everett(1997)는 2모드 네트워크의 연결중심성 표준화 공식을 [2]와 같이 제안하였다.

$$C'_d = \frac{\sum_{j(\neq i)} X_{ij}}{n_i} \quad [2]$$

2모드 네트워크의 연결중심성은 보호 및 위험 요인이 정신건강 문제와 연결된 링크의 합을 정신건강 문제의 수(n_i)로 나눈다. 따라서 연결중심성이 높은 보호 및 위험 요인은 해당 정신건강 문제와 높은 비율로 연결되어 있지만 다른 유형의 정신건강 문제와도 다양하게 연결되어 있다고 해석하기에는 무리가 있다. 연결중심성 공식에는 한 노드가 여러 노드에 동시에 연결되었는지에 대한 정보를 포함하지 않으므로 해당 노드가 특정 정신건강을 설명하는 변인으로만 사용되었을 가능성이 있기 때문이다.

3. 매개중심성

매개중심성(C_b)은 노드가 다른 노드 간의 관계를 매개하는 정도를 의미한다. 노드 i 의 매개중심성은 노드 j 에서 노드 k 로 가는 모든 최단 경로 중에 노드 i 가 포함된 경로의 비율이다(공식 [3]; Freeman, 1977).

$$C_b = \sum_{i \neq j \neq k} \frac{G_{jk}(N_i)}{G_{jk}} \quad [3]$$

* G_{jk} 는 노드 j 에서 노드 k 로 가는 모든 최단 경로(geodesic)

만약 노드 $A(N_A)$ 가 네트워크 내 다른 노드와 연결이 적고, 노드 간의 연결 최단 경로에 노드 A 가 포함되지 않는다면 N_A 의 매개중심성 수치는 낮아진다. 반대로 노드 B 가 네트워크 연결 내 중심부에 위치하여 다른 노드 사이를 연결하는 최단 경로를 제공한다면 N_B 의 매개중심성 수치는 높아진다. 따라서 매개중심성이 높은 노드는 네트워크의 연결이나 흐름 등에서 중요한 중개자 역할을 한다(Latora & Marchiori, 2007).

본 장의 분석 자료는 2모드 네트워크로 보호 및 위험 요인 노드는 오직 정신건강 문제 노드만을 연결하는 구조의 이분 그래프이다. 따라서 특정 보호 및 위험 요인 노드의 매개중심성 수치가 높다면, 이는 해당 요인이 여러 유형의 정신건강 문제와 동시에 연결되어 있다고 해석할 수 있을 것이다. 그러나 일반적인 매개중심성 공식은 보호 및 위험 요인과 보호 및 위험 요인 간의 연결, 보호 및 위험 요인과 정신건강 문제 간의 연결도 포함하여 계산하므로 전체적인 수치가 오염된다. 따라서 우리는 Borgatti와 Everett(1997)가 2모드 네트워크를 위해 제안하는 공식 [4]로 각 행, 열 집합의 크기를 고정하여 정신건강 문제를 연결하는 보호 및 위험 요인 값을 산출하였다. n_0 은 보호 및 위험 요인의 노드 수이고, n_i 은 정신건강 요인의 노드 수이다.

$$C_b = \frac{\sum_{i \neq j \neq k} \frac{G_{jk}(N_j)}{G_{jk}}}{2(n_0 - 1)(n_1 - 1)} \quad [4]$$

* 분모 $2(n_0 - 1)(n_i - 1)$ 은 $n_0 > n_i$ 시 사용함

(2) 분석 방법

우리는 분석을 위해 보호 및 위험 요인이 행, 정신건강 문제가 열을 이루는 2모드 네트워크 행렬을 구축하였다. 그리고 네트워크 분석 및 시각화를 위해 R 프로그램과 SNA package가 사용됐다. 우리는 네트워크 분석을 통해 산출한 연결중심성과 매개중심성 수치를 이용해 청소년 정신건강 연구에서 빈번하게 활용되면서 동시에 다양한 정신건강 문제를 설명하는 보호 및 위험 요인을 파악하였다.

(3) 분석 결과

1. 보호 및 위험 요인의 중심성

정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인을 대상으로 연결중심성과 매개중심성을 분석하고, 연결중심성과 매개중심성이 높은 상위 25개 요인을 다음과 같이 정리했다.

표 II-3 보호 및 위험 요인의 중심성 분석 결과(상위 25개 기준)

순위	보호 및 위험 요인	연결중심성	순위	보호 및 위험 요인	매개중심성
1	교육 및 프로그램 경험	2.938	1	인터넷 사용 행태	.133
2	부정적 신체인식	1.313	2	부모(가족) 관계	.132
3	인터넷 사용 행태	1.250	3	교육 및 프로그램 경험	.118
4	부모(가족) 관계	1.156	4	부모 간 갈등 및 폭력	.100
5	부모 양육 태도	1.156	5	사회 지지	.088
6	학교폭력	1.000	6	자아존중감	.079
7	스마트폰 사용 행태	.938	7	기타	.059
8	기타	.906	8	부모(가족) 지지	.058
9	자아존중감	.875	9	자아 탄력성	.058
10	부모(가족) 지지	.813	10	부정적 신체인식	.049
11	부모 간 갈등 및 폭력	.781	11	또래 관계	.040
12	사회 지지	.656	12	폭력	.038
13	부모(가족) 의사소통	.656	13	부모 양육 태도	.038
14	또래 관계	.625	14	학업성취도	.034
15	수면 행태	.625	15	주관적 건강 상태	.028
16	사회경제적 수준	.625	16	수면 행태	.023
17	흡연	.625	17	학교폭력	.022
18	신체 질환	.594	18	부모(가족) 의사소통	.022
19	폭력	.563	19	신체 질환	.019

순위	보호 및 위험 요인	연결중심성	순위	보호 및 위험 요인	매개중심성
20	학업성취도	.563	20	또래 지지	.019
21	자아 분화	.563	21	진로 문제	.018
22	다문화배경	.531	22	사회경제적 수준	.018
23	음주	.469	23	자아효능감	.017
24	또래 지지	.438	24	학교 적응	.016
25	가족 건강성 기능성	.438	25	가족 건강성 기능성	.016

표에서 알 수 있듯이 연결중심성 1위는 교육 및 프로그램 경험 요인으로, 이는 교육 및 프로그램 경험 여부로 청소년의 정신건강 개선을 확인한 연구논문의 수가 가장 많았음을 의미한다. 해당 요인의 매개중심성은 3위(2↓)로 연결중심성보다 낮은 순위를 차지했다. 이는 교육 및 프로그램 경험을 독립변인으로 사용한 논문의 수는 많으나, 그 수에 비해 상대적으로 다양한 유형의 정신건강 문제에 관한 연구에서 활용되지 않았음을 의미한다. 가장 많은 유형의 정신건강 문제에 연결된 보호 및 위험 요인은 인터넷 사용 행태였다(연결중심성 3위, 2↓).

상위 25개의 보호 및 위험 요인 중 20개의 요인은 높은 연결중심성과 높은 매개중심성을 동시에 가지는 것으로 나타났다. 이는 청소년 정신건강 문제를 설명하는데 잦은 빈도로 사용된 보호 및 위험 요인이 특정 유형의 정신건강 문제에만이 아니라 다양한 유형의 정신건강 문제를 설명하는 데 사용되었음을 의미한다.

반면, 연결중심성만 상위 25위 안에 포함된 다섯 요인은 7위 스마트폰 사용 행태 (매개중심성 35위, 28↓), 17위 흡연(매개중심성 32위, 15↓), 21위 자아분화 (매개중심성 37위, 16↓), 22위 다문화배경(매개중심성 27위, 5↓), 23위 음주 (매개중심성 36위, 13↓) 등이 있었다. 반대로 매개중심성만 상위 25위에 포함된 다섯 요인으로서는 9위 자아탄력성(연결중심성 32위, 23↓), 15위 주관적 건강 상태(연결중심성 28위, 13↓), 21위 진로 문제(연결중심성 29위, 8↓),

23위 자아효능감(연결중심성 30위, 7↓), 24위 학교 적응(연결중심성 34위, 10↓) 등이 있었다.

2. 네트워크 시각화

우리는 정신건강 문제와 관련 보호 및 위험 요인이 구성하는 네트워크를 다음과 같이 시각화하였다. 네트워크에서 파란색 네모(◆) 노드는 정신건강 문제를 의미한다. 231편의 논문에서 추출한 32개 유형의 정신건강 문제를 U01부터 U32로 코딩하였다(참고자료 3). 붉은 동그라미(●) 노드는 각 유형의 정신건강 문제와 관련이 있는 보호 및 위험 요인으로 v01~v81로 코딩하였다(참고자료 4). 마지막으로 회색 선은 노드와 노드를 연결하는 링크로 해당 보호 및 위험 요인으로 정신건강 문제를 연구한 경우가 존재함을 의미한다.

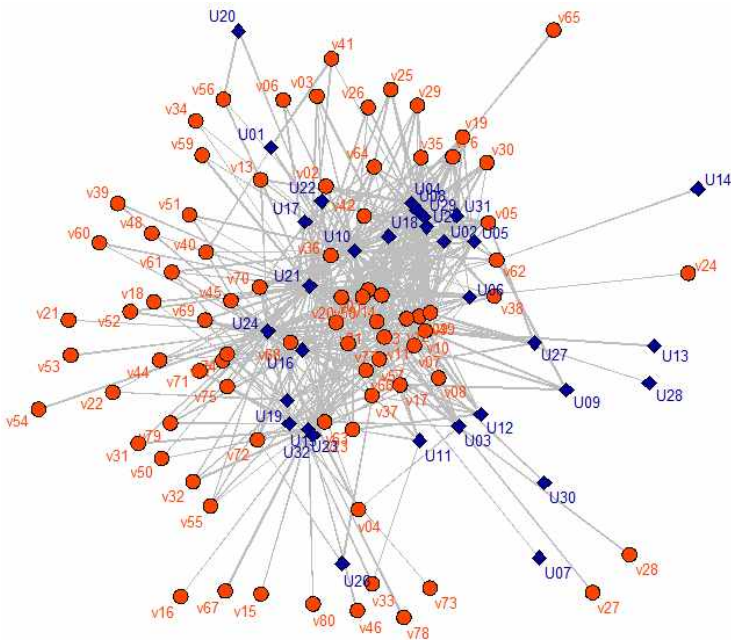


그림 II-6 청소년 정신건강 연구의 전체 네트워크 시각화

네트워크 시각화의 장점은 노드의 위치 및 모양을 이용해 직관적으로 주요 요인과 관계성을 해석할 수 있다는 점이다. 예를 들어, 네트워크의 오른쪽에 있는 U14는 성격장애로 이에 연결된 보호 및 위험 요인은 v62(자아탄력성) 하나뿐이다. 또한 그림에서 다양한 보호 및 위험 요인에 둘러싸여 있고, 네트워크 모형의 정중앙에 있는 정신건강 노드는 U18(신체화), U10(불안), U21(우울), U24(자살·자해), U16(스트레스)으로 나타난다.

3. 요약

우리는 지금까지 네트워크 중심성 분석을 통해 정신건강 문제를 설명하는 보호 및 위험 요인을 살펴보았고 이 가운데 연결중심성과 매개중심성이 모두 높은 20개의 요인을 선별하였다. 우리가 선행연구에서 추출한 전체 81개의 보호 및 위험 요인을 관계 및 지지, 인지 및 정서, 건강, 외상, 진로, 매체, 비행, 적응, 교육 및 프로그램 경험, 인구학적 배경, 기타 영역으로 재범주화(상위 범주) 했을 때 20개의 주요 보호 및 위험 요인은 관계 및 지지, 인지 및 정서, 건강, 외상, 진로, 매체, 교육 및 프로그램 경험, 인구학적 배경 영역에 해당한다.

부연하면 20개의 주요 보호 및 위험 요인 가운데 다수가 관계 및 지지 영역에 포함돼 있다(부모(가족) 관계, 가족 건강성 기능성, 부모(가족) 의사소통, 부모(가족) 지지, 부모 양육 태도, 또래 관계, 또래 지지, 사회 지지). 인지 및 정서 영역에는 부정적 신체인식과 자아존중감, 건강 영역에는 수면 행태, 신체 질환이, 외상 영역에는 부모 간 갈등 및 폭력, 학교폭력, 폭력 요인이, 진로 영역에는 학업성취도, 매체 영역에는 인터넷 사용 행태, 그리고 인구학적 배경 영역에는 사회경제적 수준 요인이 포함돼 있다. 특이사항으로는 교육 및 프로그램 경험이 있다.

그리고 네트워크 시각화 분석을 통해 확인된 정신건강 문제로는 신체화, 불안, 우울, 자살·자해, 스트레스 등이 있었다. 이러한 결과는 청소년 정신건강 문제를 다룬 연구에서 행복, 성격장애, 정신증, 예민증, 인터넷·스마트폰 중독 등 다양한

유형의 문제가 다뤄졌지만, 신체화, 불안, 우울, 자살·자해, 스트레스 등 다섯 가지 요인에 관한 연구가 상대적으로 더 큰 비중을 차지하고 있음을 의미한다.

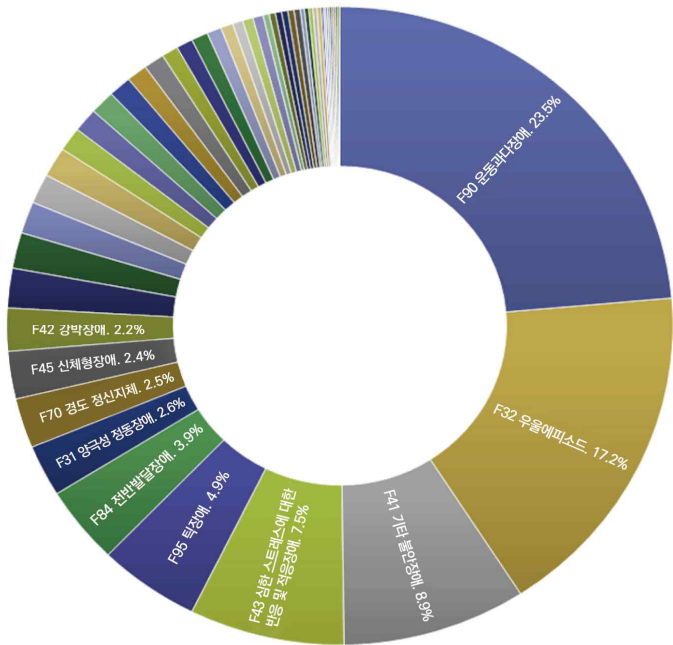
표Ⅱ-4 주요 보호 및 위험 요인 선별 결과

상위 범주	보호 및 위험 요인	
관계 및 지지	부모(가족) 관계	가족 건강성 기능성
	부모(가족) 의사소통	또래 관계
	부모(가족) 지지	또래 지지
	부모 양육 태도	사회 지지
인지 및 정서	부정적 신체인식	자아존중감
건강	수면 행태	신체 질환
외상	부모 간 갈등 및 폭력	학교폭력
	폭력	
진로	학업성취도	
매체	인터넷 사용 행태	
교육 및 프로그램 경험	교육 및 프로그램 경험	
인구학적 배경	사회경제적 수준	

3. 주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 분석

우리는 앞서 청소년 정신건강 연구에서 등장하는 다양한 유형의 정신건강 문제를 살펴보았고 네트워크 분석을 통해 이러한 문제를 설명하는 주요 보호 및 위험 요인을 선별하였다. 그러나 앞의 요약에서 언급했듯이 연구에서 높은 비중을 차지하는 청소년 정신건강 문제는 신체화, 불안, 우울, 자살·자해, 스트레스 등이며 이러한 유형의 정신건강 문제는 현실에서도 10대 청소년의 정신건강을 위협하는 주요 문제점으로 확인되고 있다. 예를 들어 건강보험심사평가원의 보건 의료 빅데이터 개방 시스템에서 제공되는 정신 및 행동장애(F00-F99) 진료

현황자료(2013년~2018년)를 연령별, 질환별로 분석하면 10대 청소년 환자에서 운동과다장애(F90)가 가장 높은 점유율인 23.5%를, 그 뒤를 이어 우울에피소드(F32), 기타 불안장애(F41), 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애(F43), 그리고 틱장애(F95) 등이 각각 17.2%, 8.9%, 7.5%, 그리고 4.9%의 점유율을 차지하고 있음을 확인할 수 있다. 2019년과 2020년의 경우에도 이전 기간과 마찬가지로 10대 청소년 환자가 가장 많이 진료를 받은 정신건강 문제는 운동과다장애, 우울증, 기타 불안장애, 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애, 그리고 틱장애 등이었다(박진우, 허민숙, 2021). 이러한 일련의 진료 통계는 결국 10대 청소년의 주요 정신건강 문제가 ADHD, 우울, 불안, 스트레스, 그리고 틱 등으로 좁혀질 수 있음을 말해준다.



* 출처: 건강보험심사평가원. 보건 의료 빅데이터 개방 시스템. 건강보험심사평가원 3단상병별 성별 연령군별 통계_20181231 파일. <https://www.data.go.kr/data/15072907/fileData.do>에서 2021년 3월 1일 인출. 통계자료를 연구자가 분석.

그림 II -7 10대 청소년 환자의 정신건강 문제 진료 내역(2013년~2018년)

따라서 우리는 앞서 소개한 네트워크 분석 결과, 건강보험심사평가원의 진료 자료 등을 토대로 ADHD, 스트레스, 우울, 불안, 신체형, 자살·자해 등을 10대 청소년의 주요 정신건강 문제로 정의하고 선행연구에서 등장한 다양한 정신건강 종속변수를 이들 6개 유형의 정신건강 문제로 재범주화 했다.¹³⁾ 아래 표는 구체적으로 선행연구의 어떤 정신건강 종속변수가 6개 유형의 정신건강 문제로 재범주화 됐는지를 보여준다.

표 II-5 10대 청소년의 주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 분석을 위한 정신건강 종속변수 재분류

초기 분류	재분류
ADHD	ADHD
충동성	
강박증	
대인예민성	불안
공포불안	
불안	
긴장	
외상 후 스트레스 장애	스트레스
스트레스	
신체화	신체형
우울	우울
정서조절	
절망감	자살/자해
자살	
자해	

13) 재범주화 작업은 임상심리학자, 아동·청소년 정신건강 전문가 등의 자문을 토대로 이루어졌다. 예를 들어 충동성은 ADHD의 대표 세부 증상으로 정의돼 충동성을 종속변수로 연구한 논문은 ADHD 연구로 재분류됐다. 그리고 6개 유형의 정신건강 문제로 분류되지 않는 정신건강 종속변수는 네트워크 분석에서 제외됐다.

1) 주요 정신건강 문제의 연결중심성 분석 결과

(1) 주요 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인의 중심성

10대 청소년의 우울, 불안, 자살·자해, 스트레스, 신체형, ADHD 수준을 측정한 논문에서 주요 정신건강을 설명하는 데 사용한 보호 및 위험 요인은 총 69개였다. 69개의 보호 및 위험 요인과 6개의 주요 정신건강 문제를 대상으로 연결중심성과 매개중심성을 분석한 결과는 아래의 표와 같다.

표 II-6 보호 및 위험 요인의 중심성 분석 결과(6개 유형의 주요 정신건강 문제 기준)

순위	보호 및 위험 요인	연결중심성	순위	보호 및 위험 요인	매개중심성
1	교육 및 프로그램 경험	10.667	1	교육 및 프로그램 경험	.103
2	부정적 신체인식	5.500	2	인터넷 사용 행태	.103
3	부모 양육 태도	4.667	3	게임 사용 행태	.036
4	인터넷 사용 행태	4.333	4	부정적 신체인식	.027
5	학교폭력	4.333	5	학교폭력	.027
6	스마트폰 사용 행태	4.000	6	부모(가족) 관계	.027
7	부모(가족) 관계	3.500	7	자아존중감	.027
8	자아존중감	3.500	8	기타	.027
9	부모(가족) 지지	3.167	9	부모간 갈등 및 폭력	.027
10	기타	3.167	10	폭력	.027
11	부모 간 갈등 및 폭력	3.000	11	음주	.027
12	흡연	2.667	12	또래 관계	.027
13	폭력	2.667	13	가족 건강성 기능성	.027
14	사회 지지	2.333	14	자아효능감	.027
15	수면 행태	2.333	15	미디어 사용 행태	.021
16	신체 질환	2.333	16	부모 양육 태도	.019
17	다문화배경	2.333	17	부모(가족) 지지	.019
18	부모(가족) 의사소통	2.167	18	진로 문제	.019
19	음주	2.167	19	사회 지지	.018

순위	보호 및 위험 요인	연결중심성	순위	보호 및 위험 요인	매개중심성
20	또래 관계	2.000	20	수면 행태	.018
21	자아 분화	2.000	21	신체 질환	.018
22	학업성취도	2.000	22	학업성취도	.018
23	식습관	2.000	23	가족형태	.018
24	사회경제적 수준	2.000	24	학교 적응	.018
25	가족형태	.159	25	생활 만족	.018

6개 주요 정신건강 문제를 대상으로 벌인 네트워크 분석에서 교육 및 프로그램 경험이 가장 높은 연결중심성을 보였으며, 매개중심성도 1위를 차지했다. 이는 우리가 앞서 전체 정신건강 문제를 실시했던 네트워크 분석에서의 연결중심성 순위와 같으며 매개중심성의 순위는 2계단 상승하였다(2↑).

또한 전체 정신건강 문제를 대상으로 한 중심성 분석 결과와 다르게 연결중심성 및 매개중심성 상위 5위 안에 네 개의 요인(교육 및 프로그램 경험, 부정적 신체인식, 인터넷 사용 행태, 학교폭력)이 동시에 있다. 이는 프로그램의 효과성을 확인하거나, 부정적인 신체인식, 인터넷 사용 행태, 학교폭력 등이 청소년 정신건강에 미치는 영향력을 실증한 연구가 활발하게 진행되었으며 해당 요인들이 대부분의 주요 정신건강 문제를 설명하는 데 사용되었음을 의미한다.

(2) 네트워크 시각화

다음은 6개 유형의 주요 정신건강 문제(◆)와 보호 및 위험 요인(●)으로 2모드 네트워크 분석을 수행한 결과다. 각 유형의 정신건강 문제와 연결 빈도가 높은 보호 및 위험 요인은 원의 크기가 크며 매개중심성이 높을수록 상대적으로 정신건강 문제(종속변수)에 가까이 위치한다.

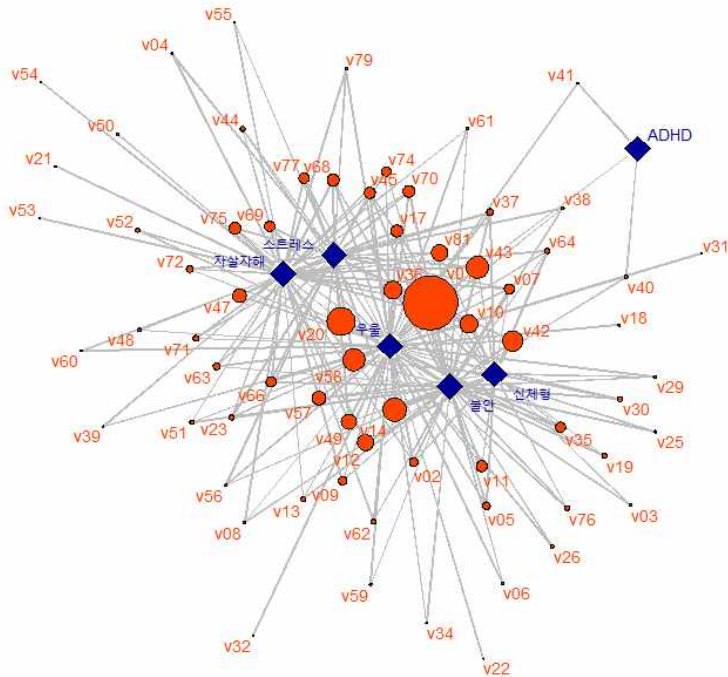


그림 11-8 주요 정신건강 문제에 대한 네트워크 시각화

네트워크 시각화 결과, 중심성 분석 결과와 동일하게 v01(교육 및 프로그램 경험), v20(부정적 신체인식), v43(인터넷 사용 행태), v58(학교폭력), v14(부모 양육 태도) 노드가 ADHD를 제외한 여타 주요 정신건강 문제와 가까이 위치하였다. ADHD는 v40(게임 사용 행태), v41(미디어 사용 행태), v43(인터넷 사용 행태) 노드와 연결되었다.

2) 주요 정신건강 문제별 보호 및 위험 요인

청소년의 우울과 불안은 ADHD나 신체형과 비교해 상대적으로 연구가 활발히 이뤄진 영역이다. 만약 많은 연구가 이뤄진 정신건강 문제와만 관계하는 보호

및 위험 요인이 존재한다면 해당 보호 및 위험 요인이 전체 보호 및 위험 요인에서 차지하는 비율은 높아질 것이고, 결과적으로 특정 보호 및 위험 요인의 중심성이 전체 결과를 대변(왜곡)할 가능성이 있다. 따라서 우리는 주요 정신건강 문제별로 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인을 추가 분석하였고 그 결과는 아래의 두 표와 같다. 두 표에는 우울, 불안, 자살·자해, 스트레스, 신체형, ADHD 등과 높은 연결중심성을 보여주는 상위 20개의 보호 및 위험 요인이 나열돼 있다.

표 II-7 우울, 불안 자살·자해와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인(상위 20위)

순위	우울	불안	자살·자해
1	교육 및 프로그램 경험	교육 및 프로그램 경험	부정적 신체인식
2	부정적 신체인식	스마트폰 사용 행태	교육 및 프로그램 경험
3	부모 양육 태도	부모 양육 태도	음주
4	부모(가족) 지지	학교폭력	학교폭력
5	인터넷 사용 행태	부모(가족) 관계	수면 행태
6	기타	부모 간 갈등 및 폭력	흡연
7	부모(가족) 관계	자아분화	다문화배경
8	자아존중감	인터넷 사용 행태	자아존중감
9	부모(가족) 의사소통	부모(가족) 지지	부모 학대
10	학교폭력	자아존중감	폭력
11	흡연	부정적 신체인식	학교 적응
12	식습관	폭력	학업성취도
13	부모 간 갈등 및 폭력	또래 관계	주관적 건강 상태
14	또래 지지	교사 지지	가족형태
15	스마트폰 사용 행태	가족 건강성 기능성	부모 양육 태도 식습관 신체 질환 사회경제적 수준 사회 지지 성 경험 부모 폭력 부모 방임
16	폭력	부모(가족) 의사소통	
17	사회 지지	목표 지향성	
18	신체 질환	자기수용성	
19	사회경제적 수준	부모교육수준	
20	또래 관계	자아탄력성	
	다문화배경 학업성취도 가족형태 신체활동		

표 II-8 스트레스, 신체형, ADHD와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인(상위 20위)

순위	스트레스	신체형	ADHD
1	부정적 신체인식	교육 및 프로그램 경험	인터넷 사용 행태
2	신체 질환	부모 양육 태도	교육 및 프로그램 경험
3	흡연	인터넷 사용 행태	게임 사용 행태
4	사회경제적 수준	기타	미디어 사용 행태
5	다문화배경	부모(가족) 관계	
6	교육 및 프로그램 경험	부모(가족) 의사소통	
7	인터넷 사용 행태	학교폭력	
8	기타	스마트폰 사용 행태	
9	식습관	가족 건강성 기능성	
10	사회 지지	자아 분화	
11	수면 행태	부정적 신체인식 자아존중감 음주 부모 간 갈등 및 폭력 폭력 또래 관계 자아효능감 부모(가족) 지지	
12	스마트폰 사용 행태		
13	자아존중감		
14	음주		
15	학업성취도		
16	가족형태		
17	성 경험		
18	부모(가족) 관계		
19	학교폭력, 부모 간 갈등 및 폭력 폭력, 외상 경험, 약물, 교사 관계, 또래 관계, 학교 적응, 가족 건강성 기능성, 자아효능감, 정서적 안정성, 생활 만족, 주거형태 신체활동, 주관적 건강 상태		
		교사 지지 목표 지향성 자기수용성 부모교육수준 진로 문제 자기 격려 가족 내 역할	

3) 소결

우리는 10대 청소년의 정신건강 문제와 이에 영향을 미치는 주요 보호 및 위험 요인을 선별하기 위해 지난 11년간의 실증 연구에 관한 동향 분석을 하였다. 그 결과 우리는 많은 연구가 우울, 불안, 자살 및 자해, 스트레스, 신체형 등의 정신건강 문제를 위주로 진행됐음을 확인할 수 있었다. 본 연구에서는 이들 다섯 유형의 정신건강 문제와 더불어 청소년기의 또 다른 대표 정신건강 문제인 ADHD를 포함해 총 여섯 유형의 정신건강 문제를 청소년기의 주요 정신건강으로 정의하고 이와 관련이 높은 보호 및 위험 요인을 네트워크 분석을 통해 판별했다.

네트워크 분석 결과, 6유형의 주요 정신건강 문제와 높은 중심성을 보여주는 상위 20위의 보호 및 위험 요인(동일 점수 요인 포함)에는 가족, 교사, 또래와의 관계와 지지를 확인하는 ‘관계 및 지지’ 영역의 요인이 가장 많았으며(22.7%), 부정적 신체인식이나 자아존중감과 같은 인지 및 정서 영역(15.5%), 부모 학대나 학교폭력과 같은 외상 영역(13.8%)의 요인이 그다음을 이었다.¹⁴⁾

복합적으로 주요 정신건강 문제와 중심성이 높은 보호 및 위험 요인으로는 교육 및 프로그램 경험, 부정적 신체인식, 인터넷이나 게임, 스마트폰 사용 행태, 학교폭력 등이 있었다. 부모 양육 태도나 부모(가족) 관계와 같은 부모와의 관계 요인과 자아존중감도 주요 정신건강 문제와 높은 중심성을 보여줬다.

그러나 각각의 주요 정신건강 문제를 대상으로 네트워크 분석을 했을 때는 문제 유형에 따라 연결중심성이 높은 보호 및 위험 요인이 상이했다. 예를 들어 우울과 불안에서는 부모의 양육 태도, 부모 관계, 부모 지지와 같은 부모의 관계 및 지지 영역이, 자살·자해의 경우에는 비행이나 외상 영역이 높은 중심성을 보여줬다.

14) 단, 각 상위 범주에 포함된 보호 및 위험 요인의 수가 일정하지 않으므로 상위 20위에 포함된 상위 범주의 비율이 높다는 결과는 해당 범주가 더 중요하다는 의미보다는 해당 범주로 청소년의 정신건강을 설명하려는 시도가 더 많이 있었다고 해석해야 한다.

따라서 관계 및 지지, 인지 및 정서, 매체, 비행, 외상, 적응, 진로, 건강, 인구학적 배경 등과 같은 상위 영역을 기준으로 주요 정신건강 문제와 높은 중심성을 나타낸 보호 및 위험 요인을 선별하면 아래의 표와 같다.¹⁵⁾

표 II -9 주요 정신건강 문제와 높은 중심성을 보여주는 보호 및 위험 요인의 선별

영역	보호 및 위험 요인
관계 및 지지	부모 양육 태도, 부모(가족) 관계
	도래 관계
	사회 지지
인지 및 정서	부정적 신체인식
	자아존중감
매체	인터넷 사용 행태
	스마트폰 사용 행태
비행	음주
	비행
외상	학교폭력
	부모 갈등 및 폭력, 학대, 방임 등 가정폭력
적응	학교 적응
진로	학업성취도
건강	수면 행태
	신체 질환
	식습관
	주관적 건강 상태
	신체활동
인구학적 배경	가족형태(다문화, 한부모가족 등)
	사회경제적 수준
	부모교육수준

15) 교육 및 프로그램 경험 요인은 그 효과성을 평가하는 연구에서 주로 사용된 만큼, 청소년의 정신건강에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인 선별한다는 본 조사의 목적에 부합하지 않아 제외하였다.

참고자료

참고자료 1. 연도별 정신건강 요인 출현빈도

요인	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
우울	10	10	14	17	17	13	17	13	11	12	16
자살·자해	1	6	5	6	12	6	8	6	9	8	14
불안	6	7	11	8	6	7	8	7	4	4	5
스트레스	1	3	2	5	6	6	3	7	4	4	5
신체화	4	3	2	2	2	3	5	3	1		
대인예민성	4	3	3	2	2	3	3	2	1		
적대감	4	3	3	3	2	2	3	2			
인터넷 스마트폰 중독	2	1	1	1		2	2	3	4	2	2
정신증	2	3	1	2	3	2	3	1	1		
강박증	3	3	1	1	1	2	2	2	1		
기타			2	1	2		1	2	1	1	3
편집증	2	3	1	1	2	2	2				
공격성	1		5	1	1		2	1			
수면문제			2	1	1	1	2	2	1		1
공포불안	2	2	1	1	1	1	1		1		
게임중독		1	1			1	4		1	1	
사회·심리적 부적응	1	3		1			2	2			
심리적 안녕감			2		2	1	3		1		
식이문제				1	1		2	1	1		1
행복				2	1	1		1	1		1
삶의 만족도	1				1	2					
위축	1		1	1			1				
ADHD					1		1			1	
분노	1			1		1					
정서조절		1					1		1		
외상 후 스트레스 장애					1	1					
긴장				1							
생활기능화								1			
성격장애						1					
절망감											1
정서행동 통제력상실	1										
충동성			1								

* 가독성을 위해 0인 요인은 공란 처리

참고자료 2. 연령별 정신건강 요인 출현비율(%)

요인	초등	중등	고등
우울	22.5	25.2	21.2
불안	17.5	14.3	11.8
자살·자해		6.7	16.5
신체화	7.5	5.0	5.9
적대감	12.5	4.2	4.7
대인예민성	12.5	3.4	3.5
기타		4.2	5.9
스트레스	5.0	5.9	1.2
정신증	5.0	3.4	4.7
강박증	2.5	2.5	3.5
인터넷 스마트폰 중독	2.5	3.4	2.4
공격성		5.0	
공포불안	2.5	2.5	1.2
사회·심리적 부적응		3.4	1.2
식이문제		.8	4.7
편집증	2.5	1.7	2.4
심리적 안녕감			4.7
게임중독		1.7	1.2
수면문제		.8	2.4
삶의 만족도	2.5	.8	
위축		1.7	
긴장		.8	
분노		.8	
생활기능화		.0	1.2
외상 후 스트레스 장애		.8	
정서조절	2.5		
정서행동 통제력상실	2.5		
행복		.8	
총	100.0	100.0	100.0

* 가독성을 위해 0%인 요인은 공란 처리함

참고자료 3. 정신건강 노드 명(◆)

노드	정신건강	노드	정신건강	노드	정신건강
U01	ADHD	U12	삶의 만족도	U23	인터넷 스마트폰 중독
U02	강박증	U13	생활기능화	U24	자살·자해
U03	게임중독	U14	성격장애	U25	적대감
U04	공격성	U15	수면문제	U26	절망감
U05	공포불안	U16	스트레스	U27	정서조절
U06	기타	U17	식이문제	U28	정서 행동 통제력 상실
U07	긴장	U18	신체화	U29	정신증
U08	대인예민성	U19	심리적 안녕감	U30	충동성
U09	분노	U20	외상 후 스트레스 장애	U31	편집증
U10	불안	U21	우울	U32	행복
U11	사회·심리적 부적응	U22	위축		

참고자료 4. 보호 및 위험 요인 노드 명(●)

번호	보호 및 위험 요인	번호	보호 및 위험 요인	번호	보호 및 위험 요인
v01	교육 및 프로그램 경험	v28	우호성	v55	약물
v02	가족 건강성 기능성	v29	자기 격려	v56	외상 경험
v03	가족 내 역할	v30	자기수용성	v57	폭력
v04	교사 관계	v31	자기애	v58	학교폭력
v05	교사 지지	v32	자기통제력	v59	사회적 배제
v06	대인 관계	v33	자아 강도	v60	사회적 위축
v07	또래 관계	v34	자아 낙인	v61	사회 적응
v08	또래 애착	v35	자아 분화	v62	자아 탄력성
v09	또래 지지	v36	자아존중감	v63	학교 적응
v10	부모(가족) 관계	v37	자아효능감	v64	진로 문제
v11	부모(가족) 의사소통	v38	정서적 안정성	v65	진로성숙도
v12	부모(가족) 지지	v39	정서조절능력	v66	학업성취도
v13	부모 애착	v40	게임 사용 행태	v67	건강 상태
v14	부모 양육 태도	v41	미디어 사용 행태	v68	수면 행태
v15	부모 우울	v42	스마트폰 사용 행태	v69	식습관
v16	부모의 지도감독	v43	인터넷 사용 행태	v70	신체 질환
v17	사회 지지	v44	성 경험	v71	신체활동
v18	긍정성	v45	음주	v72	주관적 건강 상태
v19	목표 지향성	v46	학교폭력 가해 경험	v73	피로
v20	부정적 신체인식	v47	흡연	v74	가족형태
v21	부정적 정서	v48	가정폭력	v75	다문화배경
v22	비교 경향성	v49	부모 간 갈등 및 폭력	v76	부모교육수준
v23	생활 만족	v50	부모 방임	v77	사회경제적 수준
v24	속박감	v51	부모 폭력	v78	이웃 환경 건전성
v25	심리적 반응	v52	부모 학대	v79	주거형태
v26	완벽주의	v53	비행	v80	지각된 학교 환경
v27	육구 불만족	v54	성폭력	v81	기타



제3장 10대 청소년의 정신건강 실태조사

- 1. 실태조사 개요
- 2. 정신건강 문제에 대한
노출 실태
- 3. 정신건강 문제에 영향을
미치는 보호 및 위험
요인에 대한 노출 실태
- 4. 주요 정신건강 서비스에
대한 인지 및 경험 실태
- 5. 정신건강 문제와 보호 및
위험 요인 간 관계 분석

3장 개요

연구방법

- 전국 초중고에 재학 중인 10대 학생 청소년 5,937명과 10대 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년을 대상으로 ADHD, 자해, 신체화, 우울, 불안, 스트레스, 자살, COVID-19로 인한 외상성 고통(CPTI) 등 주요 정신건강 문제에 대한 노출 실태, 정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태, 그리고 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 등을 자기기입식 설문으로 조사함.

주요내용

1. 정신건강 문제에 대한 노출 실태

- 학생 청소년을 연구한 결과, 학생 청소년 10명 중 적어도 1명은 우울, 불안, 그리고 자살 등에서 경도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 드러남. 부연하면 학생 청소년의 17.4%와 13.0%가 각각 경도 이상의 우울과 불안 증상에 노출돼 있었고, 16.4%는 자살 위험성을 보여줌.
- 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 여자 학생 청소년이 남자 학생 청소년보다 높은 수준의 중증도를 보여줌.
- 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 학교급이 높아질 수록 중증도가 유의하게 증가함.
- 학교 밖 청소년을 분석한 결과, 학교 밖 청소년 10명 중 적어도 3명은 우울, 불안, 그리고 자살 등에서 경도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 드러남. 부연하면 학교 밖 청소년 중 35.0%가 경도 이상의 우울 증상에, 29.0%가 경도 이상의 불안 증상에, 그리고 36.8%가 자살 위험에 노출돼 있었음.
- 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 여자 학교 밖 청소년이 남자 학교 밖 청소년과 비교해 더 높은 수준의 중증도를 보여줌.
- 우울, 불안, 자살 위험성, 신체화, 스트레스 등 대부분의 정신건강 문제에서 나이가 많은 학교 밖 청소년(고등학생 연령대)이 그렇지 않은 학교 밖 청소년(초중학생 연령대)보다 더 높은 중증도를 보여줌.
- 모든 유형의 정신건강 문제에서 학교 밖 청소년의 중증도가 학생 청소년의 중증도에 비해 유의하게 높았음. 특히 우울, 불안, 그리고 자살 위험성의 경우 경도 이상의 중증도에 해당하는 학교 밖 청소년의 비율이 학생 청소년 대비 2배 이상 높았음.

2. 정신건강 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태

- 부모의 긍정적인 양육 태도에 대한 인식 수준은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타나지만, 부정적 양육 태도와 방임, 학대에 대한 인식 수준은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 상대적으로 높게 나타남.

- 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 긍정적으로 평가함.
- 자신의 체형에 대해서는 학생 청소년의 19.6%, 학교 밖 청소년의 14.8%가 실제보다 마른 편으로 평가하는 과소인지로, 그리고 학생 청소년의 18.3%, 학교 밖 청소년의 19.4%가 실제보다 찐 편으로 평가하는 과대인지로 확인됨.
- 하루 평균 수면시간은 학교 밖 청소년(평균 7.57시간)이 학생 청소년(평균 7.25시간)보다 다소 많은 것으로 보고됨. 한편, 수면의 질과 관계있는 수면 충족 정도는 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타났지만, 모두 4점 척도를 기준으로 평균 3점(충분한 편이다)을 밑돌음.
- 학교 밖 청소년의 경우 전체 응답자의 과반수가, 학생 청소년의 경우 30% 정도가 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는다고 보고함.
- 7가지의 비행 유형(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 6.0%, 학교 밖 청소년이 35.2%로 나타남. 그리고 7가지 폭력 유형(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱) 중 한 가지 이상의 가해 경험이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 4.0%, 학교 밖 청소년이 6.6%였으며, 피해 경험이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 5.8%, 학교 밖 청소년이 11.7%로 확인됨.

3. 주요 정신건강 서비스에 대한 인지와 경험 실태

- 사람들의 정신건강 서비스 이용을 어렵게 하는 장애요인에 대해 살펴본 결과, 학생 청소년은 타인의 시선을, 학교 밖 청소년은 비용 문제를 가장 우선으로 꼽음.
- 정신건강에 문제가 생겼을 때 학생 청소년은 부모님(보호자)과 상의(상담)할 의향이, 학교 밖 청소년은 정신과 의사와 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타남. 다만, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 제시된 사람들과 상의(상담)할 의향이 대체로 높지 않은 것으로 확인됨.
- 선호하는 상담 방식은 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 '직접 만나서 하는 1:1 개인상담'에 대한 응답 비율이 높게 나타났으며, 전반적으로 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 조사됨.
- 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 비율은 학생 청소년의 경우 11.5%~67.2%, 학교 밖 청소년의 경우 9.3%~78.7%로 나타났으며, 기관(서비스)별로 차이가 있지만 대체로 인지도가 높지 않은 것으로 확인됨.

4. 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간의 상관성에 대한 실증분석

- 학생 청소년의 경우 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로 자아존중감, 양호한 건강 상태(신체적 질병이나 장애가 없으며 평소 양호한 건강 상태를 유지)와 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 나이 등이 있었으며 이 가운데 특히 자아존중감은 ADHD의 경우를 제외한 여타 정신건강 문제에서 가장 큰 표준화 계수를 일관되게 보여줘 정신건강 문제를 개선하는 데 있어 가장 중요한 보호 요인으로 작용함. 반대로 비합습 목적의 매체 이용, 폭력 피해 경험 등은 정신건강 문제를 일관되게 악화시킴.

- 학교 밖 청소년의 경우 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로는 자아존중감, 양호한 건강 상태(평소 양호한 건강 상태를 유지함)와 건전한 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면시간의 확보), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도 등이 있었으며 이 가운데 특히 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 자아존중감은 최상위 또는 차상위의 표준화 계수를 보여줘 정신건강 문제의 가장 중요한 보호 요인으로 작용함. 반대로 비학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험 등은 정신건강 문제를 일관되게 악화시킴.

정책시사점

- 학교 밖 청소년의 경우, 정신건강 문제에 있어 학생 청소년과 비교해 훨씬 취약한 상태이며, 심각성 또한 높은 것으로 나타남. 그러나 이러한 실태에도 불구하고, 오히려 학교 밖 청소년의 경우 정신건강과 관련된 서비스와 정책에서는 사각지대에 놓여있는 상태인 경우가 많음. 학교 밖 청소년을 지원하는 기관 등에서 정신건강 문제에 취약한 학교 밖 청소년을 발굴하고, 이를 지원하는 데 있어서 더 체계적이고 원활한 서비스를 제공할 수 있어야 함.
- 학생 청소년 또한, 우울, 불안, 자살 위험성 등에서 10명 중 적어도 1명이 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있어 학생 청소년을 대상으로 제공하는 정신건강 서비스 또한 그 체계와 질을 점검하고, 도움이 필요한 학생들에게 원활한 서비스를 제공할 수 있도록 정책 지원을 아끼지 말아야 함.
- 본 연구에서는 정신건강 문제의 중증도를 측정하는 데 있어 표준화와 타당화가 이루어진 측정 도구들을 사용하였음. 동일 척도를 사용한 후속 및 확장 연구가 지속해서 이루어진다면 우리나라 청소년 정신건강의 변화 추이를 지속해서 추적하는 데 있어 유용하게 활용할 수 있는 토대가 될 것으로 기대됨. 또한 이러한 기초자료는 청소년 정신건강 정책의 효과 여부를 판단하고 청소년 정신건강을 다루는 다른 연구에도 유용하게 사용될 수 있음. 또한, 우리나라 청소년의 정신건강 실태에 관한 정기 조사를 통해 개인 요인뿐만 아니라 COVID-19와 같은 사회적 격변이 정신건강과 청소년 발달에 미치는 영향을 종단적으로 확인하고 향후 정책 자료로 활용할 수 있어야 함.
- 지역의 상담실 이외에 청소년에게 접근성이 좋고 안정성과 독립성이 보장된 상담 공간(예를 들어, 청소년수련관, 청소년문화의집)에 대한 고민이 필요해 보임.
- 정신건강 관련 기관 및 서비스에 대한 접근성을 높이고 실효성을 제고하기 위해 더욱 적극적인 홍보가 요구됨.
- 정신건강 문제를 호소하는 10대 청소년에게는 기본적으로 청소년 당사자가 경험하는 정신건강 문제와 해당 문제의 심각성에 맞는 임상적 치료 서비스(전문 상담과 약물 등)가 제공돼야 하겠지만 이와 더불어 임상적 치료 효과를 보조할 수 있는 비임상적 접근도 함께 강구돼야함. 주목해야 할 비임상적 접근으로는 정신건강 문제에 대한 회복탄력성 증진 차원에서 청소년 당사자의 자존감 강화, 신체 건강 증진을 위한 건강 행태의 실천, 보호자를 대상으로 한 양육 태도 개선 교육, 건강한 매체 이용 습관 기르기, 폭력 피해로 인한 트라우마 해소 등이 있음.

1. 실태조사 개요

1) 조사 개요

우리는 10대 청소년의 정신건강 실태를 파악하고 청소년 정신건강의 증진과 보호를 위한 증거기반의 정책과제 발굴을 목적으로 전국 단위의 실태조사를 기획하였다. 조사는 층화집락추출을 통해 표집 된 전국의 초중고생 5,937명과 전국 220개소의 꿈드림 센터로부터 임의추출을 통해 표집 된 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년을 대상으로 진행됐다. 조사 기간은 7월부터 8월 중순까지며 온라인 자기기입식 방법으로 조사가 진행됐다. 우리는 조사의 윤리적 타당성 확보와 연구대상자의 권리 보호 등을 위해 조사에 앞서 한국청소년정책연구원의 기관생명윤리위원회에 설문에 대한 심의를 신청하였고 2021년 6월 23일에 개최된 정규심의에서 조사 수행을 승인(202106-HR-고유-009)받았다.

16) 이 장을 집필한 사람들: 최정원 연구위원(한국청소년정책연구원), 문호영 연구위원(한국청소년정책연구원), 박용천 연구교수(고려대학교 KU마음건강연구소)

2) 표본 설계

조사 개요에서 소개했듯 본 실태조사는 10대 학생 청소년(초중고생)과 학교 밖 청소년을 대상으로 이루어졌다. 각 집단의 표본 설계는 부록에 수록하였고 자세한 내용은 부록을 참조하면 된다.

3) 설문 내용과 문항 개발 절차 개요

설문 내용은 크게 3가지 영역으로 구분된다. 첫 번째 영역은 정신건강 문제의 실태 파악으로 우리는 문제 유형별 임상 척도를 이용해 청소년기의 주요 정신건강 문제로 알려진 우울, 불안, 자살, 자해, 스트레스, 주의력결핍 과잉 행동장애(ADHD), 그리고 신체화 등의 경향이 청소년 사이에 얼마나 만연해 있는지를 파악하였다. 두 번째 영역은 이러한 주요 정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 파악으로, 우리는 청소년 정신건강에 큰 영향을 미치는 것으로 알려진 보호 및 위험 요인을 중심으로 청소년이 해당 요인에 얼마나 노출돼 있는지를 확인하였다. 마지막 영역은 정신건강서비스에 대한 인지와 경험 실태 파악으로, 우리는 현재 청소년 정신건강 증진을 위해 운영되고 있는 다양한 서비스에 대한 청소년의 인식, 인지도, 경험, 문제의식 등을 확인했다.

(1) 주요 정신건강 문제와 임상 척도의 선정

10대 청소년의 정신건강 문제 노출 실태조사와 관련해 우리가 초점을 둔 정신건강 문제는 우울, 불안, 자살, 자해, 스트레스, 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD), 그리고 신체화 등 총 7개 유형이다. 이러한 선택은 우리가 앞서 수행했던 청소년 정신건강 연구에 대한 동향 분석 및 네트워크 분석, 건강보험 심사평가원의 보건 의료 빅데이터 분석을 통한 10대 청소년의 정신건강 문제 진료 현황 분석, 그리고 임상심리학자 및 아동·청소년 정신건강 전문가로부터의 자문

등의 결과를 토대로 이루어졌다. 종합하면 우리가 선별한 7개 유형의 정신건강 문제는 국내 아동·청소년 정신건강 연구의 주요 관심사이자, 10대 청소년이 실제로도 가장 많이 진료를 받는 정신건강 문제(장애)다. 이러한 조건의 충족과 더불어 해당 유형의 정신건강 문제는 실존 여부에 대한 논란의 여지가 없으며 본 실태조사와 같이 자기보고식 응답 방식을 통해서도 노출 실태(경향성)를 실증하는 데 무리가 없다는 장점이 있다. 이와 더불어 우리는 작금의 COVID-19 사태가 청소년의 정신건강에 부정적 영향력을 미치고 있는 점을 고려해 COVID-19로 인한 외상성 고통 수준도 이번 조사에 포함했다.



그림 III-1 설문 조사영역

상기의 주요 정신건강 문제를 측정하기 위한 임상 척도의 선정을 위해 우리는 첫째, 한국어 번역판이 있는지, 둘째, 아동·청소년을 대상으로 사용 가능한지 아닌지, 셋째, 국내 표본을 대상으로 타당화가 이루어졌는지 아닌지, 넷째, 국내

표본을 대상으로 표준화 연구가 이루어졌는지 아닌지 등을 확인했다. 이상의 기준들을 통해 1차로 추려진 척도에 대해 우리는 다시 첫째, 타당화와 표준화 연구가 국내 아동·청소년 표본을 대상으로 이루어졌는지 아닌지, 둘째, 충분히 많은 수의 표본을 통해 타당화와 표준화 연구가 진행됐는지 여부, 셋째, 문항 수가 경제적인지 아닌지, 마지막으로 해당 척도의 연구목적 사용에 있어서 법적 문제가 없는지 등을 따졌다. 마지막으로 임상심리학과 아동·청소년 전문가 등으로 구성된 자문단의 자문 회의를 통해 연구에 사용할 문제 유형별 임상 척도를 최종 선택하였다.

(2) 임상 척도 개요

최종 선택된 임상 척도는 다음과 같다.

1. 한국형 정신건강 선별도구: 우울

(Mental Health Screening for Depressive Disorders; MHS:D)

본 척도는 총 12개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 평가된다(0=결코 그렇지 않다, 1=약간 그렇다, 2=그렇다, 3=상당히 그렇다, 4=매우 그렇다). MHS:D는 한국인 청소년을 포함한 표본으로 타당화/표준화 연구가 이루어졌으며, CES-D, PHQ-9, BDI-II와 통계적으로 유의미한 정적 상관을 나타낸 것으로 보고되었다(윤서원 외, 2018).

2. 한국형 정신건강 선별도구: 불안

(Mental Health Screening for Anxiety Disorders; MHS:A)

본 척도는 총 11개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 평가된다(0=결코 그렇지 않다, 1=드물게 그렇다, 2=때때로 그렇다, 3=자주 그렇다, 4=항상 그렇다).

MHS:A는 한국 청소년 표본을 포함한 표본으로 타당화/표준화 연구가 이루어졌으며, 내적 신뢰도가 우수한 수준으로 보고되고 있다(Cronbach's $\alpha=.96$). 또한, MHS:A는 요인 분석을 통해 단일 요인으로 구성된 것으로 보고되었다(Kim et al., 2021).

3. 한국형 정신건강 선별도구: 자살 위험성(Mental Health Screening for Suicide Risk; MHS:S)

MHS:S는 총 4개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 평가된다(0=결코 그렇지 않다, 1=약간 그렇다, 2=그렇다, 3=상당히 그렇다, 4=매우 그렇다). MHS:S는 한국 청소년 표본을 포함한 표본으로 타당화/표준화 연구가 이루어졌으며, MHS:S의 신뢰도 및 타당도는 확고한 수준으로 보고된다(Yoon, Park, & Choi, 2020).

4. 한국판 자해 척도(Korean version of Self Harm Inventory, K-SHI)¹⁷⁾

본 척도는 22개의 문항으로 이루어져 있으며, 각 문항은 2점 척도(1=예, 0=아니오)로 평가된다. K-SHI는 .75의 검사-재검사 신뢰도, .76의 내적합치도 신뢰도 등 양호한 수준의 신뢰도를 보여주며 적절한 수준의 수렴 및 변별타당도가 확인돼 자해 증상을 다른 정신건강 문제와 구분해 타당하게 측정하는 것으로 보고된다(김소정, 우성범, 구훈정, 이종선, 2019).

17) 한국청소년정책연구원의 기관생명윤리위원회는 본 실태조사에 대한 심의에서 자해 척도의 일부 문항이 청소년 응답자에게 적절하지 못하다는 의견을 제시함. 민감 문항으로 인한 응답자의 인권 침해 소지를 최소화하고자 연구진은 22개 문항 중 다음의 5개 문항을 선별해 자해 행동 경험을 측정함. 해당 5개 문항은 1.고의로 내 몸에 칼로 상처를 냈습니까? 2.스스로를 때렸습니까? 3.고의로 머리를 광광 박았습니까? 4.고의로 내 몸을 상처가 나도록 굼었습니까? 5.고의로 부상 입히는 행동을 했습니까? 임.

5. 한국판 청소년용 지각된 스트레스 척도(Korean Version of Perceived Stress Scale for Adolescents; KPSS-A)

본 척도는 10개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 평가된다(0=전혀 없었다, 1=거의 없었다, 2=가끔 있었다, 3=꽤 자주 있었다, 4=매우 자주 있었다). KPSS-A는 한국 청소년을 대상으로 타당화 연구가 진행되었으며, .77의 준수한 내적 신뢰도, .82의 검사-재검사 신뢰도가 보고되었다. 수렴 및 변별타당도 수준도 적절하며 확인적 요인 분석을 통해 청소년에게 적합한 모형을 나타내는 것으로 확인됐다(윤정미, 김진영, 2019).

6. 한국어판 청소년 ADHD 평가도구 (Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale; CASS)

본 척도는 총 27개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 척도로 평가된다(0=전혀 그렇지 않다, 1=약간 그렇다, 2=상당히 그렇다, 3=아주 그렇다). CASS는 한국 청소년을 대상으로 타당화 연구가 진행되었으며, 적절한 수렴 및 변별타당도 계수가 보고되었고, .83의 검사-재검사 신뢰도, .88의 내적 일관성 신뢰도가 보고돼 적절한 수준의 신뢰도와 타당도를 지닌 척도인 것으로 나타났다(반건호, 신민섭, 조수철, 홍강의, 2001).

7. 한국판 아동 신체화 척도(Korean Children's Somatization inventory)

본 척도는 총 36개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 신체 증상에 대해 그 증상으로 인해 얼마나 힘들었는지를 4점 척도로 평가한다(0=증상 없음, 1=약간 힘들, 2=많이 힘들, 3=아주 많이 힘들). 본 척도는 한국 청소년을 대상으로 타당화 연구가 진행되었으며, .87의 내적 일관성 신뢰도, .88의 검사-재검사 신뢰도가 보고돼 적절한 수준의 신뢰도를 가진 것으로 보고된다. 또한 수렴 및 변별타당도 역시 적절한 수준인 것으로 확인된다(신현균, 2003).

8. 한국어판 COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI)

본 척도는 총 24개의 문항으로 이루어져 있으며 우울, 불안, 특정 공포증, 인지적 변화, 회피 및 강박적 행동, 신체 증상, 사회적 기능의 감소 등 COVID-19로 인한 외상성 고통 수준을 평가한다. 각 문항은 5점 척도로 평가된다 (0=전혀 경험하지 않았다, 1=가끔 경험했다, 2=종종 경험했다, 3=자주 경험했다, 4=거의 항상 경험했다). 총점은 최저 0점에서 최대 96점 사이다. CPDI는 원래 중국어로 개발되었으나, Jahanshahi, Dinani, Madavani, Li and Zhang(2020)이 이를 영어로 번역한 후 다시 페르시아어로 번역해 사용하였다. 본 연구에서 사용된 한국어 척도는 두 명의 이중 언어 사용자(bilingual)가 기존의 영어 척도를 교차 번역¹⁸⁾한 후 원 연구자로부터 역(逆)번역된 척도의 타당성을 검증받는 방식으로 개발됐다. CPDI의 내적 신뢰도는 우수한 수준으로 나타났으며(Cronbach's $\alpha=.93$), Shanghai Mental Health Center의 정신과 전문의가 안면 타당도를 검증하였다(Qiu et al., 2020).

표Ⅲ-1 정신건강 문제 유형별 측정 문항 번호(설문지 기준)

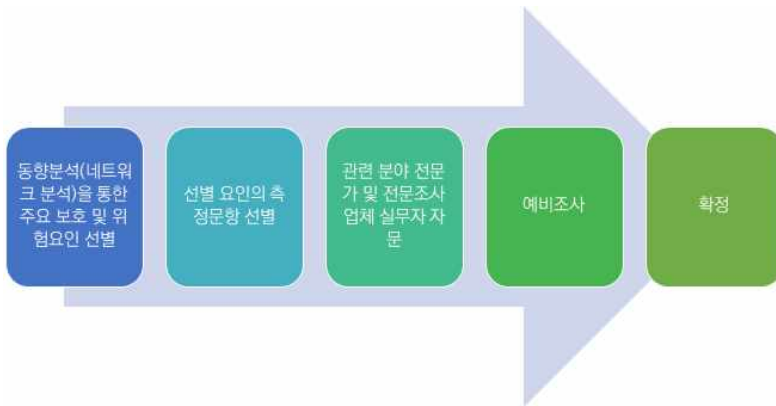
영역	조사내용	문항	
		학생 청소년	학교 밖 청소년
ADHD	ADHD	문1-1)~27)	문1-1)~27)
자해	자해	문2-1)~ 5)	문2-1)~ 5)
신체화	신체화	문3-1)~36)	문3-1)~36)
우울	우울	문4-1)~12)	문4-1)~12)
불안	불안	문5-1)~11)	문5-1)~11)
자살	자살	문6-1)~ 4)	문6-1)~ 4)
스트레스	스트레스	문7-1)~10)	문7-1)~10)
COVID-19 외상성 고통 지수	COVID-19 외상성 고통 지수	문8-1)~24)	문8-1)~24)

18) 여기에서 교차 번역이란 한 명의 이중 언어 사용자가 기존의 영문 척도를 한국어로 번역하고 이를 다른 이중 언어 사용자가 다시 영어로 재번역하는 방식을 의미함.

(3) 정신건강 문제의 보호 및 위험 요인 관련 설문 선정

1. 설문 선정 절차

청소년 정신건강 문제에 영향을 미치는 주요 보호 및 위험 요인에 대한 설문은 다음의 절차를 통해 개발됐다.



그림Ⅲ-2 보호 및 위험 요인 관련 설문 개발 절차

우리는 보호 및 위험 요인 관련 설문의 개발을 위해 정신건강 분야에서 실무 경험이 있는 학계 전문가와 함께 보고서 2장의 동향 분석(네트워크 분석) 결과를 참고하여 주요 요인을 선정하였다. 구체적으로, 네트워크 분석결과에서 영역별로 청소년의 정신건강 문제와 연결중심성이 높은 보호 및 위험 요인을 우선 고려하여 선정하였다. 다만, 연결중심성이 높게 나타났지만 다른 요인과 유사하거나 중복된다고 판단되는 요인은 연구진과 전문가의 협의를 거쳐 제외하였다. 또한, 연결중심성은 낮게 나타났지만, 전문가의 임상 식견과 현장에서의 상담 경험을 바탕으로 청소년 정신건강 문제의 중요 보호 및 위험 요인으로 판단된 경우는 해당 요인을 포함하였다. 그 결과, 최종 10개 영역의 38개 요인이 다음과 같이 선정됐다.

표Ⅲ-2 주요 보호 및 위험 요인의 선정 결과

영역	요인(연결중심성)	
	미선정	선정
교육 및 프로그램 경험		교육 및 프로그램 경험(10.667)
관계 및 지지	부모(가족) 지지(3.167), 부모(가족) 의사소통(2.167), 가족건강성기능성(1.667), 또래 지지(1.667), 교사 지지(1.500), 부모애착(1.000), 가족내역할(.500), 또래애착(.500)	부모 양육 태도(4.667), 부모(가족) 관계(3.500), 사회 지지(2.333), 또래 관계(2.000), 대인 관계(.500), 교사 관계(.333)
매체	미디어 사용 행태(.333), 게임 사용 행태(.667)	스마트폰 사용 행태(4.000), 인터넷 사용 행태(4.333)
외상	부모간 갈등 및 폭력(3.000), 폭력(2.667), 부모폭력(.833)	외상경험(.500), 학교폭력(4.333), 부모 학대(.833), 가정폭력(.667), 부모 방임(.500), 성폭력(.167)
비행		음주(2.167), 성 경험(1.000), 비행(.333), 약물(.333), 흡연(2.667)
인지 및 정서	비교경향성(.167), 목표지향성(1.000), 생활만족(1.000) ¹⁹⁾ , 자기통제력(.167), 자아분화(2.000), 자아효능감(1.333), 자기수용성(1.000), 자기격려(.667), 자기애(.167), 정서적안정성(.667), 긍정성(.500), 심리적반응(.500), 부정적정서(.333), 자아낙인(.333), 정서조절능력(.333), 완벽주의(.667)	부정적 신체인식(5.500), 자아존중감(3.500)
적응	사회적위축(.333)	자아탄력성(1.000) ²⁰⁾ , 학교 적응(1.333), 사회적배제(.500), 사회 적응(.500)
진로		학업성취도(2.000), 진로 문제(1.000)
건강		수면 행태(2.333), 신체 질환(2.333), 식습관(2.000), 주관적건강상태(1.333), 신체활동(1.167)
인구학적배경		다문화배경(2.333), 사회경제적 수준(2.000), 부모교육수준(1.000), 가족 형태(1.833) ²¹⁾ , 주거 형태(.500)
기타	기타(3.167)	

주: 네트워크 분석결과에 대한 자세한 내용은 본 보고서의 2장에 수록되어 있음.

19) 생활만족에는 생활목표가 포함

20) 자아탄력성에는 회복탄력성이 포함

21) 가족 형태에는 부모와의 동거 여부, 한 부모/양부모 가정, 부모의 이혼/사별/별거 포함

둘째, 우리는 선정된 보호 및 위험 요인에 대한 설문 문항을 구성하기 위해 선행연구를 폭넓게 검토하여 요인별 측정문항을 정리하였다. 이후 정리된 문항의 적합성을 판별하기 위해 우리는 연구진(4명)과 전문가(2명) 등 총 6명의 평가단을 꾸려 측정 문항에 대한 적합성 평가를²²⁾ 실시하였다. 평가단은 2021년 3월 29일부터 3월 31일까지 측정문항의 적합도를 3점 척도로 평가하였고 이후 우리는 학계 전문가와 함께 평가 결과를 토대로 측정문항을 선택하였다. 부연하면, 요인별 측정문항 중 평균 적합도가 가장 높은 문항이 우선하여 선택됐다. 다만, 평균 적합도가 높더라도 다른 문항과의 유사성 또는 중복성이 높은 경우 우리는 자문과 협의를 통해 해당 문항을 선정하지 않거나 다른 문항과 통합 혹은 다른 문항으로 교체하였다. 이 과정에서 일부 문항은 연구진과 전문가가 함께 작성하였다.

보호 및 위험 요인의 측정문항 선별과 함께 우리는 청소년의 정신건강서비스 이용경험, 도움 정도 등에 대한 실태를 파악하고자 관련 문항을 포함하였다. 정신건강서비스 이용 실태 문항은 ‘수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구’(전진아 외, 2019)에서 사용된 문항 중 일부를 수정·보완하거나 참고하였다.

22) 정신건강서비스 영역은 미포함

표 III-3 측정문항 선별

영역	선정 요인	측정문항	출처	포함 여부	비고
교육 및 프로그램 경험	교육 및 프로그램 경험	-	-	×	
관계 및 지지	부모 양육 태도	한국판 청소년용 동기모형 부모 양육 태도 척도	김태명, 이은주 (2017)	○	
	부모(가족) 관계	가족관계의 질	최인재 외(2010)	○	
	사회 지지	지역사회 지원	최인재 외(2010)	○	
	또래 관계	-	-	○	학교 적응 측정 문항에 포함
	대인 관계	-	-	×	
	교사 관계	-	-	○	학교 적응 측정 문항에 포함
매체	스마트폰 사용 행태	컴퓨터: 용도별 이용빈도	한국청소년정책 연구원(2017a)	○	
	인터넷 사용 행태				
외상	외상경험	-	-	×	
	학교폭력	-	-	×	
	부모 학대	학대	한국청소년정책 연구원(2017b)	○	
	가정폭력	-	-	×	
	부모 방임	방임	한국청소년정책 연구원(2017b)	○	
	성 폭력	비행 피해: 성폭행 이나 성희롱	한국청소년정책 연구원(2017b)	○	
비행	음주	비행, 비행 피해	한국청소년정책 연구원(2017b)	○	
	비행				
	흡연				
	성 경험	-	-	×	
	약물	-	-	×	
인지 및 정서	부정적 신체인식	체형, 키, 몸무게	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019)	○	
		외모 만족도	연구진 작성	○	
	자아존중감	자아존중감	하형석 외(2018)	○	

영역	선정 요인	측정문항	출처	포함 여부	비고
적응	자아탄력성	-	-	×	
	학교 적응	학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활	최인재 외(2010)	○	
	사회적 배제	-	-	×	
	사회 적응	-	-	×	
진로	학업성취도	학업 성적 수준	연구진 작성	○	
		학업 성적 만족도	연구진 작성	○	
	진로 문제	진로성숙도	이경상, 조혜영, 박현수 (2004)	○	
건강	수면 행태	수면시간	연구진 작성	○	
		주관적 수면 충족	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019)	○	
	신체 질환	신체적 질병이나 장애 유무	연구진 작성	○	
	식습관	규칙적 식사 여부	연구진 작성	○	
		균형 잡힌 식사 여부	연구진 작성		
	주관적 건강 상태	주관적 건강 상태	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019)	○	
	신체활동	신체활동	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019)	○	
인구학적 배경	다문화배경		연구진 작성	○	
	사회경제적 수준		연구진 작성	○	
	부모교육수준		연구진 작성	○	
	가족 형태	부모와의 동거여부	연구진 작성	○	
		한부모/양부모가정	연구진 작성	○	
		부모의 이혼/사별/별거	연구진 작성	○	
	주거형태		-	×	

영역	선정 요인	측정문항	출처	포함 여부	비고
정신건강 서비스	-	정신건강서비스에 대한 인식	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강서비스 장애요인	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	스트레스나 심리적 불편함에 대해 이야기하는 정도	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강 상의 (상담) 의향	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	선호하는 상담 방식	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강 기관/서비스 인지여부	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강 기관/서비스 이용경험	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강 기관/서비스 도움 정도	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	-	
	-	정신건강 기관/서비스 불만족 사유	전진아 외(2019) 문항을 참고로 작성	-	

* 주: 각 측정문항의 구체적인 출처, 내용 등은 본문에 소개함.

셋째, 우리는 외부 전문가 6명(초중고등학교 상담교사 3명, 학교 밖 청소년 지원업무 담당자 3명)을 대상으로 설문 초안에 대한 검토를 시행했다. 그 결과, 응답자의 이해도 제고를 위한 예시 추가, 온라인에서의 비행(폭력) 경험 확인을 위한 문구 추가, 학교 밖 청소년에게 적합한 문구 수정²³⁾ 등 다양한 의견이 제시됐고, 우리는 이를 바탕으로 설문을 수정하였다.

넷째, 우리는 본 실태조사를 위탁 수행하는 전문조사기관의 실무자와 함께 설문 중 청소년이 이해하기 난해한 용어, 응답 부하, 응답 로직이 적절하지 않은 문항

23) 특히, 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활 등의 측정 문항에 대한 학교 밖 청소년의 응답 방식과 관련된 개선 의견이 많이 제시됐다.

등을 점검하였고 점검 결과를 토대로 문제점을 수정하였다. 특히 응답 부하에 대한 문제 제기가 컸는데 이를 개선하고자 우리는 일부 설문 영역(정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태)의 문항과 보기를 축약하였다.

마지막으로, 우리는 설문에 대한 실제 응답자의 반응과 온라인 설문의 로직 등을 점검하기 위해 예비조사를 시행하였다. 조사위탁 업체의 기획 하에 2021년 6월 4일부터 9일까지 진행된 예비조사에는 초등학생 4학년 3명, 5학년 3명 등 총 6명이 참여했고 본 조사와 같은 온라인 설문 방식이 적용됐다.

참여자(학생)는 응답 후 설문에 대한 체감 난이도와 불편도, 난해한 어휘와 질문 등 설문 제반 환경에 대한 평가를 시행하였다. 평가 결과를 살펴보면, 첫째, 참여자 집단이 설문을 완료하기까지는 평균 34분이 소요됐고, 둘째, 설문에 대한 체감 난이도는 평균 2.3점으로[5점 척도 기준, 1점=전혀 어렵지 않다~5점=매우 어렵다] 보통 이하였다. 이에 비해 설문에 대한 체감 불편도는 평균 3.3점[5점 척도 기준]으로 보통 수준에 상당했고 저학년(4학년) 집단이 고학년(5학년) 집단과 비교해 상대적으로 더 높은 불편함을 체감했는데 특히 자해, 자살, 비행 관련 문항에서 이러한 경향이 두드러졌다.

따라서 우리는 본 조사에서 실제 응답자가 해당 문항으로 체감할 수 있는 심리적 불편을 최소화하고자 자해, 자살, 그리고 비행 및 폭력 가·피해 경험에 대한 응답 전 다음의 사전 공지문이 3초간 정지화면으로 제공될 수 있도록 조치하였다.

표Ⅲ-4 사전 공지문

구분	사전 공지문
자해 문항	다음은 여러분 스스로 자신의 몸이나 마음에 상처를 주고자 고의로 또는 의도적으로 선택한 자해행동의 경험을 알아보는 질문입니다. 질문 중에는 여러분이 불편하게 생각할 수 있는 폭력적이고 자극적인 행동이 포함돼 있습니다. 그러나 이러한 질문도 여러분의 자해위험을 제대로 이해하고 여러분의 정신건강을 보호하는 데 반드시 필요하므로 솔직하게 답변해주시면 감사하겠습니다.

구분	사전 공지문
자살 문항	다음은 자살과 관련해 최근 여러분에게 들었던 생각이나 여러분의 실제 경험에 대한 질문입니다. 일부 질문은 여러분이 불편하게 생각할 수 있지만 여러분의 자살위험을 제대로 이해하고 여러분의 정신건강을 보호하는 데 반드시 필요하므로 솔직하게 답변해주시면 감사하겠습니다.
비행 및 폭력 가·피해 경험	다음은 최근 1년 동안 여러분이 가해자 또는 피해자로 경험한 다양한 유형의 비행 또는 폭력에 대한 질문입니다. 여러분의 응답은 철저히 비밀에 부쳐지며 응답 결과에 따른 어떤 처벌 조치도 없습니다. 비행이나 폭력 경험이 여러분의 정신건강에 미치는 영향력을 파악하고자 해당 질문을 드리오니 솔직하게 답변 주시면 감사하겠습니다.

이상의 절차를 거쳐 도출된 정신건강 문제의 보호 및 위험 요인 측정문항 열개는 아래의 표와 같다. 영역은 관계 및 지지, 매체, 외상, 비행, 인지 및 정서, 적응, 진로, 건강, 인구학적 배경 등 총 9가지로 구성돼 있으며 영역별 조사 문항의 구체적 내용과 출처는 다음의 조사내용 파트에서 상술했다. 다만, 인구학적 배경에 해당하는 조사 문항은 별도의 출처가 있지 않고 연구진이 자체 개발했으므로 해당 문항에 대한 설명은 조사내용에서 다루지지 않았다.

표Ⅲ-5 보호 및 위험 요인별 측정 문항 번호(설문지 기준)

영역	조사내용	문항	
		학생 청소년	학교 밖 청소년
관계 및 지지	부모 양육 태도	따스함	문15-1)~4)
		거부	문15-5)~8)
		자율지지	문15-9)~12)
		강요	문15-13)~16)
		구조제공	문15-17)~20)
		비밀관성	문15-21)~24)
	부모(가족) 관계	가족관계의 질	문16-1)~5)
적응	학교 적응	학교 수업	문18-1)~3)
		교사 관계	문18-4)~6)
		친구 관계	문18-7)~9)
		학교생활	문18-10)~12)
	사회 지지	지역사회 지원	문17-1)~3)

영역		조사내용	문항	
			학생 청소년	학교 밖 청소년
진로	학업성취도	학업 성적 수준	문19	-
		학업 성적 만족도	문20	-
	진로 문제	진로성숙도	문27-1)~7)	문27-1)~7)
매체	스마트폰 사용 행태	컴퓨터 및 스마트폰 사용 행태	문21-1)~4)	문21-1)~4)
	인터넷 사용 행태			
인지 및 정서	부정적 신체인식	체형, 키, 몸무게	문22, 23, 24	문22, 23, 24
		외모 만족도	문25	문25
	자아존중감	자아존중감	문26-1)~10)	문26-1)~10)
건강	수면 행태	수면시간	문28	문28
		주관적 수면 충족	문29	문29
	신체 질환	신체적 질병이나 장애 유무	문30	문30
	식습관	규칙적인 식사 여부	문31	문31
		균형 잡힌 식사 여부	문32	문32
	주관적 건강 상태	주관적 건강 상태	문33	문33
	신체활동	신체활동	문34	문34
비행	비행 경험	흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박	문35-1)~7)	문35-1)~7)
	폭력 경험	가해 경험	문36-1-1)~7)	문36-1-1)~7)
		피해 경험	문36-2-1)~6)	문36-2-1)~6)
외상	성폭력	성폭행/성희롱	문36-2-7)	문36-2-7)
	부모 방임	부모 방임	문15-25)~28)	문15-25)~28)
	부모 학대	부모 학대	문15-29)~32)	문15-29)~32)
인구학 적 배경	한부모/양부모가정	가족구성원	배문1	배문1
	부모와의 동거여부	거주형태	배문2	배문2
	부모의 이혼/사별/별거	부모의 이혼, 사별, 별거	배문3	배문3
	다문화가정	다문화가정	배문3-1	배문3-1
	사회경제적 수준	경제 수준	배문4	배문4
	부모교육수준	부모교육수준	배문5	배문5
	성별	성별	설문지 표지	설문지 표지
	생년	생년	-	설문지 표지

2. 조사내용

① 관계 및 지지

관계 및 지지 영역에서는 부모 양육 태도, 부모(가족) 관계, 사회 지지 등과 관련된 문항이 들어간다. 먼저, 부모의 양육 태도를 확인하기 위해 Skinner, Johnson과 Snyder(2005)가 동기모형을 적용하여 개발한 청소년용 부모 양육 태도 척도 (PSCQ_A)를 김태명과 이은주(2017)가 번안하고 우리나라 청소년을 대상으로 타당화한 한국판 청소년용 동기모형 부모 양육 태도 척도(PSCQ_KA)가 사용됐다. 이 척도는 따스함, 거부, 자율지지, 강요, 구조제공, 비밀관성 등의 6개 요인, 24개 문항으로 구성되어 있다. 이 중 따스함, 자율지지, 구조제공 요인은 점수가 높을수록 긍정적 양육 태도를, 반대로 거부, 강요, 비밀관성 요인은 점수가 높을수록 부정적 양육 태도에 가깝다. 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다 (5점)까지의 5점 척도로 측정되나, 본 연구에서는 이를 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)의 4점 척도로 수정하였다. 아울러 ‘부모님’을 ‘부모님(보호자)’로 수정하여 질문하였다.

표Ⅲ-6 부모 양육 태도 설문 문항

문 항	하위요인
1) 부모님(보호자)이 나를 사랑한다는 것을 표현하신다	따스함
2) 부모님(보호자)은 나와 함께 있는 것을 좋아하신다	
3) 부모님(보호자)은 항상 나를 반기워하신다	
4) 부모님(보호자)은 나를 특별하게 여기신다	
5) 부모님(보호자)이 나를 좋아하시는지 가끔 궁금할 때가 있다	거부
6) 부모님(보호자)은 내가 방해가 된다고 생각하신다	
7) 부모님(보호자)은 나로 하여금 불필요한 존재라고 느끼게 하신다	
8) 부모님(보호자)은 내가 하는 어떤 것도 만족스러워하지 않으신다	

문항	하위요인
9) 부모님(보호자)은 나를 믿어주신다	자율지지
10) 부모님(보호자)은 나를 있는 그대로 받아주신다	
11) 부모님(보호자)은 내가 중요하게 생각하는 일을 하게 해주신다	
12) 부모님(보호자)은 나의 생각을 이해하려고 노력하신다	
13) 부모님(보호자)은 나에게 늘 무엇을 하라고 하신다	강요
14) 부모님(보호자)은 나에게 이래라저래라 하신다	
15) 부모님(보호자)은 어떤 일을 할 때 오로지 그분들의 방식만이 유일하게 올바른 길이라고 생각하신다	
16) 부모님(보호자)은 모든 것에 대해 “안돼.”라고 하신다	
17) 내가 무언가 하려고 할 때, 부모님(보호자)이 어떻게 하라고 가르쳐 주신다	구조제공
18) 어떤 일이나 사물이 돌아가는 이치를 알고 싶어 할 때, 부모님(보호자)께서 설명해주신다	
19) 내게 문제가 있을 때 부모님(보호자)이 어떻게 해결해야 할지 도움을 주신다	
20) 부모님(보호자)은 내게 규칙을 말씀하실 때, 왜 지켜야 하는지 이유도 설명해주신다	
21) 부모님(보호자)이 약속을 해도, 그 분들이 지키실지는 알 수 없다	비일관성
22) 부모님(보호자)은 무언가를 하겠다고 말씀하시고는 실제로는 하지 않으실 때도 가끔 있다	
23) 부모님(보호자)은 나에게 대한 규칙을 자주 바꾸신다	
24) 부모님(보호자)은 사전에 주의도 주지 않고 화부터 내신다	

* 출처: 김태명, 이은주 (2017). 한국판 청소년용 동기모형 부모 양육 태도 척도(PSCQ_KA)의 타당화. p. 321. 수정·보완.

다음으로 부모(가족) 관계와 사회 지지를 살펴보기 위해 우리는 ‘한국 청소년 지표 조사 V: 건강·안전(보호) 지표’(최인재 외, 2010)에서 개발된 지표 가운데 ‘가족관계 질’과 ‘지역사회 지원’ 문항을 활용하였다. 이 가운데 지역사회 지원은 일부 문구를 수정하여 사용하였다. 구체적으로 살펴보면, ‘가족구성원 간 유대감이나 친밀 정도’를 나타내는 가족관계 질은 총 5개 문항으로, ‘가족, 친구, 선생님 외에 지역사회의 돌봄 및 지원 정도’를 나타내는 지역사회 지원은 총 3개 문항으로 이루어져 있다. 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 척도로 측정됐다.

표Ⅲ-7 가족관계 질, 지역사회 지원 설문 문항

가족관계 질	지역사회 지원	
	학생 청소년	학교 밖 청소년
1) 우리 가족은 서로 아껴준다	1) 가족, 친구, 학교 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	1) 가족, 친구, 꿈드림 센터 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다
2) 우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다	2) 가족, 친구, 학교 선생님 외에 주위에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다	2) 가족, 친구, 꿈드림 센터 선생님 외에 주위에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다
3) 우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다	3) 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다	3) 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다
4) 우리 가족은 서로 친하다		
5) 우리 가족은 서로에게 일어 나는 일에 관심이 많다		

* 출처: 최인재 외(2010). 한국 청소년 지표 조사Ⅴ: 건강·안전(보호) 지표(총괄보고서). pp. 315-316.

② 매체

청소년의 컴퓨터 및 스마트폰 사용 행태 측정을 위해 우리는 한국아동·청소년 패널조사(KCYPS)의 ‘컴퓨터 용도별 이용빈도’ 문항(한국청소년정책연구원, 2017a)을 수정·보완하여 사용하였다. 구체적으로 살펴보면, ‘공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용’, ‘공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용’, ‘청소년 이용 불가 콘텐츠 이용’, ‘온라인 소통’의 4가지 이유로 컴퓨터나 스마트폰을 얼마나 사용하는지를 전혀 사용하지 않는다(1점)부터 매우 많이 사용한다(4점)까지의 4점 척도로 질문하였다.

표Ⅲ-8 컴퓨터 및 스마트폰 사용 행태 설문 형태

구분	전혀 사용하지 않는다	조금 사용하는 편이다	많이 사용하는 편이다	매우 많이 사용한다
1) 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용 (학교 수업 참여를 위한 이용은 제외)	①	②	③	④
2) 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용	①	②	③	④
3) 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용	①	②	③	④
4) 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통	①	②	③	④

* 출처: 한국청소년정책연구원(2017a). 한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 제1-7차 조사 코드북: 제7회 한국아동·청소년 패널학술대회용. p. 38. 수정·보완

③ 외상

외상 영역에서는 부모 학대, 부모 방임, 성폭력 등에 관한 문항이 포함된다. 먼저, 부모 학대 및 방임의 측정에는 허묘연(2000), 김세원(2003)의 아동학대 문항을 참고하여 작성한 한국아동·청소년패널조사(KCYPS)의 학대 및 방임 문항(한국청소년정책연구원, 2017a)이 사용됐다. 각각 4개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)의 4점 척도로 측정된다. 이 중 부모 방임 문항은 결과분석 시 역코딩하여 활용하였다.

표Ⅲ-9 부모 학대, 부모 방임 설문 문항

부모 학대	부모 방임
1. 내가 무언가 잘못했을 때 부모님(보호자)께서는 정도 이상으로 심하게 혼내신다	1. 부모님(보호자)께서는 다른 일(직장이나 바깥일)보다 나를 더 중요하게 생각하신다*
2. 내가 잘못하면 부모님(보호자)께서는 무조건 때리려고 하신다	2. 부모님(보호자)께서는 내가 학교에서 어떻게 생활하는지 관심을 갖고 물어보신다*
3. 내 몸에 멍이 들거나 상처가 남을 정도로 부모님(보호자)께서 나를 심하게 대하신 적이 많다	3. 부모님(보호자)께서는 내 몸이나, 옷, 이불 등이 깨끗하도록 항상 신경 쓰신다*
4. 부모님(보호자)께서는 나에게 심한 말이나 욕을 하신 적이 많다(예: 멍청이, 개만도 못한 것, 나가 죽어라, 네가 없어졌으면 좋겠다 등)	4. 부모님(보호자)께서는 내가 많이 아프면 적절한 치료를 받게 하신다*

* 출처: 한국청소년정책연구원(2017b). 한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 초4 패널 제1~7차 조사표. pp. 27~28.

주: *역코딩 문항

다음으로 성폭력 피해 경험에는 한국아동·청소년패널조사(KCYPS)의 비행 피해 경험 문항 중 ‘성폭행이나 성희롱’ 항목(한국청소년정책연구원, 2017a)이 수정·보완돼 사용됐다. 구체적으로 살펴보면, 온라인에서의 피해 경험을 포함하여 최근 1년 동안 다른 사람으로부터 성폭행이나 성희롱 피해 경험이 있는지를 확인한다.

표Ⅲ-10 성폭행/성희롱 피해 경험 설문 형태

질문	보기
문. 최근 1년 동안, 아래와 같은 피해를 다른 사람으로부터 당한 적이 있습니까? 온라인에서 당한 것도 포함해서, 해당 되는 것을 모두 선택해 주세요.	①~⑥ ⑦ 성폭행이나 성희롱 ⑧ 해당사항 없음

* 출처: 한국청소년정책연구원(2017b). 한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 초4 패널 제1~7차 조사표. p. 46. 수정·보완.

④ 비행

비행 영역에서는 비행 경험과 폭력 경험(가해, 피해)에 관한 문항을 포함하였다. 이를 위해 우리는 한국아동·청소년패널조사(KCYPS)의 비행 행동 경험 및 피해 경험 문항(한국청소년정책연구원, 2017a)을 수정·보완하여 사용하였다. 구체적으로 살펴보면, 비행 경험의 경우, 최근 1년 동안 흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박(온라인 포함) 등 7가지 문제 행동을 한 적이 있는지를 모두 선택하도록 하였다. 폭력 가해 및 피해 경험은 최근 1년 동안 온/오프라인에서 발생한 조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 그리고 성폭행/성희롱 등의 7가지 문제 행동을 중심으로 살펴보았다. 이 중 성폭력/성희롱 피해 경험은 앞서 소개한 외상 경험 문항이다.

표Ⅲ-11 비행 및 폭력경험 설문 항목

비행 경험	폭력 경험 (※ 온라인상에서의 경험 포함)	
	가해 경험	피해 경험
담배 피우기(전자담배 포함)	심하게 놀리거나 조롱하기	심한 놀림이나 조롱 당하기
술 마시기	집단따돌림(왕따) 시키기	집단따돌림(왕따) 당하기
무단 결석	심하게 때리기	심하게 맞음(폭행피해)
가출	협박하기	협박당하기
패싸움	돈이나 물건 뺏기(뺏기기)	돈이나 물건 뺏기기(뺏김)
다른 사람의 돈이나 물건 훔치기	심한 욕설하기	심한 욕설 듣기
돈을 걸고 도박 게임하기 (온라인 도박/게임 포함)	성폭행이나 성희롱	성폭행이나 성희롱

* 출처: 한국청소년정책연구원(2017b). 한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 초4 패널 제1~7차 조사표. pp. 46-47. 수정·보완

주: 성폭행이나 성희롱 피해 경험은 외상 영역에 포함

⑤ 인지 및 정서

인지 및 정서 영역에서는 부정적 신체인식, 자아존중감 등에 관한 문항이 포함된다. 먼저, 부정적 신체인식은 체형, 키, 몸무게, 그리고 외모만족도를 통해 확인하였다. 이 중 체형, 키, 몸무게 문항은 제15차(2019년) 청소년건강행태 조사에서 사용된 문항(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2019b)을 수정하여 활용하였으며, 이 문항을 통해 응답자의 왜곡된 신체인지²⁴⁾에 대해 살펴보았다. 각 문항을 살펴보면, 체형은 자신의 체형에 관한 생각을 매우 마른 편이다(1점)부터 매우 살이 찐 편이다(5점)의 5점 척도로 측정하였으며, 키(신장)와 몸무게(체중)는 자기기입식으로 조사하였다. 한편, 부정적 신체인식을 확인하기 위한 외모 만족도는 자신의 외모에 대해 얼마나 만족하는지를 전혀 만족하지 않는다(1점)부터 매우 만족한다(4점)까지의 4점 척도로 측정하였다.

다음으로 자아존중감은 Rosenberg(1965)의 자존감 척도를 번안하여 사용(고려대학교 부설 행동과학연구소, 2000에서 재인용)한 한국아동·청소년패널조사(KCYPS)의 문항을 활용하였다(한국청소년정책연구원, 2017a)²⁵⁾. 척도는 총 10문항이며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 척도로 측정된다. 이 가운데 일부 문항은 역코딩 대상이다.

24) 왜곡된 신체인지는 2017 소아청소년 성장도표 해설집(질병관리본부, 2017)의 연령별 성별 체질량지수 도표를 참조해 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 마른 편: 매우 마른 편이다+약간 마른 편이다, ② 보통, ③ 찐 편: 약간 살이 찐 편이다+매우 살이 찐 편이다)과 조합하여 아래와 같이 ① 정상인지, ② 과소인지, ③ 과대인지로 분류함.

체중 \ 인지	마른 편	보통	찐 편
	저체중	정체중	과체중
저체중	① 정상	③ 왜곡	③ 왜곡
정체중	② 왜곡	① 정상	③ 왜곡
과체중, 비만	② 왜곡	② 왜곡	① 정상

25) 출처에는 Rosenberg가 Rogenberg로 오기. 연구진 이를 수정하여 게시.

표Ⅲ-12 자아존중감 설문 문항

문항	역코딩 문항
1) 나는 나에게 만족한다	
2) 때때로 나는 내가 어디에도 소용없는 사람이라고 생각한다	○
3) 나는 내가 장점이 많다고 느낀다	
4) 나는 남들만큼의 일은 할 수 있다	
5) 나는 내가 자랑스러워할 만한 것이 별로 없다고 느낀다	○
6) 때때로 나는 내가 쓸모없는 존재로 느껴진다	○
7) 나는 내가 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이라고 느낀다	
8) 나는 나를 좀 더 존중할 수 있었으면 좋겠다	○
9) 나는 내가 실패자라고 느끼는 경향이 있다	○
10) 나는 나에 대해 긍정적인 태도를 지니고 있다	

* 출처: 한국청소년정책연구원(2017b). 한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 초4 패널 제1-7차 조사표. p. 27. 수정·보완.

⑥ 적응

적응 영역에서는 학교 적응과 관련된 문항이 포함된다. 구체적으로 살펴보면, ‘한국 청소년 지표 조사 V: 건강·안전(보호) 지표’(최인재 외, 2010)에서 개발된 지표 가운데 ‘학교 수업’(학업에 대한 유능감을 가진 정도), ‘교사 관계’(교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류를 하는 정도), ‘친구 관계’(친구와 긍정적인 교류를 하고 도움을 주고받는 정도), ‘학교생활’(학교시설과 물건을 아끼고 규칙을 잘 지키려고 하는 정도) 등이 활용됐다. 주제별로 3개씩 총 12개 문항이며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)의 4점 척도로 측정된다. 이 가운데 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활은 학교 밖 청소년의 경우 학교를 그만둘 당시의 상황에 비춰 문항에 응답하도록 하였다.

표Ⅲ-13 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활 설문 문항

구분	문항	
	학생 청소년	학교 밖 청소년
학교 수업	1) 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력 한다	1) 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력했다
	2) 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 한다	2) 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 했다
	3) 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고 집중하여 잘 듣는다	3) 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고 집중하여 잘 들었다
교사 관계	4) 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	4) 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있었다
	5) 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있다	5) 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있었다
	6) 학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있다	6) 학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있었다
친구 관계	7) 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	7) 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있었다
	8) 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편하다	8) 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편했다
	9) 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	9) 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지냈다
학교 생활	10) 나는 학교규칙을 잘 지키고 있다	10) 나는 학교규칙을 잘 지켰다
	11) 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용 한다	11) 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용 했다
	12) 나는 지각이나 결석을 하지 않는다	12) 나는 지각이나 결석을 하지 않았다

* 출처: 최인재 외(2010). 한국 청소년 지표 조사Ⅴ-건강·안전(보호) 지표(총괄보고서). p. 318, 484. 수정

⑦ 진로

진로 영역에서는 학업성취도, 진로 문제 등이 포함된다. 먼저, 청소년의 학업 성취도를 살펴보기 위해 우리는 학업 성적 수준, 학업 성적 만족도²⁶⁾를 확인하였다. 학업 성적 수준은 가장 최근을 기준으로 학업 성적이 반에서 대략

26) 학업 성적 수준, 학업 성적 만족도는 학교 밖 청소년 설문문항에서 제외

어디에 해당하는지 매우 못하는 수준(1점)부터 매우 잘하는 수준(5점)까지의 5점 척도로 응답하도록 했다. 그리고 학업 성적 만족도는 학업 성적에 대해 본인이 얼마나 만족하는지를 전혀 만족하지 않는다(1점)부터 매우 만족한다(4점)의 4점 척도로 측정하였다.

진로 관련 문항으로는 ‘한국청소년패널조사(KYPS)’의 진로성숙도 문항(이경상, 조혜영, 박현수, 2004)을 활용하였다. 문항은 총 7개며 패널조사에서는 5점 척도로 응답하도록 했으나 본 연구에서는 이를 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)의 4점 척도로 수정하였다. 결과 분석 시 응답 결과는 역코딩 처리된다.

표Ⅲ-14 진로성숙도 설문 문항

문항	역코딩 문항
1) 향후 진로설정과 관련하여, 내가 좋아하고 잘하는 것(적성 및 소질)이 무엇인지 아직 잘 알지 못한다	○
2) 향후 진로에 대한 정보가 부족하여 진로에 대해 잘 알지 못한다	○
3) 향후 진로에 대해 잘 알고 있지만, 가보고 싶은 진로가 너무 많아 하나를 선택하기가 힘들다	○
4) 나는 현재, 내가 가보고 싶은 향후 진로가 자주 바뀐다	○
5) 나는 현재, 향후 진로설정에 대해 나와 부모님의 의견차이가 너무 커 쉽게 결정을 내리지 못하고 있다	○
6) 미래란 알 수 없는 것이므로 향후 진로를 미리 설정해봐야 아무런 소용이 없다	○
7) 나는 현재, 나의 향후 진로설정에 있어서 나 자신의 의견보다는 부모님의 의견을 더 따르는 편이다	○

* 출처: 이경상, 조혜영, 박현수(2004). 한국청소년패널조사(KYPS)Ⅱ - 조사개요보고서. pp. 292-293. 수정·보완.

⑧ 건강

건강 영역에서는 수면 행태, 신체 질환, 식습관, 주관적 건강 상태, 신체활동 등이 포함된다. 먼저, 청소년의 수면 행태를 살펴보기 위해 우리는 수면시간과

수면 충족 정도를 확인하였다. 수면시간은 최근 7일 동안의 하루 평균 수면시간을 자기기입식으로 확인하고 주관적 수면 충족은 제15차(2019년) 청소년건강행태 조사에서 사용된 문항(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2019b)을 수정하여 사용하였다. 최근 7일 동안 잠을 잔 시간이 피로회복에 충분하다고 생각하는지를 전혀 충분하지 않다(1점)부터 매우 충분하다(4점)까지의 4점 척도로 측정하였다.

다음으로 신체 질환 유무는 응답자가 정신건강 문제가 아닌 신체 질병이나 신체장애를 가졌는지를 응답하도록 하였다. 그리고 식습관은 규칙적인 식사와 균형 잡힌 식단으로 식사하고 있는지를 통해 살펴보았다.

마지막으로 주관적 건강 상태와 신체활동은 제15차(2019년) 청소년건강행태 조사에서 사용된 문항(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2019b)을 수정하여 활용하였다. 먼저 주관적 건강 상태는 평상시 건강 상태에 관한 생각을 매우 건강하지 않다(1점)부터 매우 건강하다(4점)의 4점 척도로 질문하였고, 신체활동은 최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동을 한 날이며칠인지를 ‘없음’부터 ‘7일’까지로 응답하도록 하였다.

(4) 정신건강서비스에 대한 인지 및 경험 관련 설문 선정

본 실태조사의 마지막 조사영역은 정신건강서비스에 대한 응답자의 태도, 인지 수준, 이용경험, 그리고 문제의식 등을 다루고 있다. 이에 대한 설문은 청소년 정신건강 증진과 보호를 위한 증거기반의 정책과제를 도출하는 데 직접적이며 중요한 기초자료를 제공한다.

해당 설문의 열개는 다음과 같으며 ‘수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구’(전진아 외, 2019)에서 사용된 문항 중 일부가 수정·보완되어 이용됐다.

표Ⅲ-15 정신건강서비스 실태 관련 문항의 열개와 출처

구분		출처	문항	
			학생 청소년	학교 밖 청소년
정신 건강 서비스 실태	정신건강서비스에 대한 인식	전진아 외(2019) 문항 수정·보완	문9	문9
	정신건강서비스 장애요인		문10	문10
	스트레스나 심리적 불편함에 대해 이야기하는 정도		문11	문11
	정신건강 상의(상담) 선호 대상		문12	문12
	선호하는 상담 방식		문13	문13
	정신건강 기관/서비스 인지여부		문14	문14
	정신건강 기관/서비스 이용경험		문14-1	문14-1
	정신건강 기관/서비스 도움정도		문14-2	문14-2
	정신건강 기관/서비스 불만족 사유	전진아 외(2019) 문항을 참고로 작성	문14-3	문14-3

부연하면, ‘정신건강서비스에 대한 인식’은 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)를 받는 것에 관한 생각을 전혀 부담스럽지 않다(1점)부터 매우 부담스럽다(4점)까지의 4점 척도로 확인하였고, ‘정신건강 서비스 장애요인’은 13가지 보기 중에서 가장 큰 장애요인 한 가지를 선택한다. 그리고 주변 사람에게 ‘스트레스나 심리적 불편함에 대해 이야기하는 정도’는 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 척도로 응답한다.

‘정신건강 상의(상담) 선호 대상’은 우울증, 불안, 스트레스 등과 같은 문제가 발생 시 부모님(보호자), 형제자매, 친구나 선후배 등의 사람들과 얼마나 상의(상담)하고 싶은지를 4점 척도로 확인했다. ‘선호하는 상담 방식’은 응답자에게 5가지 보기(직접 만나서 하는 1:1 개인상담, 직접 만나서 하는 집단상담, 1:1 화상 상담, 집단 화상 상담, 화상 상담을 제외한 온라인 상담) 중 가장 희망하는 방식 하나를 선택하게끔 하였다.

표Ⅲ-16 정신건강 상의(상담) 의향 설문 형태

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다	형제 자매 없음
학생 청소년	학교 밖 청소년					
1. 부모님(보호자)	1. 부모님(보호자)	①	②	③	④	
2. 형제자매	2. 형제자매	①	②	③	④	⑨
3. 친구나 선후배	3. 친구나 선후배	①	②	③	④	
4. 학교 선생님 (학교 상담선생님 포함)	4. 꿈드림 센터 선생님 (꿈드림 센터 상담선생님 포함)	①	②	③	④	
5. 학원 선생님	5. 학원 선생님	①	②	③	④	
6. 정신과 의사	6. 정신과 의사	①	②	③	④	
7. 상담 전문가 (학교 상담선생님 제외)	7. 상담 전문가 (꿈드림 센터 상담선생님 제외)	①	②	③	④	
8. SNS나 인터넷상의 불특정 사람	8. SNS나 인터넷상의 불특정 사람	①	②	③	④	

* 출처: 전진아 외(2019). 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구. p. 12. 수정·보완.

마지막으로 우리는 10가지 정신건강 기관 혹은 서비스에 대한 인지여부, 이용경험, 도움정도, 그리고 불만족 사유를 확인하였다. 부연하면, 우선 각 기관 혹은 서비스에 대한 인지여부 확인 후, 이 중 인지하고 있는 기관 혹은 서비스에 대해 이용경험 여부를, 다시 이용해 본 기관 혹은 서비스에 대해서는 문제 해결에 대한 도움 정도를 4점 척도로[전혀 도움을 받지 못함(1점)에서 매우 도움이 됨(4점)까지], 그리고 마지막으로 도움 정도를 부정적으로 평가(‘전혀 도움을 받지 못함’ 또는 ‘도움을 받지 못한 편임’)한 응답자에게는 그 이유를 선택(6가지 보기 중 택 1)하도록 하였다.

표 III -17 정신건강 기관/서비스에 대한 인지, 이용경험, 도움여부, 불만족 사유 문항

	인지한 기관/ 서비스	이용 여부			도움 여부			도움을 받지 못했다고 느끼는 주된 이유							
		이용한 적 있음	이용하고 싶었으나 적 없음 이용못함	이용한 도움이 되지 않았음	전혀 도움이 되지 않았음	별로 도움이 되지 않았음	약간 도움이 되었음	매우 도움이 되었음	1	2	3	4	5	6	
구분	있음														
		1	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
1. 정신의료기관(정신병원)															
2. 정신건강복지센터, 자살예방센터 (정신보건센터, 정신건강증진센터)															
3. 중독관리통합지원센터															
4. 도박문제관리센터															
5. 스마트쉽센터															
6. 위(Wee) 프로젝트 기관 (클래스, 센터, 스쿨, 가정형)															
7. 청소년상담복지센터															
8. 정신건강 상담 전화/찾라인 - 보건복지콜센터(129) - 정신건강위기상담전화(1577-0199) - 자살예방상담전화(1393) - 생명의 전화(1588-9191) - 청소년전화(1388)															
9. 청소년모바일상담센터(다들아줄게)															
10. 청소년사이버상담센터															

1. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서
2. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서
3. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서
(아간에 이용할 수 없음)
4. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서
5. 정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험하는 정신건강
문제나 나를 잘 이해하지 못해서
6. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 나의 믿음이 부족해서

2. 정신건강 문제에 대한 노출 실태

1) 학생 청소년

(1) ADHD 증상

주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 ADHD 평균 점수는 15.30($n=5,937$, $SD=10.42$)으로 나타났다. 학생 청소년 중 남자 청소년의 평균 점수는 16.29($n=3,077$, $SD=10.99$), 여자 청소년의 평균 점수는 14.24($n=2,860$, $SD=9.65$)였고 남자 청소년의 평균이 여자 청소년과 비교해 통계적으로 유의미하게 높았다.

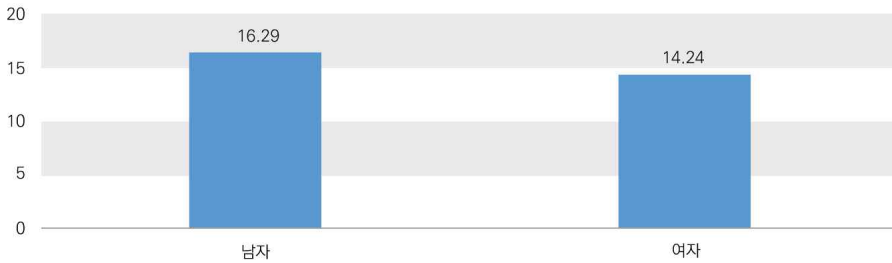
반면, ADHD 증상의 학교급별 차이는 유의하지 않았다. 성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서는 유의한 집단 차이가 확인됐다[$Welch's F(5, 2765.76)=13.616$, $P<.001$]. 전체 6개 집단 중 초등학교 남학생의 평균 점수가 16.57로 가장 높았는데 Games-Howell 사후검정을 통해 집단 차이의 통계적 유의성을 확인한 결과 이들과 실제 유의한 차이를 보여준 집단은 초등학교 여학생, 중학교 여학생, 그리고 고등학교 여학생으로 나타났다.

표Ⅲ-18 학생 청소년 ADHD 결과

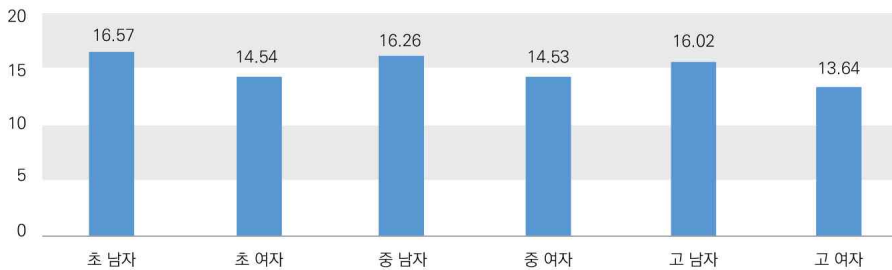
구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	15.30	10.42	-	-	-	-
성별	남자	3,077	16.29	10.99	7.638***	5916.363	-	-
	여자	2,860	14.24	9.65				
학교급	초 ^a	1,997	15.59	10.16	2.460	2	5,933	-
	중 ^b	1,959	15.42	10.79				
	고 ^c	1,982	14.89	10.29				
성별× 학교급	초 남자 ^a	1,029	16.57	10.53	13.616***	5	2,765.763	a>b,d,f (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초 여자 ^b	968	14.54	9.65				
	중 남자 ^c	1,013	16.26	11.30				
	중 여자 ^d	946	14.53	10.14				
	고 남자 ^e	1,035	16.02	11.13				
	고 여자 ^f	947	13.64	9.13				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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



그림Ⅲ-3 학생 청소년 ADHD 성별 비교(단위: 점)



그림Ⅲ-4 학생 청소년 ADHD 성별×학교급 비교(단위: 점)

(2) 자해 행동

자해 행동과 관련된 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 자해 행동에 대한 전체 학생 청소년의 평균 점수는 .64($n=5,937$, $SD=1.35$)로 나타났다. 성별에 따른 자해 행동의 평균 점수 차이는 유의하지 않았지만, 학교급에 따른 차이는 유의했다[$Welch's F(2, 3901.99)=9.400^{***}$]. 사후검정 결과 중학교 학생들의 자해 행동 평균 점수가 초등학교 학생들의 자해 행동 점수보다 유의하게 높았다. 그뿐만 아니라 성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이가 발견됐다[$Welch's F(5, 2754.03)=3.853^{**}$]. 6개 집단 중 여자 중학생의 평균 점수가 .77로 가장 높았는데 Games-Howell 검정을 통해 사후검정을 한 결과 이들과 통계적으로 유의한 차이를 보여준 경우는 남자 초등학교 집단과 여자 초등학교 집단이었다.

표Ⅲ-19 학생 청소년 자해 행동 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	.64	1.35	-	-	-	-
성별	남자	3,077	.63	1.34	-.534	5,935	-	-
	여자	2,860	.65	1.36				
학교급	초 ^a	1,997	.56	1.16	9.400***	2	3,901.991	b>a
	중 ^b	1,959	.74	1.47				
	고 ^c	1,982	.63	1.40				
성별× 학교급	초 남자 ^a	1,029	.56	1.13	3.853**	5	2,754.026	d>a,b (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초 여자 ^b	968	.56	1.19				
	중 남자 ^c	1,013	.72	1.45				
	중 여자 ^d	946	.77	1.49				
	고 남자 ^e	1,035	.63	1.41				
	고 여자 ^f	947	.63	1.39				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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

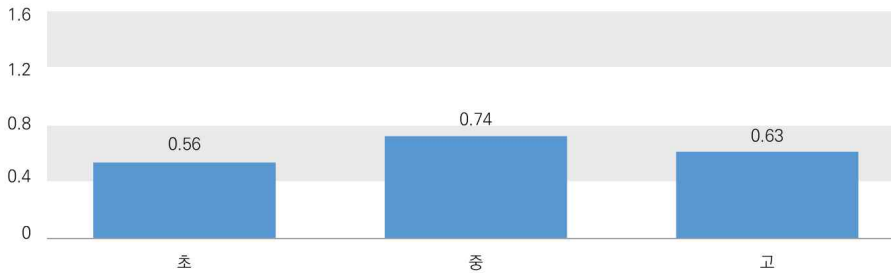


그림 III-5 학생 청소년 자해 행동 학교급 비교(단위: 점)

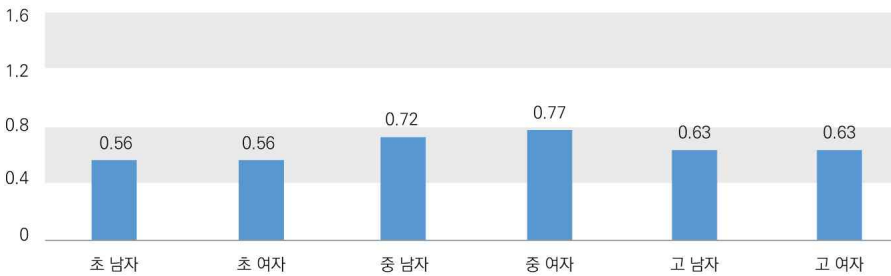


그림 III-6 학생 청소년 자해 행동 성별×학교급 비교(단위: 점)

(3) 신체화 증상

신체화 증상에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 신체화 증상의 전체 학생 청소년의 평균 점수는 2.80($n=5,937$, $SD=5.18$)로 나타났다. 학생 청소년 중 남자 청소년의 평균은 2.47($n=3077$, $SD=5.21$), 여자 청소년의 평균은 3.15($n=2860$, $SD=5.13$)로, 후자가 전자보다 유의하게 높았다.

성별에 따른 차이 외에도 학교급에 따른 차이도 유의하게 나타났는데[$Welch's F(2, 3834.47)=32.060^{***}$], Games-Howell 검정을 이용한 사후검정 결과 고등학생 > 중학생 > 초등학생 순으로 신체화 증상 점수가 유의하게 줄어들었다. 즉, 학교급이 올라갈수록 청소년이 호소하는 신체화 증상의 심각성이 증가하고 있다.

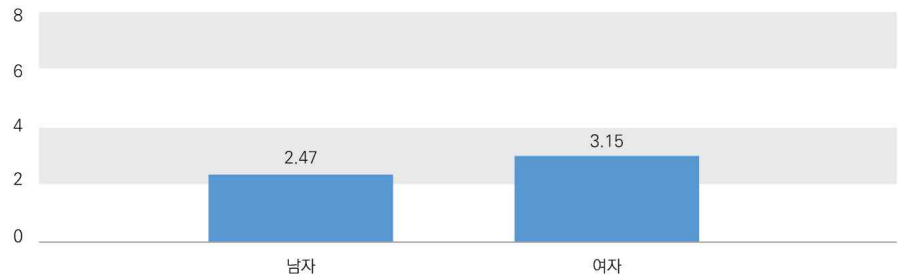
성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이가 발견됐다[Welch's $F(5, 2748.13)=21.167^{***}$]. 6개 집단 중 여자 고등학생의 신체화 증상 평균 점수가 가장 높게 집계됐는데 Games-Howell 사후검정을 한 결과 이들은 남자 고등학생을 제외한 여타 집단과 모두 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다.

표Ⅲ-20 학생 청소년 신체화 증상 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	2.80	5.18	-	-	-	-
성별	남자	3,077	2.47	5.21	-5.099***	5,915	-	-
	여자	2,860	3.15	5.13				
학교급	초 ^a	1,997	2.16	4.04	32.060***	2	3,834.474	c>b>a
	중 ^b	1,959	2.84	5.44				
	고 ^c	1,982	3.39	5.82				
성별× 학교급	초 남자 ^a	1,029	2.20	4.24	21.167***	5	2,748.132	f>a,b,c,e (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초 여자 ^b	968	2.11	3.82				
	중 남자 ^c	1,013	2.27	5.16				
	중 여자 ^d	946	3.45	5.67				
	고 남자 ^e	1,035	2.92	6.03				
	고 여자 ^f	947	3.91	5.54				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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



그림Ⅲ-7 학생 청소년 신체화 증상 성별 비교(단위: 점)

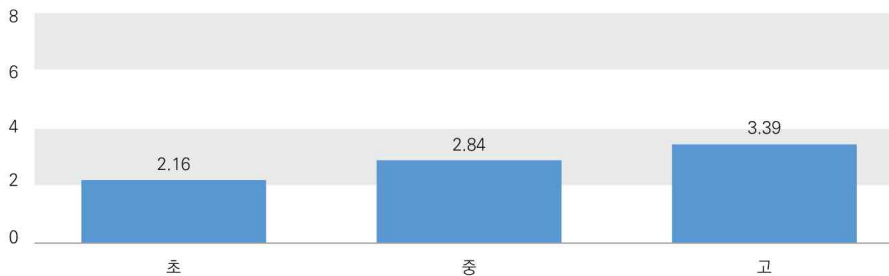


그림 III-8 학생 청소년 신체화 증상 학교급 비교(단위: 점)

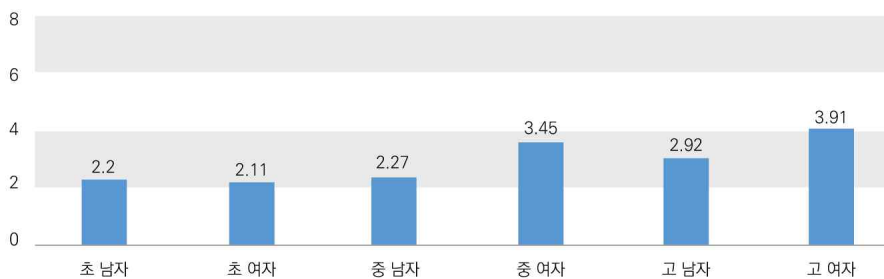


그림 III-9 학생 청소년 신체화 증상 성별 × 학교급 비교(단위: 점)

(4) 우울 증상

우울 증상에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 평균 우울 증상 점수는 4.99($n=5,937$, $SD=7.71$)로 나타났다. 전체 학생 청소년 중 우울 증상이 없는 청소년은 4,905명으로 전체의 82.6%를 차지하였고, 경도 수준은 355명으로 6.0%, 중도 수준은 376명으로 6.3%, 그리고 중증 이상의 증상을 나타낸 청소년은 301명으로 전체의 5.1%를 차지했다. 학생 청소년 10명 중 적어도 8명은 우울 증상에 노출돼 있지 않은 셈이다.

성별에 따른 차이 검정의 경우, 여자 청소년이 남자 청소년과 비교해 유의하게 높은 점수를 보여주었다. 즉, 여자 청소년이 남자 청소년과 비교해 상대적으로 더 높은 우울 증상을 경험하고 있다는 말이다.

학교급에 따른 차이 검정의 경우에도, 유의한 결과가 나타났다[$Welch's F(2, 3861.26)=28.405^{***}$]. Games-Howell 사후검정 결과 고등학생과 중학생 간에는 유의한 차이가 없었으나 전자의 두 집단 모두 초등학교 집단보다는 유의하게 높은 점수를 보여주었다.

성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이는 존재했다[$Welch's F(5, 2738.91)=15.939^{***}$]. 6개 집단 중 여자 고등학생의 우울 증상 평균 점수는 6.14로 가장 높게 나타났는데 Games-Howell 사후검정을 한 결과 이들과 통계적으로 유의한 차이를 보여준 집단은 남녀 초등학교와 남자 중학생으로 판별됐다.

표 III -21 학생 청소년 우울 증상 결과

구분	전체	무증상		경증		중등증		중증		M	SD	t/F-test		사후 검정 ¹
		N	%	N	%	N	%	N	%			t/F	df1	df2
학생 청소년	5,937	4,905	82.6	355	6.0	376	6.3	301	5.1	4.99	7.71	-	-	-
성별	남자	3,077	2,587	84.1	182	5.9	188	6.1	120	3.9	4.56	7.13		
	여자	2,860	2,318	81.0	174	6.1	188	6.6	180	6.3	5.45	8.27	-4.429***	5,661
	초 ^a	1,997	1,740	87.2	103	5.2	93	4.6	61	3.1	4.05	6.22		
학교급	중 ^b	1,959	1,594	81.4	102	5.2	141	7.2	122	6.3	5.24	8.24	28.405***	2
	고 ^c	1,982	1,571	79.3	151	7.6	143	7.2	117	5.9	5.69	8.41		
	초 남자 ^a	1,029	900	87.4	55	5.3	55	5.3	20	1.9	3.94	5.61		
	초 여자 ^b	968	841	86.9	48	5.0	38	3.9	41	4.2	4.17	6.82		
성별 × 학교급	중 남자 ^c	1,013	843	83.2	55	5.5	75	7.4	39	3.9	4.46	6.94	15.939***	5
	중 여자 ^d	946	750	79.3	47	4.9	66	7.0	83	8.8	6.09	9.37		
	고 남자 ^e	1,035	844	81.5	72	6.9	59	5.7	61	5.9	5.28	8.47		
	고 여자 ^f	947	727	76.8	79	8.4	84	8.9	56	5.9	6.14	8.32		

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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

f>a,b,c
(최고 평균 집단을
기준으로 유의한
차이를 보여주는
비교 결과만 제시)

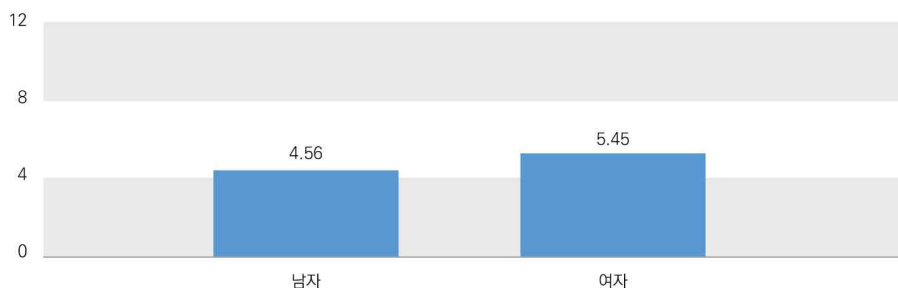


그림 Ⅲ-10 학생 청소년 우울 증상 성별 비교(단위: 점)

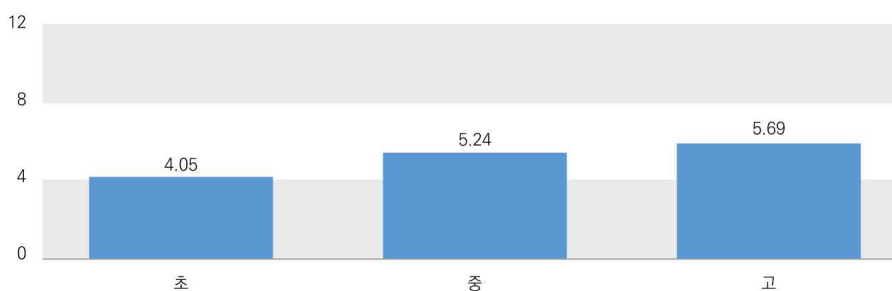


그림 Ⅲ-11 학생 청소년 우울 증상 학교급 비교(단위: 점)

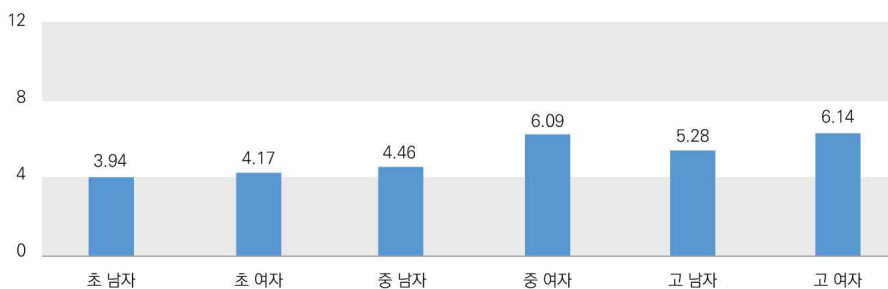


그림 Ⅲ-12 학생 청소년 우울 증상 성별 × 학교급 비교(단위: 점)

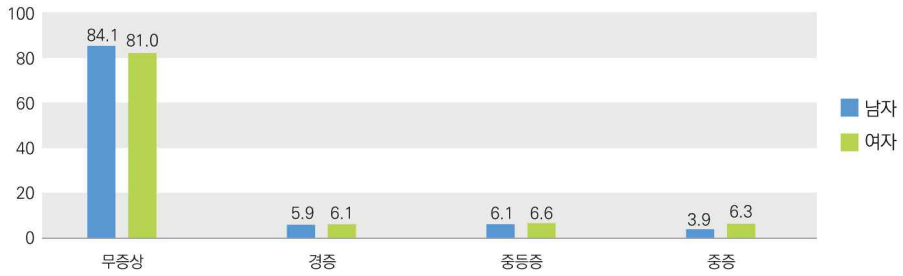


그림 III-13 학생 청소년 성별에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

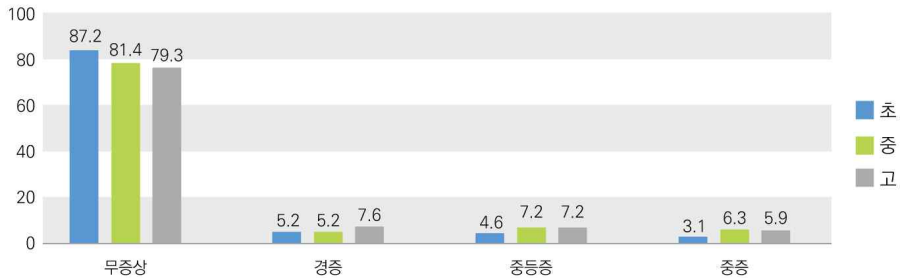


그림 III-14 학생 청소년 학교급에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

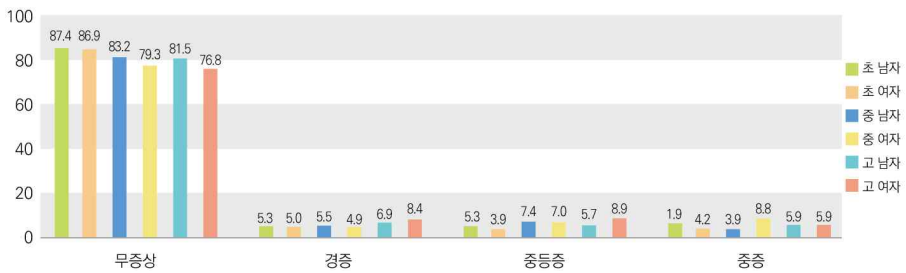


그림 III-15 학생 청소년 성별×학교급에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

(5) 불안 증상

불안 증상에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 불안 증상 평균 점수는 3.88($n=5,937$, $SD=6.75$)로 나타났다. 학생 청소년 중 불안 증상이 없는 청소년은 5,163명으로 전체의 87.0%를 차지하였고, 경도 수준의 증상은 505명으로 8.5%, 중도 수준의 증상은 192명으로 3.2%, 그리고 중증 이상 수준의 증상은 77명으로 전체의 1.3%를 차지했다. 앞서 다룬 우울 증상과 마찬가지로 학생 청소년 10명 중 적어도 8명은 불안 증상을 경험하지 않는 것으로 나타났다.

불안 증상은 성별에 따라 유의한 차이를 보여주었는데 남자 청소년이 평균 3.43으로 여자 청소년의 평균인 4.36보다 유의하게 낮았다. 우울 증상과 마찬가지로 여자 청소년이 남자 청소년과 비교해 불안 증상에 더 많이 노출돼 있었다.

학교급에 따른 집단 차이도 유의했는데[$Welch's F(2, 3,867.985)=31.321^{***}$] 초등학생의 경우 중학생과 고등학생과 비교해 유의하게 낮은 평균 점수를 보여주었다. 반면, 중학생과 고등학생 간의 유의한 차이는 확인되지 않았다.

마지막으로 성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이는 존재했다[$Welch's F(5, 2,744.818)=19.390^{***}$]. 6개 집단 중 여자 중학생의 우울 증상 평균 점수가 5.05로 가장 높게 나타났는데 Games-Howell 사후검정을 한 결과 이들과 통계적으로도 유의한 차이를 보여준 집단은 남녀 초등학생과 남자 중학생으로 판별됐다.

표 III -22 학생 청소년년 불안 증상 결과

구분	전체	무증상		경증		중등증		중증		M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹⁾
		N	%	N	%	N	%	N	%			t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	87.0	505	8.5	192	3.2	77	1.3	3.88	6.75	-	-	-	-
성별	남자	3,077	88.4	247	8.0	75	2.4	34	1.1	3.43	6.26	-5.306***	5,681	-	-
	여자	2,860	85.4	257	9.0	117	4.1	43	1.5	4.36	7.21				
학교급	초 ^a	1,997	90.8	137	6.9	35	1.7	13	.6	3.02	5.49	31.321***	2	3,867.985	b,c>a
	중 ^b	1,959	85.7	183	9.3	66	3.4	31	1.6	4.10	7.17				
	고 ^c	1,982	84.4	185	9.3	92	4.6	33	1.7	4.54	7.36				
	초 남자 ^a	1,029	91.0	71	6.9	16	1.5	6	.6	2.99	5.33				
성별 × 학교급	초 여자 ^b	968	90.5	66	6.8	19	1.9	7	.7	3.04	5.66	19.390***	5	2,744.818	d>a,b,c (최고 평균 점수를 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	중 남자 ^c	1,013	89.0	84	8.3	20	1.9	7	.7	3.20	5.94				
	중 여자 ^d	946	82.2	99	10.4	47	4.9	23	2.4	5.05	8.18				
	고 남자 ^e	1,035	85.3	92	8.9	40	3.8	20	2.0	4.09	7.29				
	고 여자 ^f	947	83.4	92	9.8	52	5.5	13	1.4	5.03	7.40				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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

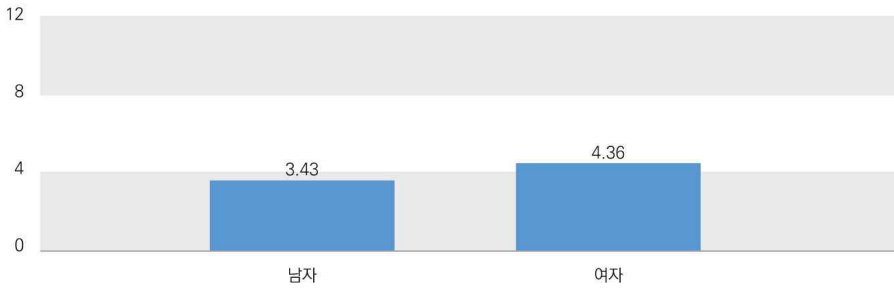


그림 III-16 학생 청소년 불안 증상 성별 비교(단위: 점)

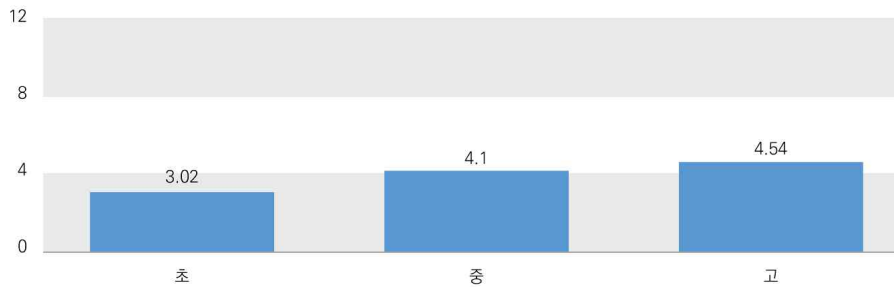


그림 III-17 학생 청소년 불안 증상 학교급 비교(단위: 점)

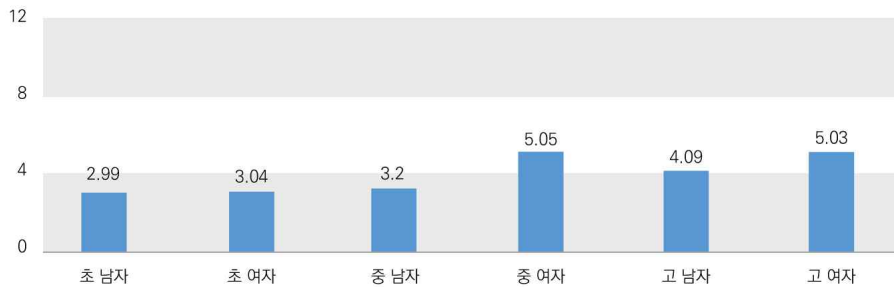


그림 III-18 학생 청소년 불안 증상 성별 × 학교급 비교(단위: 점)

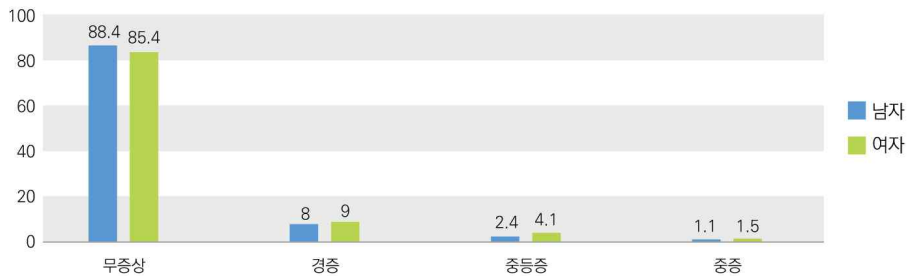


그림 Ⅲ-19 학생 청소년 성별에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)

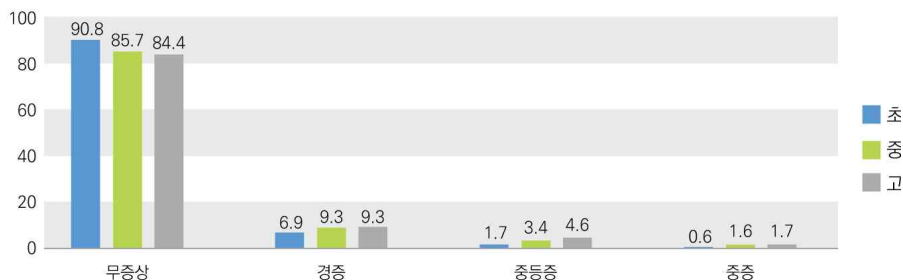


그림 Ⅲ-20 학생 청소년 학교급에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)

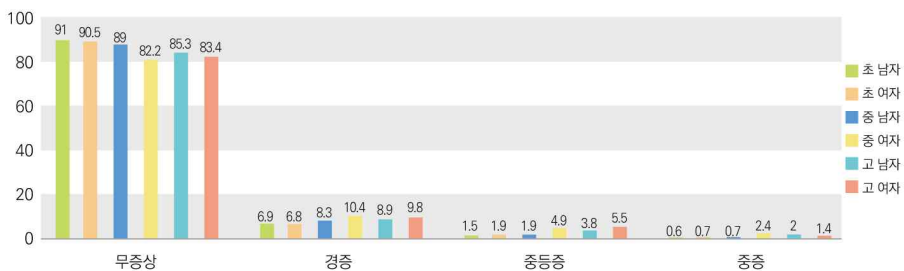


그림 Ⅲ-21 학생 청소년 성별×학교급에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)

(6) 자살 위험성

자살 위험성에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 자살 위험성 평균 점수는 .50($n=5,937$, $SD=1.67$)이었다. 학생 청소년 중 자살 위험성이 없는 것으로 나타난 학생은 총 4,962명으로 전체의 83.6%를 차지하였고, 자살 위험 있음 군으로 분류된 학생은 613명으로 10.3%, 그리고 자살 위험성 높음 군으로 분류된 고위험군은 362명으로 전체의 6.1%를 차지했다. 학생 청소년 10명 중 적어도 8명은 자살 위험이 없으나 나머지 2명(1.6명)은 위험 또는 고위험군에 속한다고 볼 수 있다.

자살 위험성은 성별에 따라 유의하게 달랐는데 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 근소하게 높았다.

학교급에 따른 차이도 통계적으로는 유의하게 나타났다[$Welch's F(2, 3,923.709)=3.115^*$]. 그러나 실제 Games-Howell 사후검정을 했을 때 유의성을 보여준 집단 간 차이는 존재하지 않았다. 이처럼 Welch 검정 결과와 사후검정 결과 사이의 불일치는 일반적인 F 검정과 차별되는 Welch 검정의 변별력 때문인데 만약 우리가 유의수준(α)을 지금과 같은 .05가 아닌 .01, .001로 설정하면 Welch 검정 결과는 유의하지 않은 F 검정 결과와 동일하게 된다. 즉, 집단 평균 간에 차이가 없다는 영가설이 기각되지 않아 사후검정의 결과와 일치하게 된다.

마지막으로 성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이는 존재했다[$Welch's F(5, 2,739.171)=6.388^{***}$]. 6개 집단 중 여자 중학생의 자살 위험성이 가장 높았는데 Games-Howell 사후검정을 한 결과 이들과 실제 통계적으로도 유의한 차이를 보여준 집단은 남자 초등학생과 남자 중학생으로 판별됐다.

표 III -23 학생 청소년 자살 위험성 결과

구분		전체	위험성						M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
			자살 위험 없음		자살 위험 있음		자살 위험 높음				t/F	df1	df2	
			N	%	N	%	N	%						
성별	학생 청소년	5,937	4,962	83.6	613	10.3	362	6.1	.50	1.67	-	-	-	
	남자	3,077	2,659	86.4	260	8.5	158	5.1	.41	1.54	-4.370***	5,655	-	
	여자	2,860	2,303	80.5	353	12.4	204	7.1	.60	1.79				
학교급	초 ^a	1,997	1,685	84.4	212	10.6	100	5.0	.43	1.49	3.115*	2	3,923.709	-
	중 ^b	1,959	1,632	83.3	184	9.4	144	7.3	.56	1.74				
	고 ^c	1,982	1,645	83.0	218	11.0	118	6.0	.53	1.76				
	초 남자 ^a	1,029	894	86.9	90	8.8	44	4.3	.33	1.21				
성별 × 학교급	초 여자 ^b	968	791	81.7	121	12.5	56	5.8	.54	1.72	6.388***	5	2,739.171	d>a,c (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	중 남자 ^c	1,013	871	86.0	85	8.4	57	5.6	.43	1.50				
	중 여자 ^d	946	760	80.4	99	10.4	87	9.2	.69	1.96				
	고 남자 ^e	1,035	893	86.3	85	8.2	57	5.5	.48	1.84				
	고 여자 ^f	947	752	79.4	133	14.1	61	6.5	.57	1.67				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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

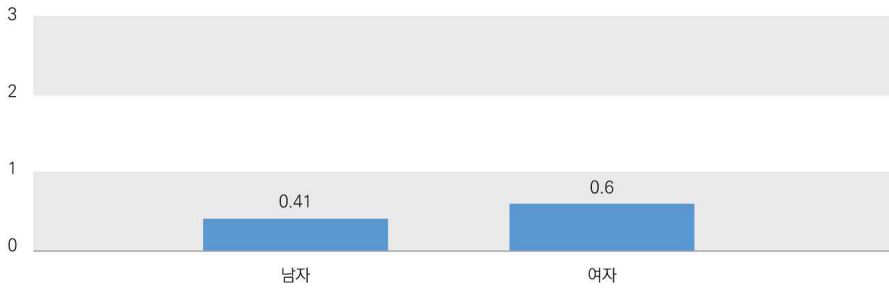


그림 III-22 학생 청소년 자살 위험성 성별 비교(단위: 점)

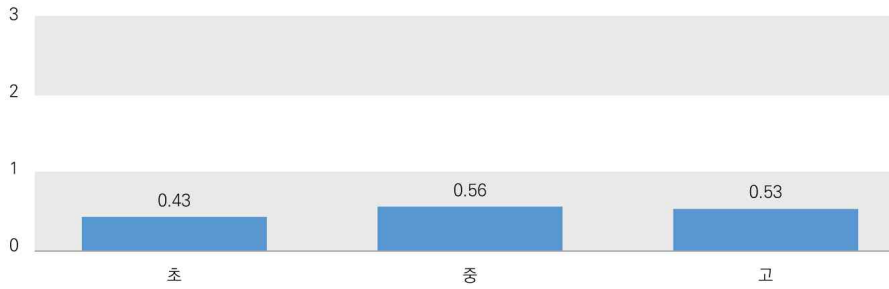


그림 III-23 학생 청소년 자살 위험성 학교급 비교(단위: 점)

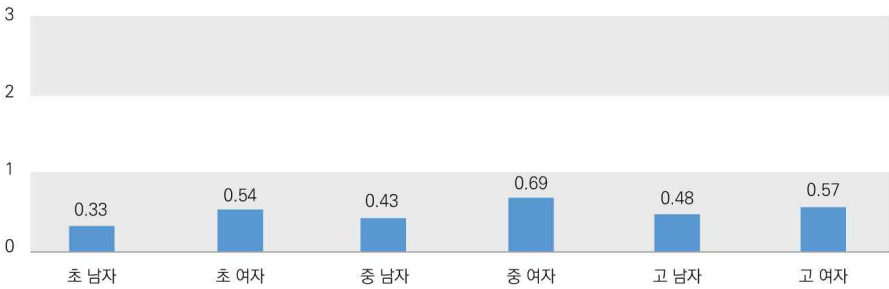


그림 III-24 학생 청소년 자살 위험성 성별×학교급 비교(단위: 점)

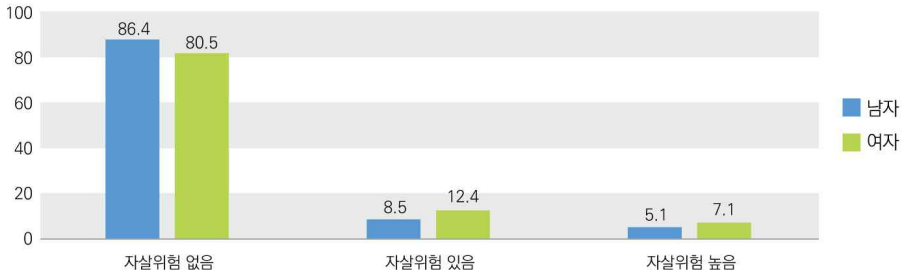


그림 III-25 학생 청소년 성별에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)



그림 III-26 학생 청소년 학교급에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)

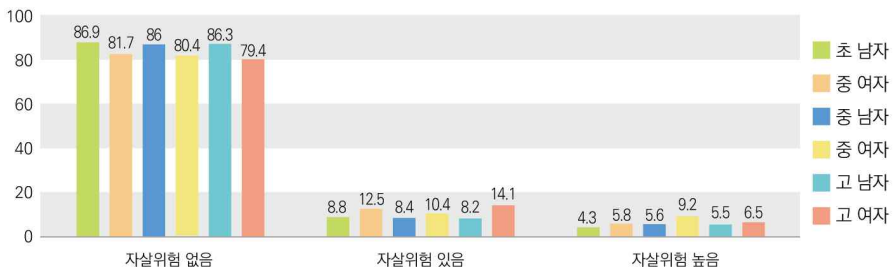


그림 III-27 학생 청소년 성별×학교급에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)

(7) 스트레스

스트레스 수준에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 평균 스트레스 수준은 16.28($n=5937$, $SD=5.93$)로 나타났다.

스트레스 수준의 성별 차이는 유의하게 나타났는데 여자 청소년이 남자 청소년과 비교해 1.23 높았다.

학교급에 따른 스트레스 수준 역시 유의하게 달랐는데 [$F(2, 5,933)=47.806^{***}$], Scheffe의 사후검정을 이용한 결과 우리는 고등학생 > 중학생 > 초등학교 순으로 스트레스가 감소함을 확인할 수 있었다. 즉, 청소년이 상급 학교로 진학할수록 스트레스 수준도 함께 증가하고 있다는 것이다.

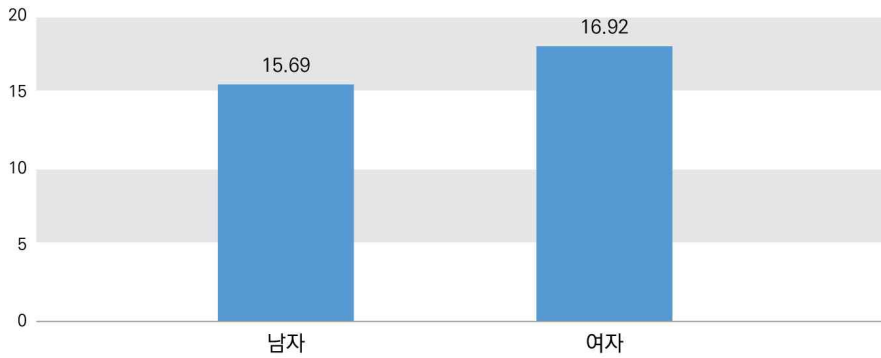
마지막으로 성별과 학교급을 모두 고려한 집단 비교에서도 유의한 집단 차이는 존재했다 [Welch's $F(5, 2,754.352)=33.340^{***}$]. 6개 집단 중 여자 고등학생의 평균 스트레스 수준이 가장 높았는데 Games-Howell 사후검정을 한 결과 이들과 실제 통계적으로도 유의한 차이를 보여준 집단은 남녀 초등학교, 남자 중학생, 그리고 남자 고등학생이었다.

표 III-24 학생 청소년 스트레스 결과

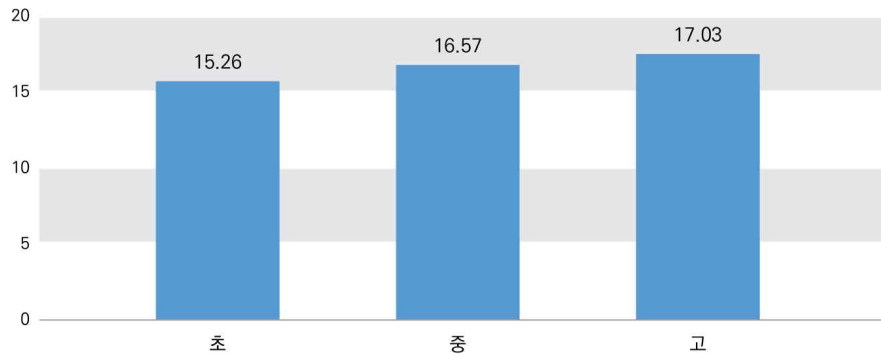
구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	16.28	5.98	-	-	-	-
성별	남자	3,077	15.69	5.56	-7.940***	5700	-	-
	여자	2,860	16.92	6.34				
학교급	초 ^a	1,997	15.26	5.81	47.806***	2	5,933	c>b>a
	중 ^b	1,959	16.57	6.09				
	고 ^c	1,982	17.03	5.89				
성별× 학교급	초 남자 ^a	1,029	14.99	5.55	33.340***	5	2,754.352	f>a,b,c,e (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초 여자 ^b	968	15.54	6.06				
	중 남자 ^c	1,013	15.84	5.48				
	중 여자 ^d	946	17.35	6.60				
	고 남자 ^e	1,035	16.24	5.57				
	고 여자 ^f	947	17.90	6.10				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

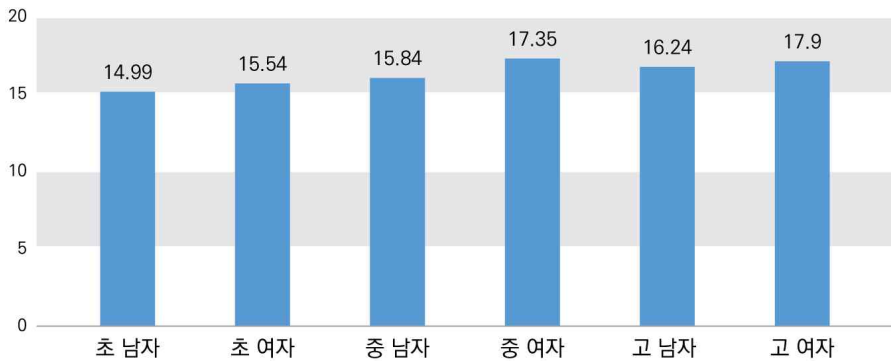
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$



그림Ⅲ-28 학생 청소년 스트레스 성별 비교(단위: 점)



그림Ⅲ-29 학생 청소년 스트레스 학교급 비교(단위: 점)



그림Ⅲ-30 학생 청소년 스트레스 성별×학교급 비교(단위: 점)

(8) COVID-19 외상성 고통(CPDI)

COVID-19와 관련된 외상성 고통에 대한 학생 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학생 청소년의 평균 CPDI 점수는 8.85($n=5,937$, $SD=10.33$)로 나타났다.

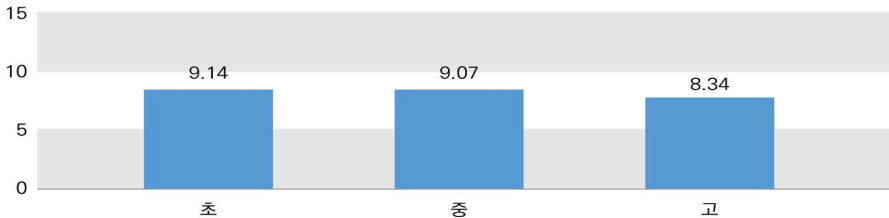
CPDI 점수의 성별 차이는 유의하지 않았고 학교급과 성별을 모두 고려한 때도 유의한 차이는 발견되지 않았다. 그러나 학교급에 따른 차이는 통계적으로 유의했는데 [Welch's $F(2, 3941.122)=3.852^*$], Games-Howell 사후검정을 한 결과 유의한 집단 차이는 초등학교와 고등학교의 비교에서 비롯한 것으로 판별됐다.

표Ⅲ-25 학생 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학생 청소년		5,937	8.85	10.33	-	-	-	-
성별	남자	3,077	8.68	10.64	-1.347	5,935	-	-
	여자	2,860	9.04	9.99				
학교급	초 ^a	1,997	9.14	10.10	3.852*	2	3941.122	a>c
	중 ^b	1,959	9.07	11.08				
	고 ^c	1,982	8.34	9.76				
성별× 학교급	초 남자 ^a	1,029	9.21	10.24	2.097	5	2762.764	-
	초 여자 ^b	968	9.06	9.96				
	중 남자 ^c	1,013	8.76	11.16				
	중 여자 ^d	946	9.41	10.99				
	고 남자 ^e	1,035	8.07	10.49				
	고 여자 ^f	947	8.65	8.90				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

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



그림Ⅲ-31 학생 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 학교급 비교(단위: 점)

(9) 소결

우리는 지금까지 ADHD, 자해, 우울, 불안, 신체화, 자살, 스트레스, CPDI에 대한 학생 청소년의 노출 실태에 대해 살펴보았다. 요약하면, 전체 학생 청소년 중 17.4%가 정도 이상의 우울 증상을, 13.0%가 정도 이상의 불안 증상을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 학생 청소년 10명 중 적어도 1명 이상은 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있음을 말해준다. 이러한 학생을 위한 여러 지원 및 예방 대책에 대한 논의가 필요할 것으로 여겨진다.

또한, 우리는 전체 학생 청소년 중 16.4%가 자살 위험성을 가지고 있는 것을 확인했는데 이는 학생 청소년 10명 중 1명 이상이 현재 자살 위험군으로 분류되고 있음을 의미한다. 불안과 우울과 마찬가지로 학생 청소년의 자살 위험에 대한 경각심과 함께 이를 예방하는 방안에 대한 논의가 필요하다.

성별에 따른 문제의 심각성 차이도 주의 깊게 살펴볼 필요가 있는데 ADHD를 제외한 신체화, 우울, 불안, 자살 위험성, 스트레스 수준 등에서 여자 학생이 남자 학생보다 유의미하게 높은 수준의 평균 점수를 보여주었다. 이는 정신건강과 관련된 지원 및 예방 대책 수립에 있어 성을 고려할 필요가 있음을 시사한다.

또한, 신체화, 우울, 불안 증상, 자살 위험성, 스트레스 등은 학교급이 올라갈수록 증가하는 경향을 보여주었는데 이러한 사실은 집단 차이의 통계적 유의성 담보 여부를 떠나 우리나라 청소년이 초등학교에서 중학교, 다시 중학교에서 고등학교로 진학하며 정신건강을 위협하는 환경과 위험 원인에 그만큼 더 많이 노출되고 있음을 보여준다.

마지막으로 아래 그림은 각 정신건강 문제의 심각성을 측정하는 데 사용된 원척도의 합계 점수를 100점 총점으로 환산했을 때 산출되는 평균 점수를 나열한 결과다. 그림의 해석과 관련해 한 가지 주의할 점은 100점 총점으로 환산된 평균 점수가 정신건강 문제 간의 심각성을 비교하는 잣대로 이용해서는 안 된다는 것이다. 이는 정신건강 문제별로 사용된 원척도의 스케일이 다르며 이를 100점

총점으로 일괄 환산하더라도 원척도의 1점이 100점 척도에서 차지하는 비중은 여전히 증상 간에 상이(표준화되지 않았기)하기 때문이다. 더 나아가 임상적으로 다른 유형의 정신건강 문제를 두고 심각성의 상대적 차이를 판별하는 것은 어려운 일이다. 따라서 100점 총점으로 환산된 평균 점수의 집계는 어디까지나 다른 스케일로 측정된 원점수에 대한 직관적 이해를 돕는 방법이다.

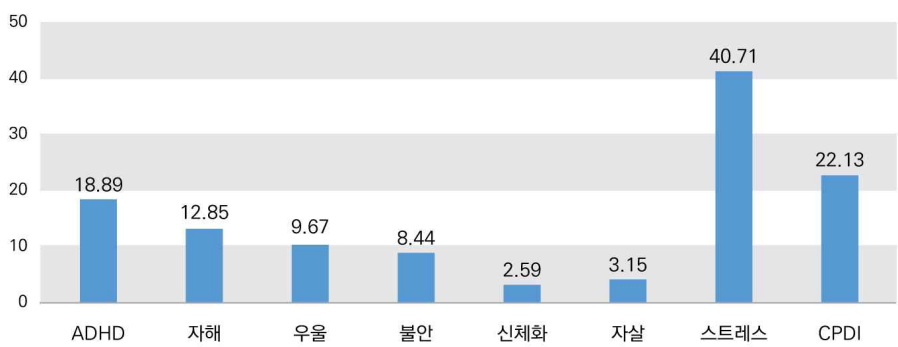


그림 Ⅲ-32 학생 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 총합(100점 환산, 단위: 점)

2) 학교 밖 청소년

(1) ADHD 증상

주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학교 밖 청소년의 ADHD 평균 점수는 18.23($n=752$, $SD=12.27$)으로 나타났다.

학교 밖 청소년이 경험하는 ADHD 증상은 성별이나 연령대에 따른 유의한 집단 차이를 보여주지 않았고 성별과 연령대를 모두 고려한 때도 유의한 집단 차이는 확인되지 않았다.

표Ⅲ-26 학교 밖 청소년 ADHD 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	18.23	12.27	-	-	-	-
성별	남자	266	17.82	12.47	-.689	750	-	-
	여자	486	18.46	12.16				
연령대 ²	초중	105	17.37	12.93	-.775	750	-	-
	고	647	18.37	12.16				
성별 × 연령대	초중 연령대 남자 ^a	47	17.49	15.01	.376	3	748	-
	초중 연령대 여자 ^b	58	17.28	11.09				
	고등 연령대 남자 ^c	219	17.89	11.89				
	고등 연령대 여자 ^d	428	18.62	12.31				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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

(2) 자해 행동

자해 행동과 관련된 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학교 밖 청소년의 자해 행동 평균 점수는 1.35($n=752$, $SD=1.86$)로 나타났다. 학교 밖 청소년 중 남자 청소년의 평균 점수는 1.03($n=266$, $SD=1.77$), 여자 청소년은 1.53($n=486$, $SD=1.89$)으로 후자가 전자보다 유의하게 높았다. 여자 학교 밖 청소년의 자해 위험이 남자 학교 밖 청소년에 비해 심각함을 의미한다.

연령대에 따른 차이 검정에서도 통계적 유의성이 확인됐는데 고등학생 연령대에 해당하는, 즉 나이가 많은 학교 밖 청소년일수록, 초, 중학생 연령대의 어린 학교 밖 청소년과 비교해 자해 행동의 위험이 유의하게 높았다.

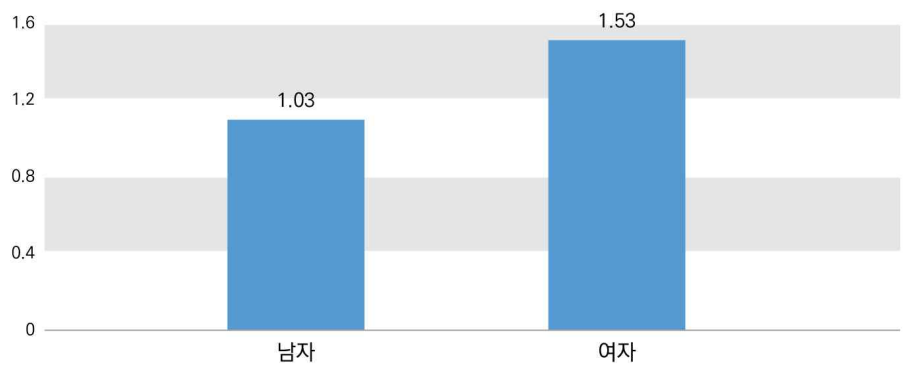
성별과 연령대를 모두 고려한 때도 집단 간의 유의한 평균 차이가 확인됐는데[$Welch's F(3, 142.103)=7.965^{***}$], 집단 평균이 가장 높은 고등학생

연령대의 여자 학교 밖 청소년을 기준으로 초, 중학생 연령대의 남자 청소년과 고등학생 연령대의 남자 청소년이 이들과 통계적으로도 유의한 집단 차이를 보여주었다.

표Ⅲ-27 학교 밖 청소년 자해 행동 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	1.35	1.86	-	-	-	-
성별	남자	266	1.03	1.77	-3.589***	574.276	-	-
	여자	486	1.53	1.89				
연령대 ²	초중	105	.95	1.72	-2.530*	147.320	-	
	고	647	1.42	1.88				
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	.55	1.36	7.965***	3	142.103	d)a,c (최고 평균 집단을 기준 으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초중 여자 ^b	58	1.28	1.91				
	고 남자 ^c	219	1.13	1.84				
	고 여자 ^d	428	1.56	1.88				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.
주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 ‘초중’은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생
연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, ‘고’는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는
학교 밖 청소년을 의미함.
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$



그림Ⅲ-33 학교 밖 청소년 자해 행동 성별 비교(단위: 점)

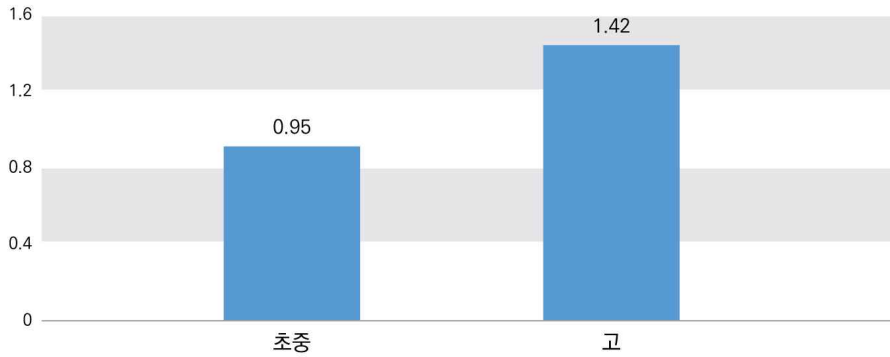


그림 III-34 학교 밖 청소년 자해 행동 연령대 비교(단위: 점)

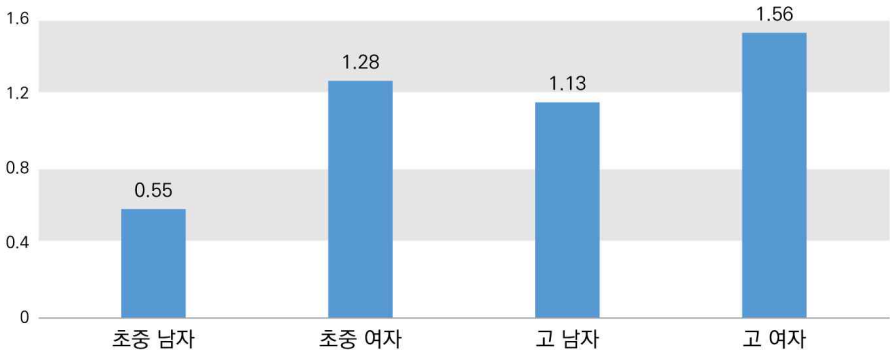


그림 III-35 학교 밖 청소년 자해 행동 성별×연령대 비교(단위: 점)

(3) 신체화 증상

신체화 증상에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학교 밖 청소년의 신체화 증상 평균 점수는 5.14($n=752$, $SD=7.83$)로 나타났다. 성별에 따른 평균 점수의 차이를 검정한 결과 우리는 통계적 유의성을 확인할 수 있었는데 남자 학교 밖 청소년 대비 여자 학교 밖 청소년의 평균 점수가 2.75만큼 높았다. 이는 신체화 증상에 대한 여자 학교 밖 청소년의 노출 위험이 남자보다 1.8배 높음을 의미한다.

연령대에 따른 집단 차이에서도 통계적 유의성이 확인됐는데 고등학생 연령대의 학교 밖 학생이 경험하는 신체화 증상의 평균 점수가 초, 중학생 연령대의 학교 밖 학생이 경험하는 신체화 증상의 평균 점수보다 2.16 높았다. 즉, 전자가 후자보다 1.65배 심각한 신체화 증상을 경험하고 있다.

성별과 연령대를 모두 고려한 때도 집단 간의 유의한 평균 차이가 확인됐는데[$Welch's F(3, 161.313)=12.629^{***}$], 집단 평균이 가장 높은 고등학생 연령대의 여자 학교 밖 청소년을 기준으로 나머지 세 개 집단의 평균 점수가 모두 통계적으로 낮게 판별됐다. 전체 학교 밖 청소년 가운데 나이가 가장 많은 여자 학교 밖 청소년 집단이 신체화 증상에 가장 심각하게 노출된 것이다.

표Ⅲ-28 학교 밖 청소년 신체화 증상 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	5.14	7.83	-	-	-	-
성별	남자	266	3.37	5.81	-5.205***	717.207	-	-
	여자	486	6.12	8.59				
연령대 ²	초중	105	3.29	4.93	-3.738***	210.804	-	-
	고	647	5.45	8.17				
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	2.34	3.98	12.629***	3	161.313	d)a,b,c (최고 평균 집단을 기준 으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초중 여자 ^b	58	4.05	5.49				
	고 남자 ^c	219	3.59	6.12				
	고 여자 ^d	428	6.40	8.90				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.
 주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초·중·고
 생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에
 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.
 * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

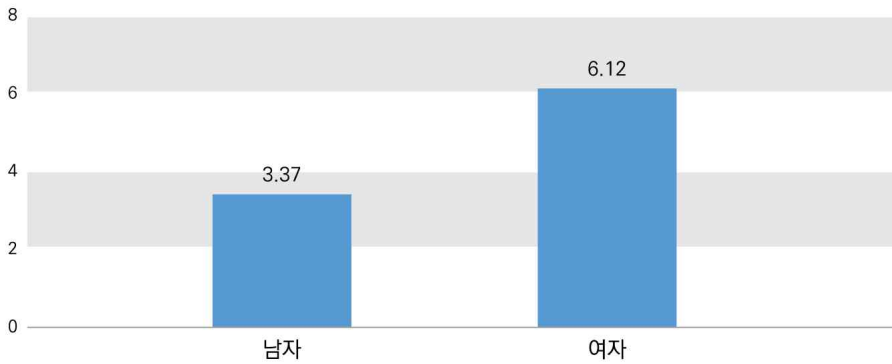


그림 III-36 학교 밖 청소년 신체화 증상 성별 비교(단위: 점)

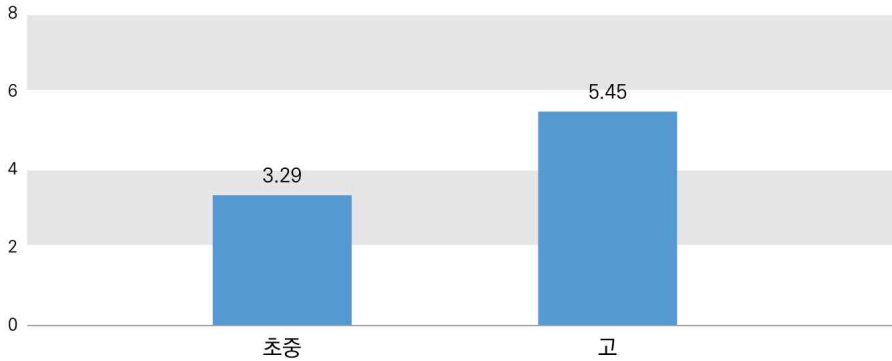


그림 III-37 학교 밖 청소년 신체화 증상 연령대 비교(단위: 점)

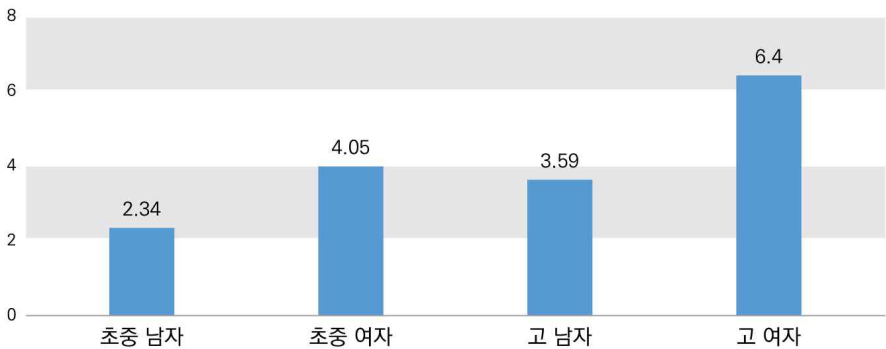


그림 III-38 학교 밖 청소년 신체화 증상 성별 × 연령대 비교(단위: 점)

(4) 우울 증상

우울 증상에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 학교 밖 청소년의 우울 평균 점수는 10.06($n=752$, $SD=12.61$)으로 집계됐다. 학교 밖 청소년 중 우울 증상이 없는 경우는 총 489명으로 전체의 65.0%를 차지하였고, 경도 수준의 증상은 52명으로 전체의 6.9%를, 중도 수준의 증상은 79명으로 전체의 10.5%, 중증 이상 수준의 증상을 나타낸 경우는 132명으로 전체의 17.6%를 차지했다.

우울 평균 점수는 성별에 따라 유의하게 달라졌는데 남자 청소년의 평균 점수가 7.38($n=266$, $SD=10.40$), 여자 청소년의 평균 점수가 11.53($n=486$, $SD=13.45$)으로 후자가 전자보다 4점 이상 높았다. 여자 학교 밖 청소년이 남자와 비교해 우울 문제에 더 취약하게 노출된 것이다.

연령대에 따른 점수 차이도 유의했는데 고등학생 연령대에 해당하는, 즉 나이가 많은 학교 밖 청소년이 초, 중학생 연령대의 어린 학교 밖 청소년과 비교해 더 심각한 우울 증상을 앓고 있었다.

마지막으로 성별과 연령대를 모두 고려한 때도 유의한 집단 차이가 발견됐다 [Welch's $F(3, 152.231)=12.193^{***}$]. 전체 집단 가운데 고등학생 연령대의 여자 학교 밖 청소년의 평균 점수가 11.92로 가장 높았는데 Games-Howell 사후검정 결과 이들과 통계적으로도 유의한 차이를 보여준 집단은 초, 중학생 연령대의 남자와 고등학생 연령대의 남자로 판별됐다.

표 III-29 학교 밖 청소년 우울 증상 결과

구분	전체	무증상		경증		중등증		중증		M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹	
		N	%	N	%	N	%	N	%			t/F	df1	df2		
학교 밖 청소년		752	489	65.0	52	6.9	79	10.5	132	17.6	10.06	12.61	-	-	-	
성별	남자	266	198	74.4	13	4.9	24	9.0	31	11.7	7.38	10.40	-4.693***	666.677	-	-
	여자	486	291	59.9	39	8.0	55	11.3	101	20.8	11.53	13.45				
연령대 ²	초중	105	80	76.2	5	4.8	9	8.6	11	10.5	7.06	10.55	-3.040**	158.627	-	-
	고	647	409	63.2	47	7.3	70	10.8	121	18.7	10.55	12.85				
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	37	78.7	3	6.4	4	8.5	3	6.4	5.10	6.95	12.193***	3	152.231	d)a,c (최고 평균 집단을 기준 으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초중 여자 ^b	58	43	74.1	2	3.4	5	8.6	8	13.8	8.65	12.58				
	고 남자 ^c	219	161	73.5	10	4.6	20	9.1	28	12.8	7.87	10.96				
	고 여자 ^d	428	248	57.9	37	8.6	50	11.7	93	21.7	11.92	13.53				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위해 시 Games-Howell 검정을 사용함.

주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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

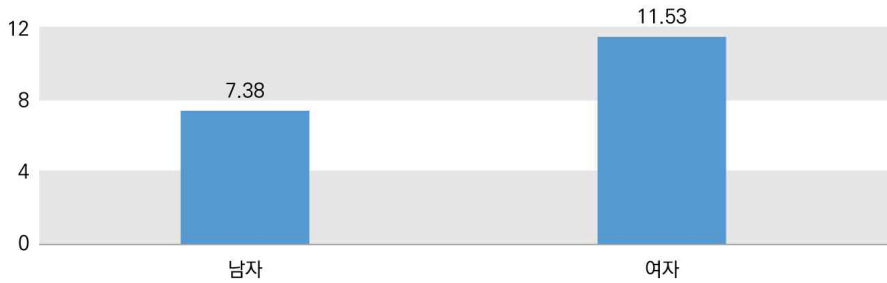


그림 III-39 학교 밖 청소년 우울 증상 성별 비교(단위: 점)

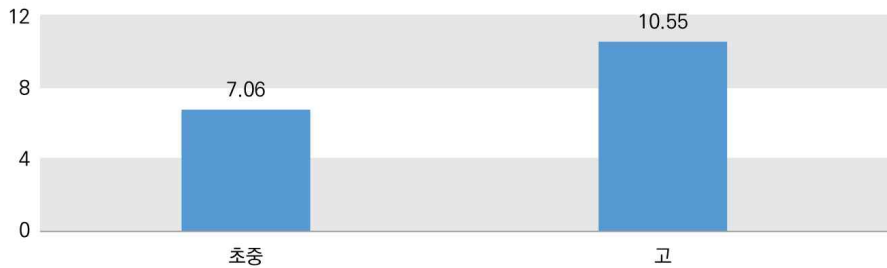


그림 III-40 학교 밖 청소년 우울 증상 연령대 비교(단위: 점)

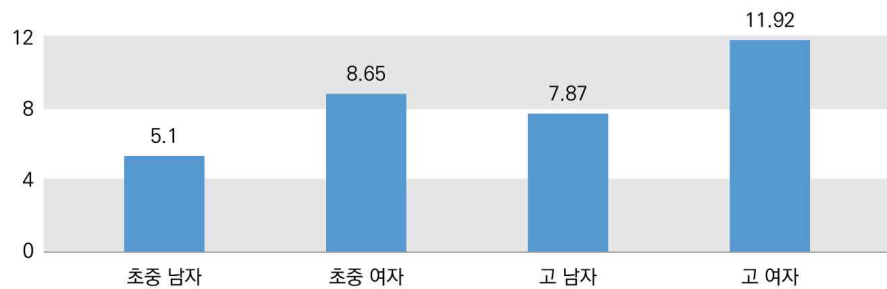


그림 III-41 학교 밖 청소년 우울 증상 성별 × 연령대 비교(단위: 점)

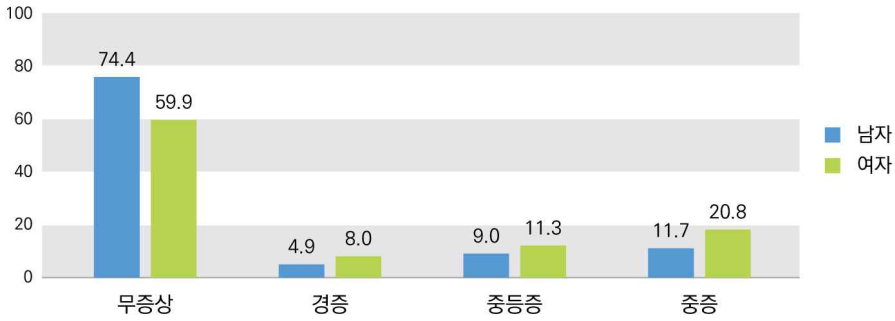


그림 III-42 학교 밖 청소년 성별에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

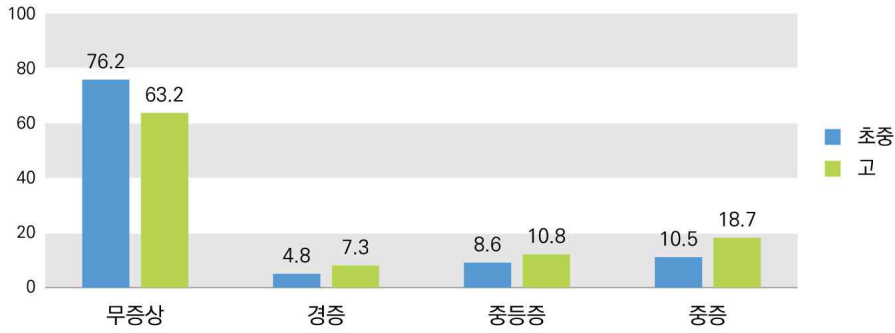


그림 III-43 학교 밖 청소년 연령대에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

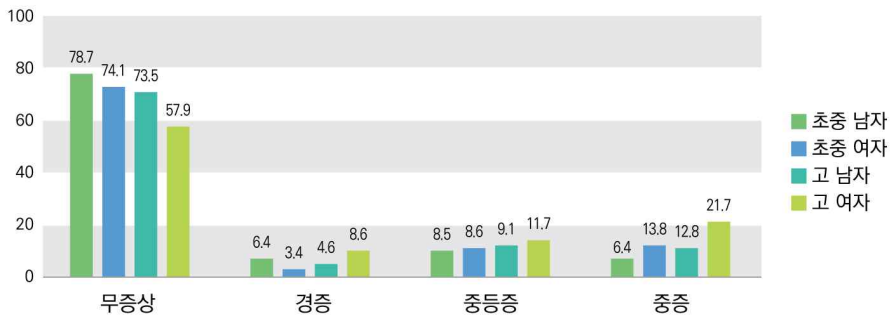


그림 III-44 학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 우울 증상 분류 비교(단위: %)

(5) 불안 증상

불안 증상에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학교 밖 청소년의 불안 증상 평균 점수는 8.21($n=752$, $SD=11.27$)로 나타났다. 학교 밖 청소년 중 불안 증상이 없는 경우는 534명으로 전체의 71.0%를, 경도 수준의 증상은 89명으로 11.8%를, 중도 수준의 증상은 77명으로 10.2%를, 마지막으로 중증 이상 수준의 증상은 52명으로 전체의 6.9%를 차지했다.

성별에 따른 불안 증상의 차이를 확인한 결과 우리는 여자 학교 밖 청소년의 불안 증상이 남자와 비교해 유의하게 높음을 확인할 수 있었다. 전자의 평균 점수는 9.49($n=486$, $SD=12.06$), 후자의 평균 점수는 5.88($n=266$, $SD=9.22$)로 여자가 남자와 비교해 1.6배 높았다.

연령대에 따른 집단 차이도 유의했는데 고등학생 연령대의 학교 밖 청소년이 보여주는 불안 증상이 초, 중학생 연령대의 학교 밖 청소년의 불안 증상보다 1.4배 높았다.

성별과 연령대를 모두 고려한 때도 불안 증상은 유의한 집단 차이를 보여주었다 [Welch's $F(3, 145.668)=9.620^{***}$]. 전체 비교 집단 중 초, 중학생 연령대의 여자 학교 밖 청소년이 가장 높은 불안 평균 점수를 보여주었는데 Games-Howell 사후검정 결과 실제 이들과 통계적으로도 유의한 평균 차이를 보여준 집단은 초, 중학생 연령대의 남자와 고등학생 연령대의 남자로 나타났다. 이를 통해 우리는 연령보다는 성별이 더욱더 중요한 결정 변인임을 가늠할 수 있다.

표Ⅲ-29 학교 밖 청소년 우울 증상 결과

구분		전체		무증상		경증		중등증		중증		M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
														t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	489	65.0	52	6.9	79	10.5	132	17.6	10.06	12.61	-	-	-	-	
	성별																
	남자	266	198	74.4	13	4.9	24	9.0	31	11.7	7.38	10.40					
	여자	486	291	59.9	39	8.0	55	11.3	101	20.8	11.53	13.45	-4.693***	666.677	-	-	
연령대 ²	초중	105	80	76.2	5	4.8	9	8.6	11	10.5	7.06	10.55					
	고	647	409	63.2	47	7.3	70	10.8	121	18.7	10.55	12.85	-3.040**	158.627	-	-	
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	37	78.7	3	6.4	4	8.5	3	6.4	5.10	6.95				d)a,c (최고 평균 점수를 기준 으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)	
	초중 여자 ^b	58	43	74.1	2	3.4	5	8.6	8	13.8	8.65	12.58	12.193***	3	152.231		
	고 남자 ^c	219	161	73.5	10	4.6	20	9.1	28	12.8	7.87	10.96					
	고 여자 ^d	428	248	57.9	37	8.6	50	11.7	93	21.7	11.92	13.53					

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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

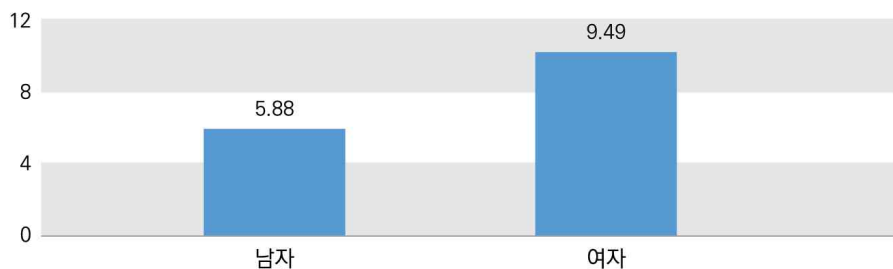


그림 III-45 학교 밖 청소년 불안 증상 성별 비교(단위: 점)

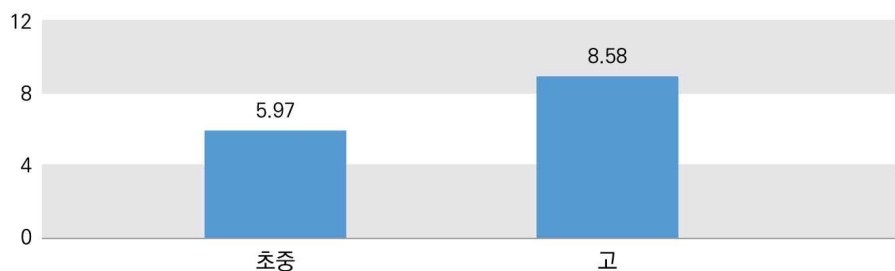


그림 III-46 학교 밖 청소년 불안 증상 연령대 비교(단위: 점)

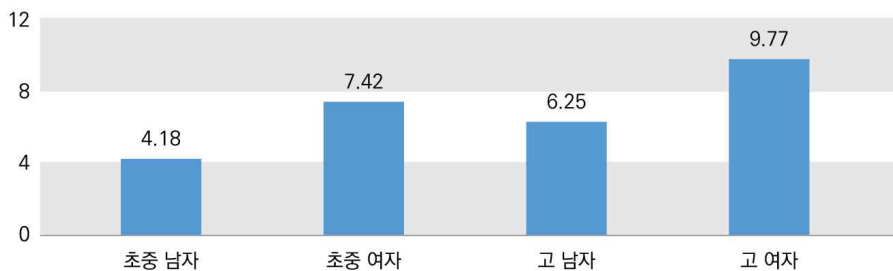
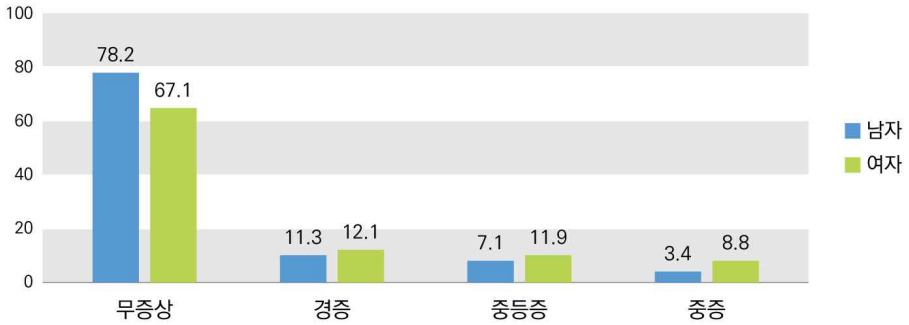
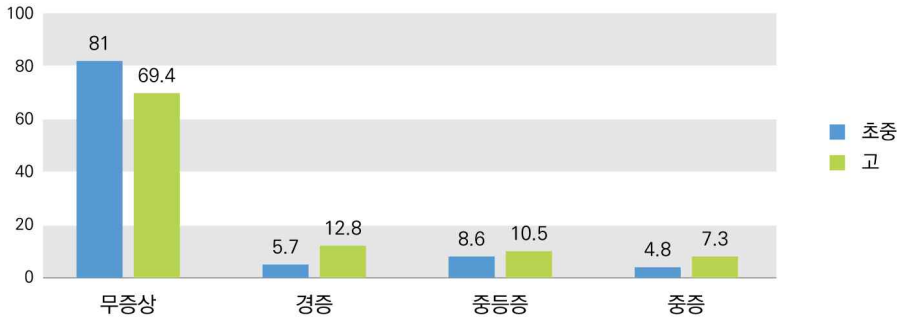


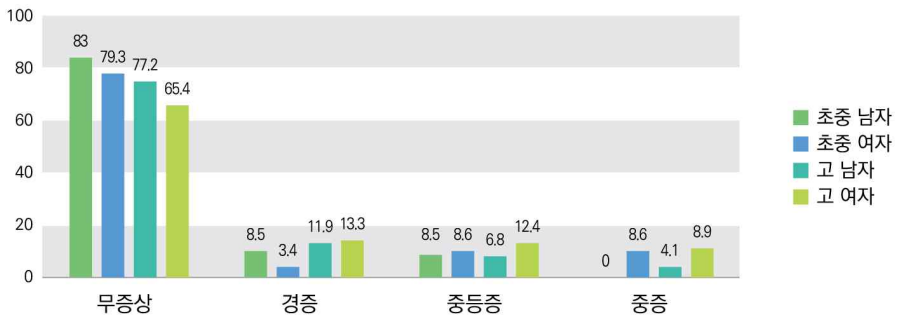
그림 III-47 학교 밖 청소년 불안 증상 성별 × 연령대 비교(단위: 점)



그림Ⅲ-48 학교 밖 청소년 성별에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)



그림Ⅲ-49 학교 밖 청소년 연령대에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)



그림Ⅲ-50 학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 불안 증상 분류 비교(단위: %)

(6) 자살 위험성

자살 위험성에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 학교 밖 청소년의 평균 자살 위험성은 1.83($n=752$, $SD=3.50$)으로 나타났다. 학교 밖 청소년 중 자살 위험성이 없는 군은 총 475명으로 전체의 63.2%를 차지하였고, 자살 위험 있는 군은 114명으로 전체의 15.2%를, 마지막으로 자살 위험성 높음 군은 163명으로 전체의 21.7%를 차지했다.

자살 위험성은 성별에 따라 유의하게 달라졌는데 여자 학교 밖 청소년이 남자와 비교해 유의하게 높은 자살 위험성을 보여주었다.

또한, 연령대에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 성별과 연령대를 모두 고려하였을 때 집단 간의 유의한 차이가 발견됐다[Welch's $F(3, 138.252)=7.981^{***}$]. 전체 집단 중 고등학생 연령대의 여자 학교 밖 청소년이 가장 높은 자살 위험성을 보여주었는데 Games-Howell 사후검정 결과 이들의 자살 위험성은 초, 중학생 연령대의 남자와 고등학생 연령대 남자의 위험성보다 통계적으로 높았다. 자살 위험성의 경우 연령보다는 성별이 결정적인 결정 요인으로 작용함을 보여주는 결과라 할 수 있다.

표 III-31 학교 밖 청소년 자살 위험성 결과

구분	전체	위험성								M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
		자살위험 없음		자살위험 있음		자살위험 높음		t/F	df1			df2			
		N	%	N	%	N	%								
성별	학교 밖 청소년	752	475	63.2	114	15.2	163	21.7	1.83	3.50	-	-	-	-	
	남자	266	200	75.2	30	11.3	36	13.5	1.08	2.74					
	여자	486	275	56.6	84	17.3	127	26.1	2.24	3.79	-4.850***	693.883	-	-	
연령대 ²	초중	105	75	71.4	14	13.3	16	15.2	1.45	3.47					
	고	647	400	61.8	100	15.5	147	22.7	1.89	3.50	-1.216	750	-	-	
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	39	83.0	4	8.5	4	8.5	.83	2.88				d)a,c (최고 평균 집단을 기 준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)	
	초중 여자 ^b	58	36	62.1	10	17.2	12	20.7	1.95	3.83	7.981***	3	138.252		
	고 남자 ^c	219	161	73.5	26	11.9	32	14.6	1.13	2.72					
	고 여자 ^d	428	239	55.8	74	17.3	115	26.9	2.29	3.78					

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위해 시 Games-Howell 검정을 사용함.

주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 '초중'은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, '고'는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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



그림 III-51 학교 밖 청소년 자살 위험성 성별 비교(단위: 점)

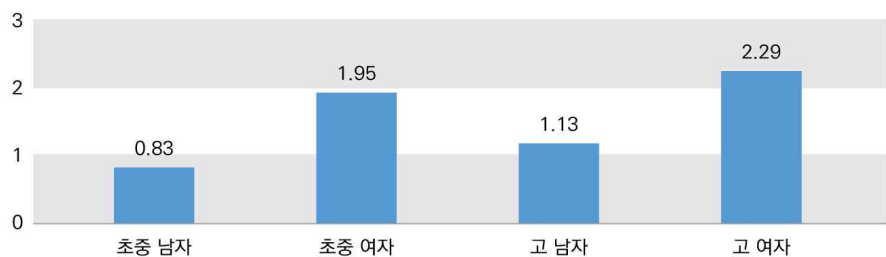


그림 III-52 학교 밖 청소년 자살 위험성 성별×연령대 비교(단위: 점)

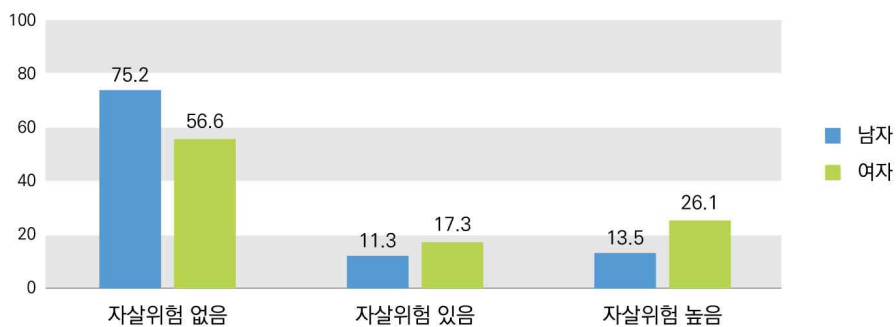


그림 III-53 학교 밖 청소년 성별에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)

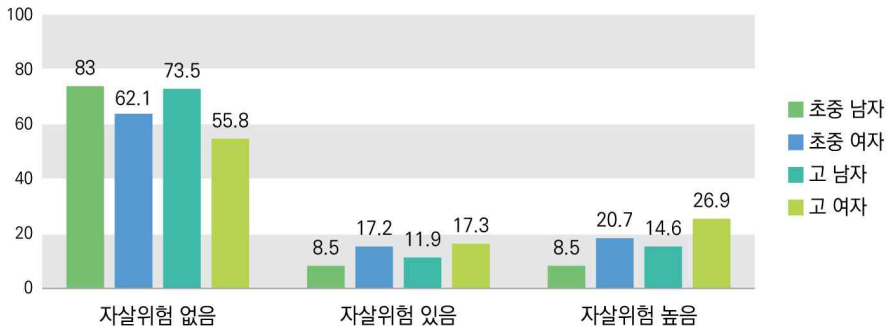


그림 III-54 학교 밖 청소년 성별×연령대에 따른 자살 위험성 분류 비교(단위: %)

(7) 스트레스

스트레스 수준에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 전체 학교 밖 청소년의 평균 스트레스 수준은 18.82($n=752$, $SD=7.01$)로 나타났다. 성별에 따른 차이를 검정했을 때 통계적 유의성이 발견됐는데 여자 학교 밖 청소년이 남자 학교 밖 청소년과 비교해 상대적으로 더 높은 수준의 스트레스에 노출돼 있었다.

연령대에 따른 차이도 유의했는데 고등학생 연령대의 학교 밖 청소년이 저연령인 초, 중학생 연령대의 학교 밖 청소년과 비교해 더 많은 스트레스를 경험하고 있었다.

성별과 연령대를 모두 고려한 때도 유의한 집단 차이가 나타났는데[Welch's $F(3, 135.643)=6.620^{***}$]. 전체 비교 집단 중 가장 높은 수준의 스트레스를 경험하고 있는 고등학생 연령대의 여자 학교 밖 청소년과 비교해 초, 중학생 연령대의 남자와 고등학생 연령대의 남자가 유의하게 낮은 스트레스 수준을 보여주었다.

학교 밖 청소년 중 남자 청소년이 17.45($n=266$, $SD=6.03$), 여자 청소년이 19.57($n=486$, $SD=7.39$)의 점수로, 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 유의미하게 높은 스트레스 수준을 나타냈다($t=-4.246^{***}$). 고등학생 연령대 학교 밖 학생들의 스트레스 수준 평균 점수가 19.02($n=647$, $SD=6.96$)로 초, 중학생 연령대 학교 밖 학생들의 스트레스 수준 평균 점수인 17.57($n=105$, $SD=7.22$)에 비해 유의미하게 높은 평균 점수를 나타냈다($t=-1.967^*$).

표Ⅲ-32 학교 밖 청소년 스트레스 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	18.82	7.01	-	-	-	-
성별	남자	266	17.45	6.03	-4.246***	642.698	-	-
	여자	486	19.57	7.39				
연령대 ²	초중	105	17.57	7.22	-1.967*	750	-	-
	고	647	19.02	6.96				
성별 × 연령대	초중 남자 ^a	47	16.51	6.88	6.620***	3	135.643	d)a,c (최고 평균 집단을 기준으로 유의한 차이를 보여주는 비교 결과만 제시)
	초중 여자 ^b	58	18.43	7.44				
	고 남자 ^c	219	17.65	5.83				
	고 여자 ^d	428	19.72	7.38				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.
 주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 ‘초중’은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, ‘고’는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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

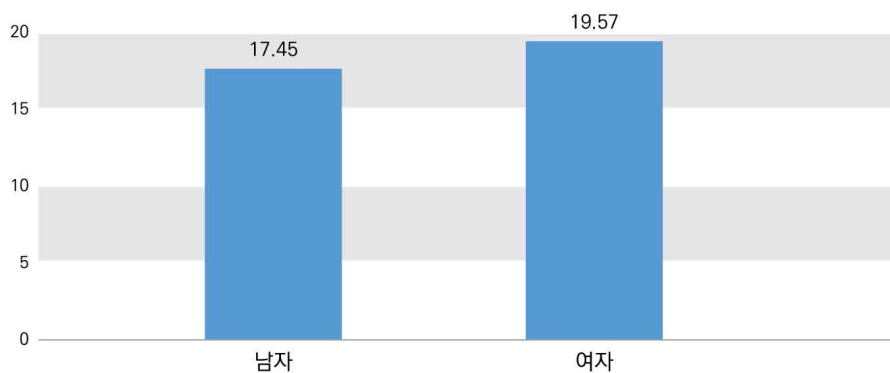


그림 III-55 학교 밖 청소년 스트레스 성별 비교(단위: 점)

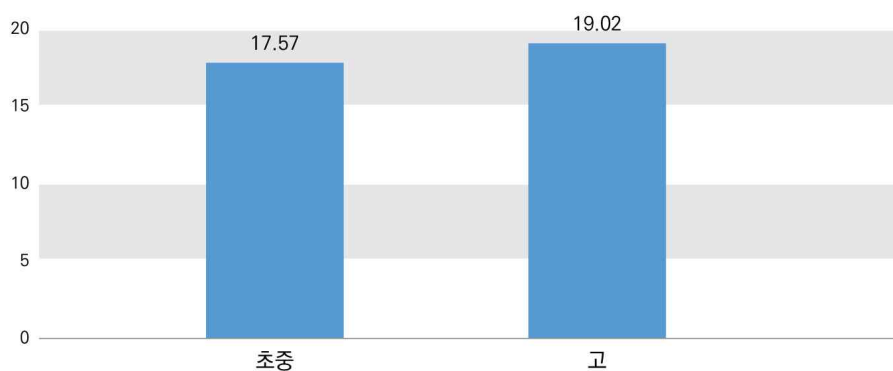


그림 III-56 학교 밖 청소년 스트레스 연령대 비교(단위: 점)

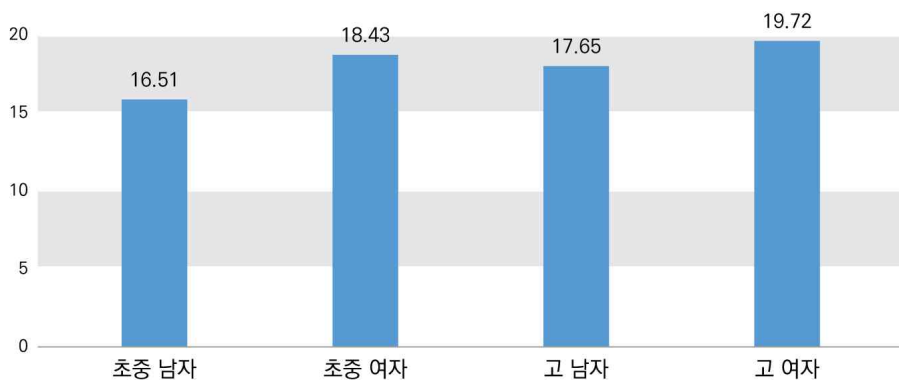


그림 III-57 학교 밖 청소년 스트레스 성별 × 연령대 비교(단위: 점)

(8) COVID-19 외상성 고통(CPDI)

COVID-19와 관련된 외상성 고통에 대한 학교 밖 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. 학교 밖 청소년의 평균 CPDI는 11.36($n=752$, $SD=13.21$)으로 나타났다. 그리고 성별, 연령대, 또는 성별과 연령대를 모두 고려한 집단 비교에서 CPDI의 유의한 집단 차이는 확인되지 않았다.

표Ⅲ-33 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 결과

구분		전체 N	M	SD	t/F-test			사후 검정 ¹
					t/F	df1	df2	
학교 밖 청소년		752	11.36	13.21	-	-	-	-
성별	남자	266	10.42	14.34	-1.456	750	-	-
	여자	486	11.88	12.53				
연령대 ²	초중	105	10.81	13.01	-.464	750	-	-
	고	647	11.45	13.25				
성별× 연령대	초중 남자 ^a	47	9.91	14.51	.747	3	748	-
	초중 여자 ^b	58	11.53	11.73				
	고 남자 ^c	219	10.53	14.34				
	고 여자 ^d	428	11.93	12.65				

주1. 등분산 가정 성립 시 Scheffe 검정을, 등분산 가정 위배 시 Games-Howell 검정을 사용함.

주2. 연령대는 응답자의 출생연도를 기준으로 구분함. 여기서 ‘초중’은 2006년부터 2011년 사이 출생해 초중학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을, ‘고’는 2003년부터 2005년 사이 출생해 고등학생 연령대에 해당하는 학교 밖 청소년을 의미함.

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

(9) 소결

학교 밖 청소년을 분석한 결과, 전반적으로 많은 학교 밖 청소년이 주요 정신건강 문제에 노출된 것으로 나타났다. 예를 들어 우울 증상의 경우 학교 밖 청소년의 35%가, 불안 증상은 29%가 정도 이상의 수준에 노출돼 있었는데 이는 바꿔 말하면 학교 밖 청소년 10명 중 약 3명은 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있다는 것이다. 이와 더불어 자살 위험성과 관련해서도 학교 밖 청소년 10명 중 적어도 3명은 자살 위험성을 가진 위험군으로 분류됐다.

이러한 결과는 학교 밖 청소년의 불안, 우울, 그리고 자살 위험에 대한 관리와 예방이 이들의 정신건강 현안임을 말해준다. 이와 더불어 신체화, 우울, 불안, 자살 위험성, 스트레스 수준 등 대부분의 정신건강 문제에서 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 유의미하게 더 높은 수준의 점수를 보여주었는데 이는 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 관리에서 여자 청소년에 관한 관심과 개입이 우선으로 이루어져야 함을 시사한다. 성별에 따른 차이와 더불어 신체화, 우울, 불안 증상, 자살 위험성, 스트레스 등의 문제는 연령대가 올라갈수록, 즉 나이가 많은 학교 밖 청소년 사이에서 더 심각한 것으로 나타났다. 종합하면 학교 밖 청소년의 정신건강 관리에서 고연령의 그리고 여자 청소년에 대해 우선순위가 부여돼야 할 것이다.

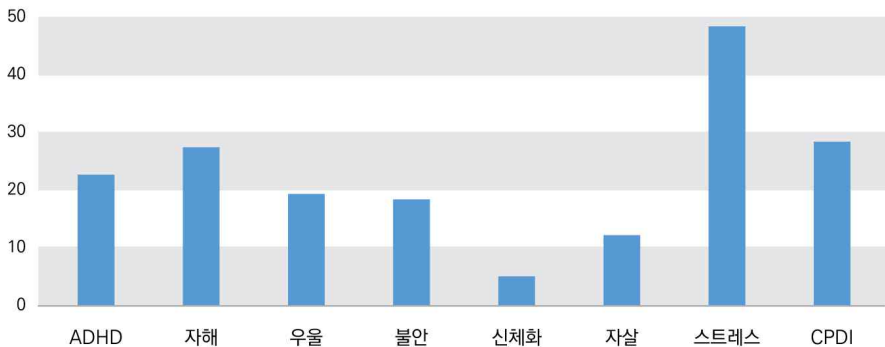


그림 III-58 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 종합(100점 환산, 단위: 점)

3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교

(1) ADHD 증상

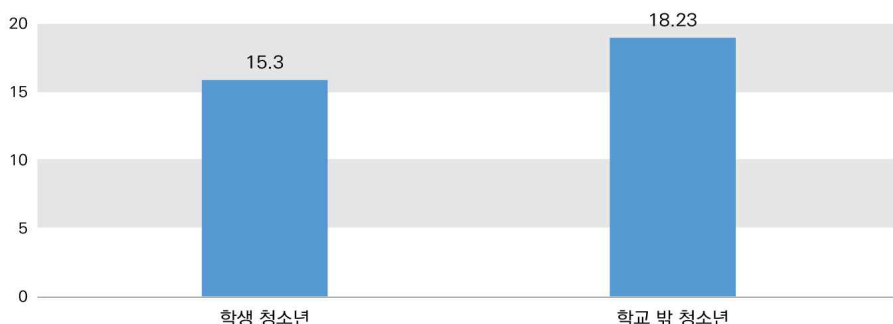
ADHD 증상에 대한 두 청소년 집단의 평균 점수는 학생 청소년의 경우 15.30 ($n=5937$, $SD=10.42$), 학교 밖 청소년의 경우 18.23($n=752$, $SD=12.27$)이었다. 이러한 차이는 통계적으로도 유의했는데($t=-6.277^{***}$) 이는 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 ADHD 문제에 더 많이 노출돼 있음을 의미한다.

이와 더불어 우리는 두 집단의 연령 차이가 분석 결과에 미치는 영향력을 배제하고자 연령을 공변량으로 한 ANCOVA 분석을 추가로 시행하였고 집단 차이의 통계적 유의성은 동일하게 유지됐다. 즉, 연령을 통제한 상태에서도 학교 밖 청소년의 ADHD 집단 평균은 학생 청소년의 집단 평균보다 유의하게 높았다.

표Ⅲ-34 학생 청소년과 학교 밖 청소년 ADHD 비교 결과

구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	15.30	10.42	-6.277***	-7.396***
학교 밖 청소년	752	18.23	12.27		

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



그림Ⅲ-59 학교 청소년과 학교 밖 청소년 ADHD 비교(단위: 점)

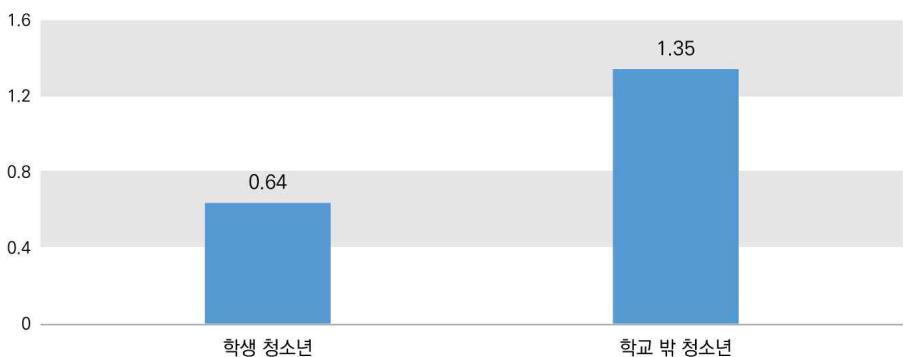
(2) 자해 행동

자해 행동에 대한 두 청소년 집단의 평균 점수는 학생 청소년의 경우 .64 ($n=5,937$, $SD=1.35$), 학교 밖 청소년의 경우 1.35($n=752$, $SD=1.86$)이었다. 두 집단 평균의 차이는 t-검정에서 유의한 것으로 나타났으며, 두 집단의 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 통계적으로 유의하게 나타났다. 종합하면, 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 자해 행동의 위험에 더 많이 노출돼 있었다.

표Ⅲ-35 학생 청소년과 학교 밖 청소년 자해 행동 비교 결과

구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	.64	1.35	-10.112***	-11.705***
학교 밖 청소년	752	1.35	1.86		

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



그림Ⅲ-60 학교 청소년과 학교 밖 청소년 자해 행동 비교(단위: 점)

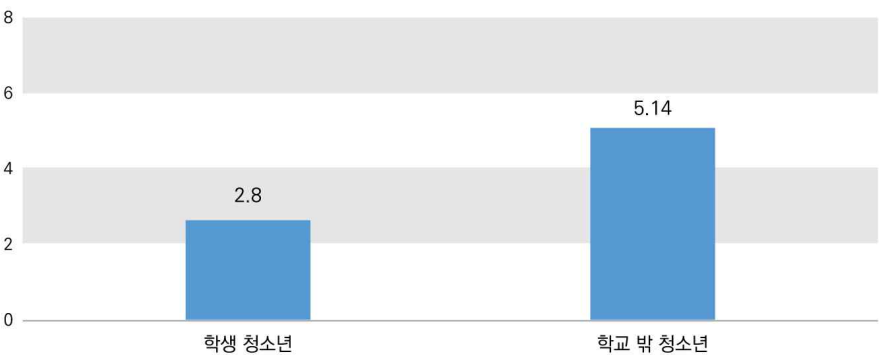
(3) 신체화 증상

학생 청소년의 신체화 평균 점수는 2.80($n=5,937$, $SD=5.18$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 5.14($n=752$, $SD=7.83$)로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 높게 나타났다. 두 집단의 평균 차이는 t-검정뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다. 이러한 분석 결과는 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 신체화 증상의 위험에 더 많이 노출돼 있음을 말해준다.

표Ⅲ-36 학생 청소년과 학교 밖 청소년 신체화 증상 비교 결과

구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	2.80	5.18	-8.009***	-7.963***
학교 밖 청소년	752	5.14	7.83		

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



그림Ⅲ-61 학교 청소년과 학교 밖 청소년 신체화 증상 비교(단위: 점)

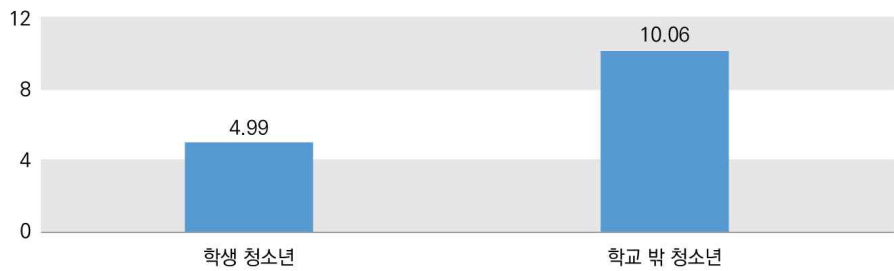
(4) 우울 증상

학생 청소년의 평균 우울 점수는 4.99($n=5,937$, $SD=7.71$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 10.06($n=752$, $SD=12.61$)으로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 2배 이상의 우울 증상에 노출된 것으로 나타났다. 이러한 집단 차이는 t-검정 뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다.

표Ⅲ-37 학생 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 비교 결과

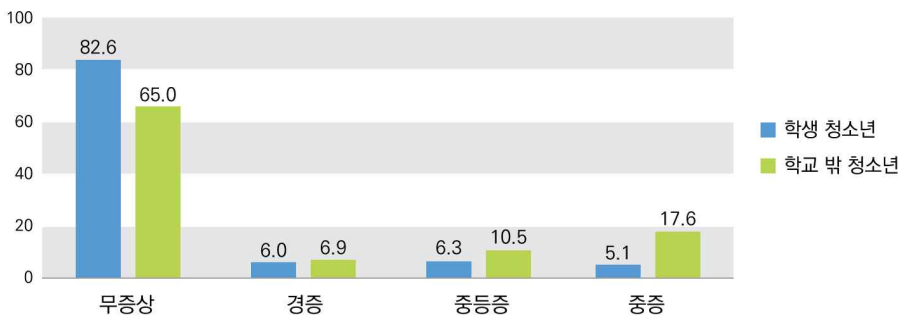
구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	4.99	7.71	-10.773***	-12.394***
학교 밖 청소년	752	10.06	12.61		

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



그림Ⅲ-62 학교 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 비교(단위: 점)

특히 이러한 집단 차이는 우울 증상의 증증도에 따른 집단 내 분포 양상을 비교하면 더 명확하게 드러나는데 아래 그림에서 확인할 수 있듯이 무증상에 해당하는 학생 청소년의 비율은 82.6%인데 비해 학교 밖 청소년은 65%에 불과하다. 그리고 중등증과 중증에 해당하는 학생 청소년의 비율은 각각 6.3%와 5.1%이나 학교 밖 청소년의 경우 각각 10.5%와 17.6%에 달해 전자의 비율을 크게 상회하고 있다.



그림Ⅲ-63 학교 청소년과 학교 밖 청소년 우울 증상 분류 비교(단위: %)

(5) 불안 증상

학생 청소년의 평균 불안 점수는 3.88($n=5,937$, $SD=6.75$), 학교 밖 청소년은 8.21($n=752$, $SD=11.27$)로, 후자가 전자와 비교해 2배 이상 높았다. 이는 우울 증상의 비교 결과와 매우 유사한 결과로 평소 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 불안증에 많이 노출돼 있음을 의미한다. 이러한 집단 평균의 차이는 t -검정뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다.

표Ⅲ-38 학생 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 비교 결과

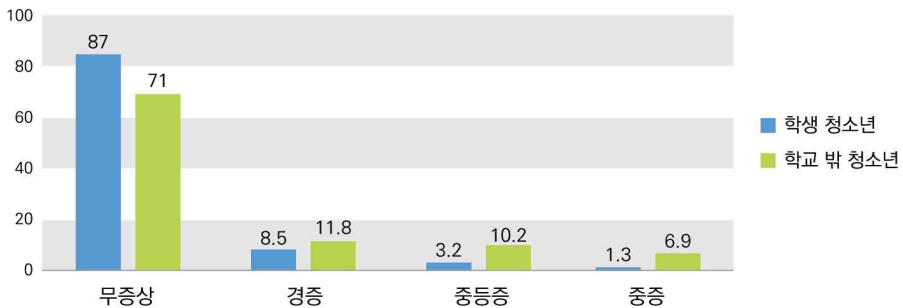
구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	3.88	6.75	-10.316***	-11.993***
학교 밖 청소년	752	8.21	11.27		

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



그림Ⅲ-64 학교 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 비교(단위: 점)

특히 이러한 집단 차이는 불안 증상의 중증도에 따른 집단 내 분포 양상을 비교하면 더 명확하게 드러나는데 아래 그림에서 확인할 수 있듯이 무증상에 해당하는 학생 청소년의 비율은 87%인데 비해 학교 밖 청소년은 71%에 불과하다. 그리고 중등증과 중증에 해당하는 학생 청소년의 비율은 각각 3.2%와 1.3%이나 학교 밖 청소년의 경우 각각 10.2%와 6.9%에 달해 전자의 비율을 크게 상회하고 있다.



그림Ⅲ-65 학생 청소년과 학교 밖 청소년 불안 증상 분류 비교(단위: %)

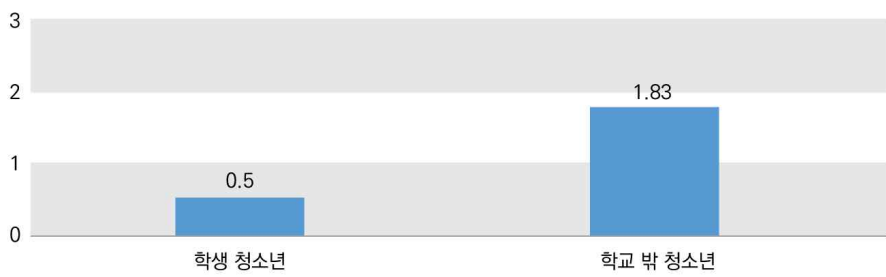
(6) 자살 위험성

학생 청소년과 학교 밖 청소년의 자살 위험성 또한 통계적으로 유의하게 달랐다. 학생 청소년의 평균 점수는 .50($n=5,937$, $SD=1.67$), 학교 밖 청소년의 평균 점수는 1.83($n=752$, $SD=3.50$)으로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 3배 이상 높은 자살 위험성을 보여주었다. 이러한 집단 평균 차이는 t-검정뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다.

표Ⅲ-39 학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 비교 결과

구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	.50	1.67	-10.266***	-16.186***
학교 밖 청소년	752	1.83	3.50		

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



그림Ⅲ-66 학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 비교(단위: 점)

특히 이러한 집단 차이는 자살 위험성의 증증도에 따른 집단 내 분포 양상을 비교하면 더 명확하게 드러나는데 아래 그림에서 확인할 수 있듯이 자살 위험이 없는 학생 청소년의 비율은 83.6%인데 비해 학교 밖 청소년은 63.2%에 불과하다.

이에 반해 자살 위험이 있거나 높은 학생 청소년의 비율은 각각 10.3%와 6.1%이고, 학교 밖 청소년의 경우 각각 15.2%와 21.7%로 전자의 비율을 크게 상회하고 있다. 특히, 자살 위험이 큰, 즉 고위험군 비율에서 3배 이상 집단 차이가 나고 있다.



그림Ⅲ-67 학생 청소년과 학교 밖 청소년 자살 위험성 분류 비교(단위: %)

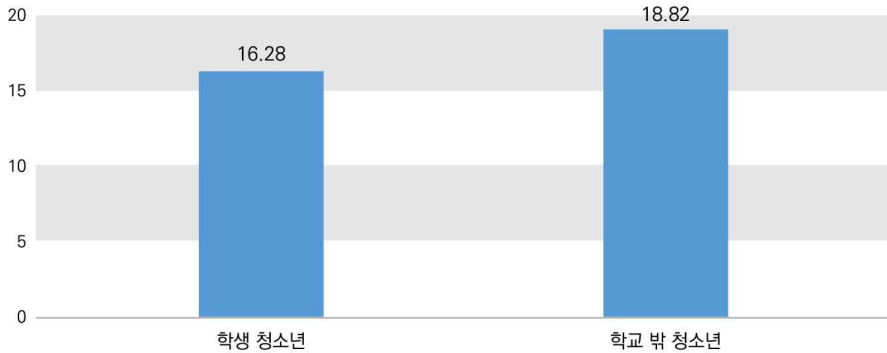
(7) 스트레스

스트레스 수준에 대한 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 집단 차이도 통계적으로 유의하게 달랐다. 학생 청소년의 평균 점수는 16.28(n=5,937, SD=5.98), 학교 밖 청소년의 점수는 18.82(n=752, SD=7.01)로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 2.534 높았는데 이러한 차이는 t-검정뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다.

표Ⅲ-40 학생 청소년과 학교 밖 청소년 스트레스 비교 결과

구분	N	M	SD	t-test	ANCOVA (연령 통제)
					t-test
학생 청소년	5,937	16.28	5.98	-9.489***	-6.504***
학교 밖 청소년	752	18.82	7.01		

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



그림Ⅲ-68 학생 청소년과 학교 밖 청소년 스트레스 비교(단위: 점)

(8) COVID-19 외상성 고통(CPDI)

마지막으로 학생 청소년과 학교 밖 청소년 간의 평균 CPDI 역시 통계적으로 유의하게 달랐다. 학생 청소년의 평균 점수는 8.85($n=5,937$, $SD=10.33$), 학교 밖 청소년의 점수는 11.36($n=752$, $SD=13.21$)으로, 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 COVID-19로 인한 외상성 고통에 더 많이 노출된 것으로 나타났다. 두 집단의 점수 차이는 t-검정뿐만 아니라 연령을 공변량으로 통제한 ANCOVA 분석에서도 모두 유의하게 나타났다.

표Ⅲ-41 학생 청소년과 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 비교 결과

구분	N	M	SD	t	ANCOVA(연령 통제)			
					F-test	df1	df2	partial η^2
학생 청소년	5,937	8.85	10.33	-5.025***	39.409***	1	7005	.006
학교 밖 청소년	752	11.36	13.21					

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



그림Ⅲ-69 학생 청소년과 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통(CPDI) 비교(단위: 점)

(9) 소결

우리는 지금까지 ADHD, 자해, 신체증, 우울, 불안, 자살, 스트레스, 그리고 COVID-19 외상성 고통에 대한 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 노출 정도를 비교하였고 그 결과 학교 밖 청소년이 경험하는 정신건강 문제의 심각성이 학생 청소년과 비교해 유의하게 높음을 확인할 수 있었다.

아래 그림은 지금까지 분석에 사용했던 원점수를 Z점수(Z-score)로 변환해 각 정신건강 문제에 대한 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 노출 수준을 새롭게 비교한 결과다. 정신건강 문제 유형에 상관없이 학교 밖 청소년은 양의 Z점수를, 반대로 학생 청소년은 음의 평균 Z점수를 일관되게 보여주고 있는데 이는 바꿔 말하면 모든 정신건강 문제에서 전체 평균을 상회하는 원점수가 학교 밖 청소년 사이에, 반대로 전체 평균에 못 미치는 원점수가 학생 청소년 사이에 집중돼 있었음을 의미한다. 이러한 학교 밖 청소년과 학생 청소년 간의 정신건강 문제 심각성의 차이는 앞서 언급됐듯이 통계적으로도 유의한 차이이다.

이와 더불어 학교 밖 청소년의 경우 정신건강 문제 유형에 따른 평균 점수의 편차가 학생 청소년보다 크며 특히 자살, 우울, 불안, 자해 등에서 높은 평균이 집계되고 있는데 이는 그만큼 학교 밖 청소년이 자살, 우울, 불안, 자해 등과 같은 유형의 정신건강 문제에 더 취약하다는 것을 의미한다.

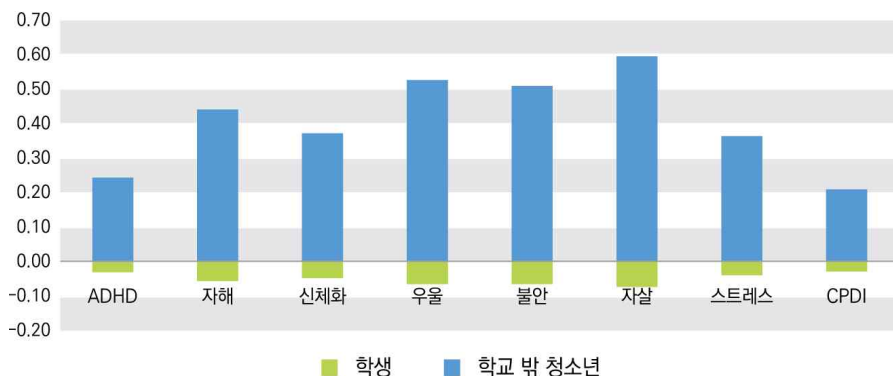


그림 Ⅲ-70 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 수준 비교(단위: Z점수)

마찬가지로 원점수를 Z점수가 아닌 100점 총점으로 환산해 두 집단의 평균 노출 실태를 비교한 때도 우리는 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 더 취약한 상태에 처해 있음을 확인할 수 있다.

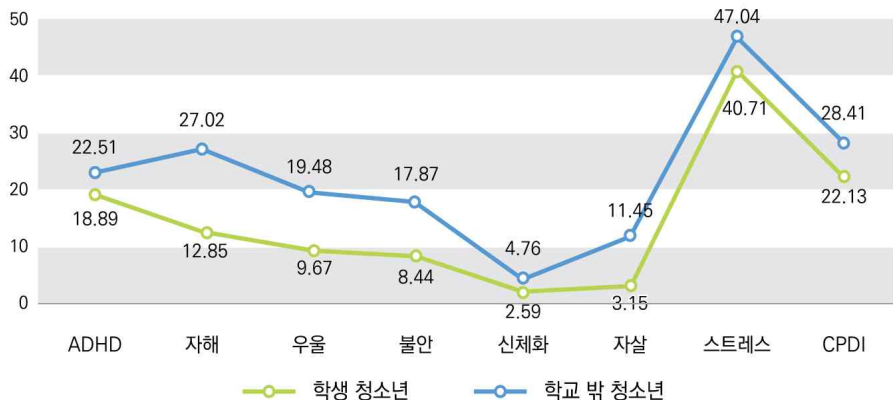


그림 Ⅲ-71 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 노출 실태 비교(100점 환산, 단위: 점)

이와 더불어 우울 증상의 경우 학생 청소년은 전체의 17.4%의 학생들이 경도 이상의 우울 증상을 경험하고 있지만, 학교 밖 청소년은 전체의 35.0% 학생들이 경도 이상의 우울 증상을 경험하고 있는 것으로 나타났고 후자의 집단 평균은 전자의 2배에 달했다. 불안 증상도, 학생 청소년은 전체의 13.0%, 학교 밖 청소년의 경우 전체의 29.0%가 경도 이상의 불안 증상을 경험하고 있었고 집단 평균도 2배 이상 차이가 났다. 자살 위험성의 경우, 학생 청소년은 16.4%가 자살 위험군으로 분류되었지만, 학교 밖 청소년의 경우 두 배를 상회하는 36.8%가 자살 위험군으로 분류됐다. 평균 점수로 비교하면 학생 청소년과 비교해 학교 밖 청소년의 집단 평균은 3배 이상 차이가 났다.

이러한 결과는 청소년 정신건강의 보호와 증진을 위한 정책 수립에 있어 학교 밖 청소년에 대한 조치가 우선으로 이루어져야 함을 시사한다. 특히 학교 밖 청소년의 경우, 정신건강 문제에 더 취약한 환경에도 불구하고, 정신건강과 관련된 서비스에서는 오히려 사각지대에 처한 경우가 많다. 이에 꿈드림을 위시해 학교 밖 청소년을 지원하는 일선 현장 기관은 정신건강 문제에 취약하게 노출된 학교 밖 청소년을 적극적으로 발굴하고 이후 지역사회 내 전문 의료 기관과 정신건강복지센터와의 연계성을 통해 이들이 전문 상담과 치료 서비스를 원활하게 받도록 해야 한다. 또한 일선 현장 기관은 기관 내 사례 관리자를 통해 청소년의 상담 및 치료 경과를 지속해서 관리하여 이러한 연계가 일회성으로 끝나지 않도록 해야 한다.

3. 정신건강 문제에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 상태

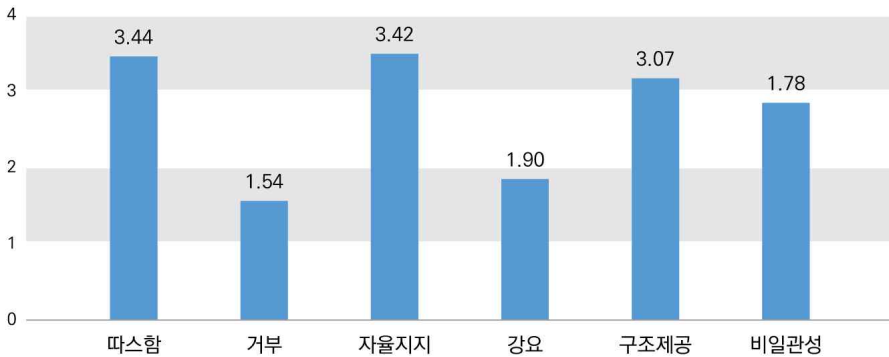
1) 학생 청소년²⁷⁾

(1) 관계 및 지지

① 부모 양육 태도

부모의 양육 태도는 따스함, 거부, 자율지지, 강요, 구조제공, 비밀관성의 6개 요인으로 구성되어 있다. 6개 요인은 모두 4문항으로 이루어졌으며, 각 문항은 4점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 부연하면, 따스함, 자율지지, 구조제공 요인은 점수가 높을수록 양육 태도가 긍정적임을 의미하고, 거부, 강요, 비밀관성 요인은 점수가 높을수록 부모의 양육 태도가 부정적임을 의미한다. 학생 청소년의 응답을 분석한 결과, 따스함이 평균 3.44점, 자율지지가 평균 3.42점, 구조제공이 평균 3.07점으로 나타났으며, 강요는 평균 1.90점, 비밀관성은 평균 1.78점, 거부는 평균 1.54점으로 나타나 긍정적 양육 태도와 부정적 양육 태도가 크게 나뉘었다. 즉, 학생 청소년의 긍정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 평균 3점(그런 편이다)을 상회하였고, 부정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 평균 2점(그렇지 않은 편이다)에 미치지 않는 것으로 확인되었다.

27) 분산분석의 사후검증은 등분산 가정이 성립되는 경우 Scheffe, 그렇지 않으면 Games-Howell 사용



* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-72 부모 양육 태도: 학생 청소년(단위: 점)

성별에 따른 차이를 살펴보면, 파스함, 거부, 자율지지, 강요에서 통계적으로 유의한 차이가 확인되었는데, 파스함($t=-3.890^{***}$, $df=5929.582$)과 자율지지 ($t=-3.041^{**}$, $df=5919.722$)는 여학생이 남학생보다, 반대로 거부($t=2.666^{**}$, $df=5818.553$)와 강요($t=6.019^{***}$, $df=5927.567$)는 남학생이 여학생보다 높게 인식한 것으로 나타났다. 즉, 부모의 긍정적 양육 태도(파스함, 자율지지)에 대한 인식 수준은 여학생이, 부정적 양육 태도(거부, 강요)에 대한 인식 수준은 남학생이 상대적으로 높았다. 학교급에 따라서는 모든 하위요인이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 파스함[$Welch's F(2, 3949.966)=42.932^{***}$]과 구조제공[$F(2, 5933)=73.989^{***}$]은 학교급이 낮을수록 높은 인식 수준을 보였고, 자율지지[$Welch's F(2, 3935.258)=31.904^{***}$]는 초등학생이 중고등학생보다, 강요[$Welch's F(2, 3949.623)=7.435^{**}$]는 초중학생이 고등학생보다 상대적으로 높게 인식하였다. 그리고 거부[$Welch's F(2, 3921.445)=5.839^{**}$]와 비일관성 [$Welch's F(2, 3947.644)=3.824^{*}$]은 중학생이 초등학생과 고등학생과 비교해 상대적으로 높게 인식하였다. 종합하면, 6개 요인별로 차이가 있지만, 긍정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 학교급이 낮을수록 특히, 초등학생이 중고등학생보다 높았고, 부정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 중학생에게서 상대적으로 높게 나타났다.

표Ⅲ-42 부모 양육 태도: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	따스함		거부		자율지지		강요		구조제공		비밀관성	
			평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전체		5,937	3.44	.66	1.54	.62	3.42	.64	1.90	.69	3.07	.68	1.78	.68
성 별	남	3,077	3.40	.69	1.56	.68	3.40	.67	1.95	.72	3.08	.71	1.79	.72
	여	2,860	3.47	.62	1.52	.55	3.45	.59	1.85	.65	3.05	.65	1.77	.63
	t	-	-3.890***		2.666**		-3.041**		6.019***		1.829		.893	
학 교 급	초 ^a	1,997	3.54	.63	1.52	.55	3.51	.58	1.93	.67	3.20	.64	1.76	.65
	중 ^b	1,959	3.43	.67	1.58	.66	3.40	.66	1.92	.72	3.06	.68	1.82	.71
	고 ^c	1,982	3.35	.67	1.53	.65	3.36	.66	1.85	.68	2.94	.69	1.76	.67
	F	-	42.932*** (a>b>c)		5.839** (b>a,c)		31.904*** (a>b,c)		7.435** (a,b>c)		73.989*** (a>b>c)		3.824* (b>a,c)	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 부모 방임 및 학대

부모의 방임 및 학대는 각각 4문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정됐다. 그 결과, 학생 청소년의 방임(평균 1.70점) 및 학대(평균 1.42점)에 대한 평가는 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑도는 것으로 나타났지만, 적지 않은 청소년이 방임과 학대를 경험하고 있음을 짐작할 수 있다.

일반적 특성에 따라 살펴보면, 성별과 학교급에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 부모의 방임은 남학생이 여학생보다($t=5.381^{***}$, $df=5923.139$), 학교급이 높을수록[F(2, 5933)=34.398***] 높게 인식하는 경향을 보였다. 학대의 경우에도 남학생이 여학생보다 높게 인식하였고($t=5.863^{***}$, $df=5888.671$), 학교급별로는 중학생이 초등학생과 고등학생보다 상대적으로 높게 인식하는 것으로 나타났다[Welch's F(2, 3944.613)=4.375*].

표Ⅲ-43 부모 방임 및 학대: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분	사례수	방임			학대		
		평균	표준편차	t/F	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	1.70	.64	-	1.42	.58	-
성별	남	3,077	1.75	5.381***	1.47	.62	5.863***
	여	2,860	1.66		1.38	.53	
학교급	초 ^a	1,997	1.62	34.398*** (c>b>a)	1.41	.56	4.375* (b>a,c)
	중 ^b	1,959	1.72		1.46	.62	
	고 ^c	1,982	1.78		1.40	.57	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

③ 가족관계

표Ⅲ-44 가족관계 질: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분	사례수	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	3.43	.64	-
성별	남	3,077	3.41	-2.396*
	여	2,860	3.45	
학교급	초 ^a	1,997	3.54	48.393*** (a>b>c)
	중 ^b	1,959	3.40	
	고 ^c	1,982	3.35	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

가족 간 유대감이나 친밀한 정도를 의미하는 가족관계의 질은 5문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 분석 결과, 학생 청소년은 가족관계의 질에 대해 평균 3.43점의 긍정적인 응답 결과를 보였다.

특히, 여학생이 남학생보다($t=-2.396^*$, $df=5933.846$), 학교급이 낮을수록 [$Welch's F(2, 3933.380)=48.393^{***}$] 가족관계에 대해 긍정적으로 평가하였다.

④ 사회 지지

지역사회의 돌봄이나 지원 정도를 나타내는 지역사회 지원은 3문항으로 구성되어 있으며, 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하여 살펴보았다. 학생 청소년의 지역사회 지원 정도를 분석한 결과, 평균 3.04점으로 나타났으며 성별과 학교급에 따라 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 즉, 남학생이 여학생보다 ($t=4.736^{***}$, $df=5935$), 학교급이 낮을수록 [$F(2, 5933)=20.676^{***}$] 지역사회 지원 정도를 긍정적으로 인식하였다.

표Ⅲ-45 지역사회 지원: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

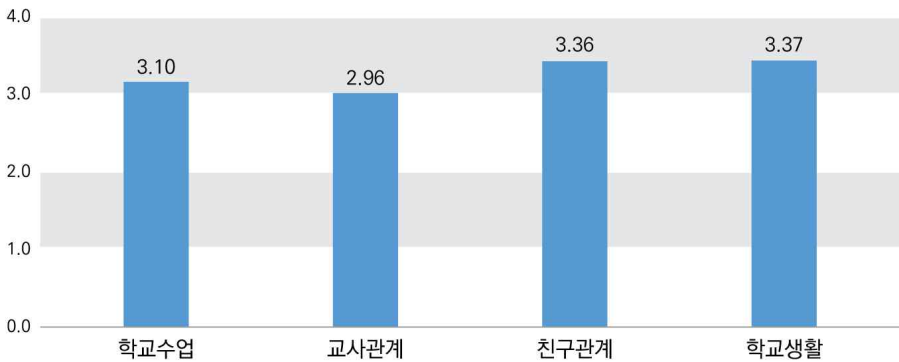
구분		사례수	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	3.04	.82	-
성별	남	3,077	3.09	.81	4.736***
	여	2,860	2.99	.84	
학교급	초 ^a	1,997	3.13	.81	20.676*** (a)>b>c)
	중 ^b	1,959	3.03	.82	
	고 ^c	1,982	2.96	.83	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(2) 적응

학교 적응을 살펴보기 위해 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활²⁸⁾의 4가지 영역을 조사하였다. 모든 영역은 3문항씩 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 학생 청소년의 응답을 분석한 결과, 학교생활이 평균 3.37점, 친구 관계가 평균 3.36점, 학교 수업이 평균 3.10점, 교사 관계가 평균 2.96점으로 나타나 교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류에 대해 상대적으로 낮게 평가하고 있음을 알 수 있다.



* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림 III-73 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년(단위: 점)

28) 학교 수업: 학업에 대한 유능감을 가진 정도, 교사 관계: 교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류를 하는 정도, 친구 관계: 친구와 긍정적인 교류를 하고 도움을 주고받는 정도, 학교생활: 학교시설과 물건을 아끼고 규칙을 잘 지키려고 하는 정도(최인재 외, 2010)

성별에 따른 차이를 살펴본 결과에서는 친구 관계를 제외한 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 발견되었는데, 학교 수업($t=-3.741^{***}$, $df=5926.807$)과 학교생활($t=-6.065^{***}$, $df=5915.754$)은 여학생이 남학생보다, 교사 관계($t=4.489^{***}$, $df=5935$)는 남학생이 여학생보다 긍정적으로 생각하는 경향이 높은 것으로 나타났다. 그리고 학교급에 따른 차이를 살펴본 결과, 학교생활을 제외한 영역에서 통계적 유의성이 확인되었다. 즉, 학교 수업은 학교급이 낮을수록 [Welch's $F(2, 3942.044)=22.825^{***}$], 교사 관계는 초등학생이 중고등학생보다 [$F(2, 5933)=42.395^{***}$], 친구 관계는 초중학생이 고등학생보다 [$F(2, 5933)=15.896^{***}$] 긍정적으로 평가하였다.

표Ⅲ-46 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년 (단위: 명, 점)

구분		사례수	학교 수업		교사 관계		친구 관계		학교생활	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		5,937	3.10	.70	2.96	.82	3.36	.69	3.37	.60
성 별	남	3,077	3.06	.73	3.00	.83	3.37	.69	3.33	.63
	여	2,860	3.13	.66	2.91	.81	3.36	.68	3.42	.55
	t	-	-3.741***		4.489***		.421		-6.065***	
학 교 급	초 ^a	1,997	3.17	.65	3.09	.79	3.40	.68	3.38	.59
	중 ^b	1,959	3.09	.72	2.90	.83	3.39	.68	3.38	.61
	고 ^c	1,982	3.03	.72	2.87	.83	3.29	.69	3.36	.59
	F	-	22.825*** (a>b>c)		42.395*** (a>b,c)		15.896*** (a,b>c)		.713	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(3) 진로

① 학업성취도

학생 청소년의 학업성취도는 학업 성적 수준과 학업 성적 만족도를 통해 확인하였다. 먼저, 학업 성적 수준은 가장 최근을 기준으로 학업 성적이 반에서 대략 어디에 해당하는지를 매우 못하는 수준(1점)부터 매우 잘하는 수준(5점)까지의 5점 리커트 척도로 측정하였다. 학생 청소년의 학업 성적 수준은 평균 3.22점으로 중간 수준을 상회하였다. 구체적으로, 학업 성적이 상위권에 속한다고 응답한 청소년은 37.9%(잘하는 수준+매우 잘하는 수준), 중위권은 41.8%(중간), 하위권이라고 생각하는 청소년은 20.3%(못하는 수준+매우 못하는 수준)로 나타났다. 한편, 성별과 학교급에 따라 모두 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 남학생이 여학생보다($t=3.126^{**}$, $df=5924.383$), 학교급이 낮을수록[$Welch's F(2, 3937.387)=293.695^{***}$] 상대적으로 학업 성적을 높게 인식하였다.

표Ⅲ-47 학업 성적 수준: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	5.1	15.2	41.8	28.0	9.9	3.22	.99	-
성 별	남	3,077	5.4	13.6	41.2	28.9	10.9	3.26	3.126**
	여	2,860	4.8	16.8	42.5	27.1	8.8	3.18	
학 교 급	초 ^a	1,997	1.7	6.3	37.1	40.2	14.7	3.60	293.695*** (a)>b>c)
	중 ^b	1,959	5.7	16.3	41.8	27.9	8.3	3.17	
	고 ^c	1,982	8.0	22.9	46.6	15.9	6.5	2.90	

* 주: 1) 5점 척도(① 매우 못하는 수준, ② 못하는 수준, ③ 중간, ④ 잘하는 수준, ⑤ 매우 잘하는 수준)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

다음으로, 학업 성적 만족도는 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 확인하였다. 그 결과, 평균 2.57점의 만족도를 보고하였으며, 구체적으로 만족한다(만족하는 편이다+매우 만족한다)는 응답 비율이 54.8%, 만족하지 않는다(전혀 만족하지 않는다+만족하지 않는 편이다)는 응답 비율이 45.3%로 나타났다. 학생들의 학업 성적 만족도는 성별과 학교급에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 남학생이 여학생보다($t=6.942^{***}$, $df=5935$), 학교급이 낮을수록[$Welch's F(2, 3940.210)=807.871^{***}$] 상대적으로 높은 만족도를 보였다.

표Ⅲ-48 학업 성적 만족도: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분		사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	12.6	32.7	40.3	14.5	2.57	.89	-
성 별	남	3,077	10.9	31.1	40.6	17.3	2.64	.89	6.942***
	여	2,860	14.3	34.3	39.9	11.4	2.48	.87	
학 교 급	초 ^a	1,997	3.1	14.6	53.2	29.1	3.08	.74	807.871*** (a>b>c)
	중 ^b	1,959	13.3	34.0	42.9	9.9	2.49	.84	
	고 ^c	1,982	21.4	49.7	24.6	4.3	2.12	.79	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 만족하지 않는다, ② 만족하지 않는 편이다, ③ 만족하는 편이다, ④ 매우 만족한다)
 2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 진로성숙도

진로성숙도는 7문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않은 편이다, 3=그런 편이다, 4=매우 그렇다)로 측정하였다. 분석 결과, 학생 청소년의 진로성숙도는 4점 만점에 평균 3.05점으로 확인되었으며, 초중학생이 고등학생보다 높은 것으로 나타났다($F(2, 5933)=6.760^{**}$).

표Ⅲ-49 진로성숙도: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

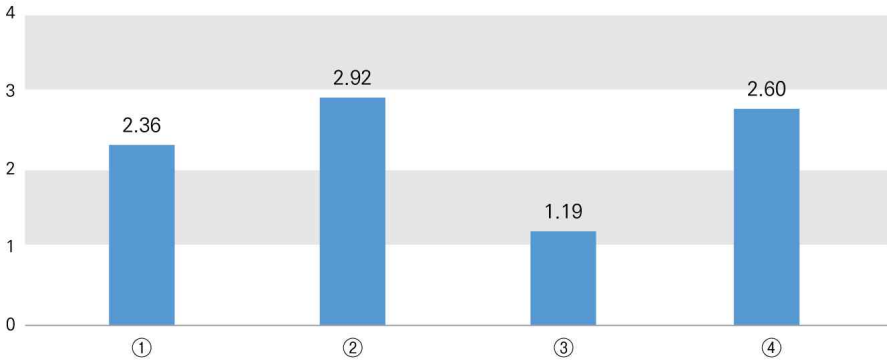
구분		사례수	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	3.05	.63	-
성별	남	3,077	3.05	.66	-1.054
	여	2,860	3.06	.59	
학교급	초a	1,997	3.08	.63	6.760** (a.c>b)
	중b	1,959	3.01	.63	
	고c	1,982	3.07	.62	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(4) 매체

청소년이 컴퓨터 및 스마트폰을 어떤 목적으로 얼마나 이용하는지 살펴보기 위해 다음과 같은 4가지 목적에 대한 사용 정도를 4점 리커트 척도(1점=전혀 사용하지 않는다, 2점=조금 사용하는 편이다, 3점=많이 사용하는 편이다, 4점=매우 많이 사용한다)로 측정하였다. 분석 결과, ‘게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용’이 평균 2.92점으로 가장 높게 나타났고, 이어서 ‘채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통’(평균 2.60점), ‘공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용’(평균 2.36점) 순으로 나타났다. 이어서 ‘도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용’은 평균 1.19점으로 가장 낮게 조사되었다. 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용을 제외하고 학생 청소년은 학습 목적보다 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 이용한 경우가 다소 많은 것으로 나타났다.



- * 주: 1) ① 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용(학교 수업 참여를 위한 이용은 제외), ② 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, ③ 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, ④ 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통
2) 4점 척도(① 전혀 사용하지 않는다, ② 조금 사용하는 편이다, ③ 많이 사용하는 편이다, ④ 매우 많이 사용한다)

그림 Ⅲ-74 컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년(단위: 점)

성별에 따라 살펴보면, 공부 및 학습($t=-3.596^{***}$, $df=5933.791$), 온라인 소통($t=-9.953^{***}$, $df=5934.895$)을 위한 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 사용하는 경우는 여학생이 남학생보다 많지만, 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용($t=14.310^{***}$, $df=5094.089$)을 위한 목적으로는 남학생이 여학생보다 더 많은 것으로 나타났다. 학교급별로 보면, 게임, 영화, 음악 등의 콘텐츠 이용[$\text{Welch's } F(2, 3953.081)=108.503^{***}$]이나 온라인 소통[$\text{Welch's } F(2, 3952.160)=362.926^{***}$]을 위한 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 사용하는 경우는 중·고등학생이 초등학생보다, 공부 및 학습[$\text{Welch's } F(2, 3951.689)=10.051^{***}$] 목적으로는 고등학생이 초·중학생보다, 그리고 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용[$\text{Welch's } F(2, 3880.261)=44.392^{***}$]은 학교급이 높을수록 많이 사용하는 것으로 확인되었다.

표Ⅲ-50 컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	①		②		③		④	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		5937	2.36	.85	2.92	.89	1.19	.54	2.60	1.01
성별	남	3077	2.32	.87	2.94	.91	1.28	.64	2.47	1.03
	여	2860	2.40	.82	2.90	.87	1.08	.38	2.73	.96
	t	-	-3.596***		1.471		14.310***		-9.953***	
학교급	초 ^a	1997	2.30	.83	2.68	.90	1.11	.45	2.12	.99
	중 ^b	1959	2.36	.87	3.03	.87	1.17	.53	2.82	.94
	고 ^c	1982	2.42	.85	3.06	.84	1.28	.62	2.85	.91
	F	-	10.051*** (c)a,b)		108.503*** (b,c)a)		44.392*** (c)b)a)		362.926*** (b,c)a)	

- * 주: 1) ① 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용(학교 수업 참여를 위한 이용은 제외), ② 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, ③ 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, ④ 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통
 2) 4점 척도(① 전혀 사용하지 않는다, ② 조금 사용하는 편이다, ③ 많이 사용하는 편이다, ④ 매우 많이 사용한다)
 3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(5) 인지 및 정서

① 부정적 신체인식

표Ⅲ-51 왜곡된 신체인지: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	정상인지	과소인지	과대인지
전체	5,937	62.1	19.6	18.3
성별	남	62.3	24.1	13.6
	여	61.9	14.7	23.4
학교급	초	62.4	20.0	17.7
	중	60.8	20.1	19.0
	고	63.1	18.5	18.3

- * 주: 왜곡된 신체인지는 2017 소아청소년 성장도표 해설집(질병관리본부, 2017)의 연령별 성별 체질량지수 도표를 참조해 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 마른 편: 매우 마른 편이다+약간 마른 편이다, ② 보통, ③ 찐 편: 약간 살이 찐 편이다+매우 살이 찐 편이다)과 조합하여 아래와 같이 ① 정상인지, ② 과소인지, ③ 과대인지로 분류함.

체중 \ 인지	마른 편	보통	찐 편
저체중	① 정상	③ 왜곡	③ 왜곡
정상	② 왜곡	① 정상	③ 왜곡
과체중, 비만	② 왜곡	② 왜곡	① 정상

부정적 신체인식은 왜곡된 신체인지와 외모 만족도를 통해 확인하였다. 우선, 왜곡된 신체인지는 체질량지수(BMI) 기준표를 활용하여 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 매우 마른 편이다, ② 약간 마른 편이다, ③ 보통이다, ④ 약간 살이 찐 편이다, ⑤매우 살이 찐 편이다)과 비교하여 ‘정상인지’, ‘과소인지’, ‘과대인지’로 분류하여 살펴보았다. 그 결과, 응답자의 62.1%는 자신의 체형을 정상적으로 인지하고 있었고, 19.6%는 실제보다 마른 편으로 평가하는 과소인지로, 18.3%는 찐 편으로 평가하는 과대인지로 나타났다. 이러한 결과는 성별에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 즉, 남학생은 여학생보다 자신의 체형에 대해 과소 인지한 응답 비율이 높았으며, 반대로 여학생은 남학생보다 과대 인지한 비율이 높은 것으로 확인되었다($\chi^2=144.230$, $df=2$, $p<.001$).

다음으로, 외모 만족도는 자신의 외모에 대해 전혀 만족하지 않는다(1점)부터 매우 만족한다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하여 살펴보았다. 그 결과, 학생 청소년의 외모 만족도는 평균 2.72점으로 나타났으며, 구체적으로 응답자의 2/3 정도(66.1%)가 외모에 대해 만족한다(만족하는 편이다+매우 만족한다)고 답했다. 일반적 특성에 따라 살펴보면, 남학생이 여학생보다($t=12.267^{***}$, $df=5875.610$), 학교급이 낮을수록 외모에 대한 만족도 수준이 높은 것으로 나타났다[$Welch's F(2, 3950.004)=111.891^{***}$].

표Ⅲ-52 외모 만족도: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	6.9	27.0	53.0	13.1	2.72	.77	-
성 별	남	3,077	5.1	22.3	56.0	2.84	.75	12.267***
	여	2,860	8.7	32.1	49.8	2.60	.78	
학 교 급	초 ^a	1,997	3.7	19.8	56.8	2.92	.73	111.891*** (a)b>c)
	중 ^b	1,959	8.3	29.1	51.5	2.65	.78	
	고 ^c	1,982	8.6	32.1	50.8	2.59	.76	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 만족하지 않는다, ② 만족하지 않는 편이다, ③ 만족하는 편이다, ④ 매우 만족한다)
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 자아존중감

자아존중감은 총 10문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않은 편이다, 3=그런 편이다, 4=매우 그렇다)로 측정하였다. 학생 청소년의 자아존중감을 분석한 결과 평균 3.04점으로 나타났다. 성별과 학교급에 따라 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 즉, 남학생이 여학생보다($t=7.109^{***}$, $df=5749.118$), 학교급이 낮을수록[$Welch's F(2, 3935.589)=115.090^{***}$] 상대적으로 높은 자아존중감 수준을 보고하였다.

표Ⅲ-53 자아존중감: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	3.04	.57	-
성별	남	3,077	3.09	.54	7.109***
	여	2,860	2.98	.60	
학교급	초 ^a	1,997	3.18	.52	115.090*** (a>b>c)
	중 ^b	1,959	3.00	.59	
	고 ^c	1,982	2.93	.58	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(6) 건강

① 수면 행태

표Ⅲ-54 수면시간(하루 평균): 학생 청소년

(단위: 명, 시간)

구분		사례수	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	7.25	1.92	-
성별	남	3,077	7.41	1.94	6.625***
	여	2,860	7.08	1.89	
학교급	초 ^a	1,997	8.41	1.75	906.283*** (a>b>c)
	중 ^b	1,959	7.19	1.67	
	고 ^c	1,982	6.14	1.63	

* 주: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

최근 7일 동안 학생 청소년의 하루 평균 수면시간을 살펴본 결과, 평균 7.25시간으로 나타났다. 일반적 특성에 따라 살펴보면, 남학생이 여학생보다 ($t=6.625^{***}$, $df=5935$), 학교급이 낮을수록 [$F(2, 5933)=906.283^{***}$] 수면시간이 더 긴 것으로 조사되었다.

이어서 수면시간이 피로회복에 충분하다고 생각하는지를 전혀 충분하지 않다(1점)부터 매우 충분하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 살펴보았다. 그 결과, 학생 청소년의 수면 충족 정도는 평균 2.67점이었으며, 충분하다(충분한 편이다+매우 충분하다)고 응답한 비율이 60.4%, 충분하지 않다(전혀 충분하지 않다+충분하지 않은 편이다)고 응답한 비율이 39.7%로 나타났다. 구체적으로 남학생이 여학생보다($t=6.302^{***}$, $df=5894.054$), 학교급이 낮을수록[$Welch's F(2, 3940.614)=374.619^{***}$] 수면 충족 정도를 높게 평가하였다.

표Ⅲ-55 주관적 수면 충족: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분		사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	9.7	30.0	44.1	16.3	2.67	.86	-
성별	남	3,077	8.1	28.8	44.5	18.7	2.74	.85	6.302***
	여	2,860	11.4	31.2	43.7	13.7	2.60	.86	
학교급	초 ^a	1,997	3.4	17.1	52.9	26.6	3.03	.76	374.619*** (a>b>c)
	중 ^b	1,959	9.7	32.0	43.3	15.0	2.64	.85	
	고 ^c	1,982	16.0	40.9	36.0	7.1	2.34	.83	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 충분하지 않다, ② 충분하지 않은 편이다, ③ 충분한 편이다, ④ 매우 충분하다)
 2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 신체 질환

학생 청소년 응답자 가운데 신체적인 질병이나 장애가 있다고 응답한 비율은 5.3%의 수준으로 나타났다. 성별에 따라서는 남학생(6.1%)이 여학생(4.3%)보다 ($\chi^2=9.371$, $df=1$, $p<.01$), 학교급에 따라서는 중학생(5.8%)과 고등학생(6.3%)이

초등학생(3.7%)과 비교해($\chi^2=15.552$, $df=2$, $p<.001$) 신체 질병 또는 장애가 있다고 응답한 비율이 다소 높게 나타났다.

표Ⅲ-56 신체적 질병이나 장애 유무: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	예	아니오
전체		5,937	5.3	94.7
성별	남	3,077	6.1	93.9
	여	2,860	4.3	95.7
학교급	초	1,997	3.7	96.3
	중	1,959	5.8	94.2
	고	1,982	6.3	93.7

③ 식습관

학생 청소년 가운데 평상시에 규칙적으로 식사를 한다고 응답한 비율은 72.1%였으며, 규칙적인 식사를 하지 않는다고 응답한 비율은 27.9%로 나타났다. 성별에 따라서는 남학생(75.0%)이 여학생(68.9%)보다($\chi^2=27.634^{***}$, $df=1$, $p<.001$), 학교급에 따라서는 초등학생(78.3%), 중학생(70.1%), 고등학생(67.7%) 순으로($\chi^2=61.139^{***}$, $df=2$, $p<.001$) 규칙적인 식사를 한다고 보고한 비율이 높게 나타났다.

아울러 균형 잡힌 식단으로 식사를 하고 있는지를 살펴본 결과에서도 유사한 응답 패턴을 보였다. 즉, 학생 청소년의 73.6%가 균형 잡힌 식사를 하고 있다고 보고하였으며, 남학생(75.9%)이 여학생(71.2%)보다($\chi^2=17.083$, $df=1$, $p<.001$), 초등학생, 중학생, 고등학생의 순으로($\chi^2=57.340$, $df=2$, $p<.001$) 균형 잡힌 식사를 한다고 응답한 비율이 높게 나타났다. 종합하면, 학생 청소년 10명 중 3명 정도는 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는 것으로 나타났으며, 이러한 경향은 학년이 올라갈수록, 여학생이 남학생보다 더 많은 것을 확인할 수 있다.

표Ⅲ-57 규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	규칙적인 식사		균형 잡힌 식사	
			예	아니오	예	아니오
전체		5,937	72.1	27.9	73.6	26.4
성별	남	3,077	75.0	25.0	75.9	24.1
	여	2,860	68.9	31.1	71.2	28.8
학교급	초	1,997	78.3	21.7	79.3	20.7
	중	1,959	70.1	29.9	72.5	27.5
	고	1,982	67.7	32.3	69.0	31.0

④ 주관적 건강 상태

표Ⅲ-58 주관적 건강 상태: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	4.0	13.3	57.5	25.2	3.04	.74	-
성별	남	3,077	4.6	13.1	54.8	27.6	3.05	.77
	여	2,860	3.3	13.6	60.4	22.7	3.02	.70
학교급	초 ^a	1,997	3.3	6.5	56.8	33.5	3.20	.70
	중 ^b	1,959	4.8	15.2	55.1	24.9	3.00	.77
	고 ^c	1,982	3.8	18.4	60.6	17.2	2.91	.71

* 주: 1) 4점 척도(① 매우 건강하지 않다, ② 건강하지 않은 편이다, ③ 건강한 편이다, ④ 매우 건강하다)

2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

주관적 건강 상태를 살펴보기 위해 평상시 건강 상태에 관한 생각을 매우 건강하지 않다(1점)부터 매우 건강하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과, 자신의 건강 상태에 대한 평가는 3점(건강한 편이다)을 상회하는 평균 3.04점으로 나타났으며, 구체적으로 건강하다(건강한 편이다+매우 건강하다)고 응답한 비율이 82.7%였고, 건강하지 않다(매우 건강하지 않다+건강하지 않은

편이다)고 응답한 비율이 17.3%로 확인되었다. 그리고 학교급이 낮을수록 자신의 건강 상태를 긍정적으로 평가하는 경향이 높은 것으로 나타났다[*Welch's F*(2, 3944.816)=90.406***].

⑤ 신체활동

학생 청소년은 최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동을 평균 1.72일 한 것으로 나타났다. 구체적으로, 응답자의 45.4%는 그러한 정도의 활동을 한 날이 없다고 응답하였고, 이어서 2일이 12.8%, 3일이 12.4%, 1일이 10.3% 등의 순으로 높게 나타났다. 성별에 따라서는 남학생이 여학생보다 신체활동을 한 날이 더 많은 것으로 나타났다(*t*=8.432***, *df*=5883.338), 학교급에 따라서는 초중학생이 고등학생에 비해 다소 많은 것으로 확인되었다 [*Welch's F*(2, 3952.114)=3.171*].

표Ⅲ-59 신체활동: 학생 청소년

(단위: 명, %, 일)

구분	사례수	0일	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	45.4	10.3	12.8	12.4	6.9	5.8	1.9	4.5	1.72	2.05	-
성 별	남	3,077	43.4	8.8	12.0	12.3	7.9	7.1	2.4	6.1	1.94	8.432***
	여	2,860	47.6	12.0	13.6	12.4	5.8	4.4	1.4	2.8	1.49	
학 교 급	초 ^a	1,997	47.2	7.9	11.2	11.6	8.0	7.1	2.2	4.7	1.79	3.171* (a>c)
	중 ^b	1,959	44.8	9.9	13.0	13.2	7.2	5.5	1.8	4.7	1.75	
	고 ^c	1,982	44.3	13.2	14.1	12.3	5.5	4.7	1.7	4.1	1.63	

* 주: 1) 7점 척도(① 0일, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 6일, ⑧ 7일)

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

(7) 비행과 폭력

① 비행 경험

최근 1년 동안 흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박의 7가지 비행 행동을 경험한 적이 있었는지에 대해 질문하였다. 그 결과, 제시된 7가지 비행 유형 중 한 가지의 비행도 경험한 적이 없는 학생 청소년의 비율은 94.0%였으며, 한 가지 이상의 비행 경험이 있는 경우는 6.0%로 나타났다. 구체적으로 비행 경험에 대해 살펴보면, 음주(3.0%)와 흡연(2.3%) 경험이 상대적으로 많았고, 그다음으로 무단결석(1.4%), 가출(1.0%), 도박(.8%), 패싸움(.4%)과 절도(.4%)의 순으로 경험이 많은 것으로 나타났다.

표Ⅲ-60 비행 경험: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		전체	경험 없음	경험 있음
흡연	빈도	5,937	5,801	136
	비율	100.0	97.7	2.3
음주	빈도	5,937	5,756	181
	비율	100.0	97.0	3.0
무단결석	빈도	5,937	5,852	85
	비율	100.0	98.6	1.4
가출	빈도	5,937	5,880	57
	비율	100.0	99.0	1.0
패싸움	빈도	5,937	5,912	25
	비율	100.0	99.6	.4
절도	빈도	5,937	5,911	26
	비율	100.0	99.6	.4
도박	빈도	5,937	5,892	45
	비율	100.0	99.2	.8
비행 경험 ¹⁾	빈도	5,937	5,579	358
	비율	100.0	94.0	6.0

* 주: 1) 제시된 7가지 비행 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

② 폭력 가해 및 피해 경험

최근 1년 동안 온·오프라인에서 7가지 폭력(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱)에 대한 가·피해 경험이 있는지를 살펴보았다. 먼저, 한 가지의 가해 경험도 없는 학생 청소년의 비율은 96.0%였으며, 한 가지 이상의 가해 경험이 있는 경우는 4.0%로 확인되었다. 구체적인 가해 경험을 살펴보면, 욕설(2.9%), 조롱(1.3%) 등 언어폭력이 상대적으로 빈번했던 것으로 나타났다. 이 외 폭행(.4%), 따돌림(.3%), 협박(.3%), 성폭력/성희롱(.3%), 금품갈취 (.2%)의 제시된 폭력 유형에 대한 가해 경험이 모두 보고되었다. 다음으로 한 가지의 폭력 피해 경험도 없는 학생 청소년의 비율은 94.2%였으며, 나머지 5.8%는 한 가지 이상의 폭력을 경험한 것으로 나타났다. 피해 유형은 가해 유형과 유사하게 욕설(3.9%), 조롱(1.8%)이 높게 나타났고, 이어서 따돌림(.9%), 폭행(.6%)과 협박(.6%), 성폭행/성희롱(.5%), 금품갈취(.3%) 순으로 나타났으며, 모든 유형의 응답 비율이 가해 경험의 응답 비율보다 높은 경향을 보였다.

표Ⅲ-61 폭력 가해 및 피해 경험: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		전체	가해 경험		피해 경험	
			없음	있음	없음	있음
조롱	빈도	5,937	5,860	77	5,828	109
	비율	100.0	98.7	1.3	98.2	1.8
따돌림	빈도	5,937	5,921	16	5,885	52
	비율	100.0	99.7	.3	99.1	.9
폭행	빈도	5,937	5,914	23	5,901	36
	비율	100.0	99.6	.4	99.4	.6
협박	빈도	5,937	5,916	21	5,902	35
	비율	100.0	99.7	.3	99.4	.6
금품갈취	빈도	5,937	5,926	11	5,922	15
	비율	100.0	99.8	.2	99.7	.3

구분		전체	가해 경험		피해 경험	
			없음	있음	없음	있음
육설	빈도	5,937	5,765	172	5,706	231
	비율	100.0	97.1	2.9	96.1	3.9
성폭행/성희롱	빈도	5,937	5,922	15	5,905	32
	비율	100.0	99.7	.3	99.5	.5
폭력 가해/피해 경험 ¹⁾	빈도	5,937	5,697	240	5,594	343
	비율	100.0	96.0	4.0	94.2	5.8

* 주: 1) 제시된 7가지 폭력 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

(8) 소결

지금까지 학생 청소년의 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태를 살펴보았으며, 이에 대한 주요 결과를 요약정리하면 다음과 같다. 먼저, 부모의 긍정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 4점 척도를 기준으로 평균 3점(그런 편이다)을 상회하였고, 부정적 양육 태도는 평균 2점(그렇지 않은 편이다)에 미치지 않는 것으로 확인되었다. 그리고 학생 청소년의 방임 및 학대에 대한 평가는 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑도는 것으로 나타났지만, 적지 않은 청소년이 부모의 방임과 학대를 경험하고 있음을 짐작할 수 있다.

학교 적응과 관련하여 살펴보면, 학교생활, 친구 관계, 학교 수업에 대해서는 평균 3점 이상(4점 만점)의 비교적 긍정적인 평가를 했으며, 교사 관계의 경우는 3점을 밑도는 평균 2.96점으로 나타나 교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류에 대해 상대적으로 낮게 평가하고 있음을 알 수 있다. 또한 컴퓨터 및 스마트폰의 사용형태를 살펴보면, 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용을 제외하고 학생 청소년은 학습 목적보다 비학습 목적으로 이용하는 경우가 다소 많은 것으로 나타났으며, 대체로 중고등학생이 초등학생보다 이용량이 많은 것으로 보고되었다. 왜곡된 신체인지에 관한 결과를 보면, 응답자의 19.6%는 실제보다 마른 편으로 평가하는

과소인지로, 18.3%는 썬 편으로 평가하는 과대인지로 나타났다. 특히, 남학생이 여학생보다 과소 인지한 응답 비율이 높았으며, 반대로 여학생은 남학생보다 과대 인지한 응답 비율이 높았다.

다음으로, 수면 형태, 식습관, 주관적 건강 상태, 신체활동에 대해 살펴보았다. 즉, 학생 청소년의 하루 평균 수면시간은 7.25시간으로 나타났고, 수면 충족 정도는 4점 척도를 기준으로 평균 3점(충분한 편이다)에 미치지 못하는 것으로 확인되었다. 그리고 학생 청소년 10명 중 3명 정도는 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는 것으로 조사되었으며, 이러한 경향은 학년이 올라갈수록, 여학생이 남학생보다 더 많은 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태는 4점 척도를 기준으로 평균 3점(건강한 편이다)을 상회했고, 최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동은 평균 1.72일 한 것으로 확인되었다. 마지막으로, 7가지의 비행(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 및 폭력(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱) 유형 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있는 경우는 6.0%, 폭력 가해 및 피해 경험은 각각 4.0%, 5.8%로 비교적 높게 나타났다.

표Ⅲ-62 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과: 학생 청소년

구분		조사내용	전체	성별	학교급	비고
관계 /지지	부모 양육 태도	따스함	3.44점	여>남	초>중>고	평균(4점 척도)
		거부	1.54점	남>여	중>초,고	평균(4점 척도)
		자율지지	3.42점	여>남	초>중,고	평균(4점 척도)
		강요	1.90점	남>여	초,중>고	평균(4점 척도)
		구조제공	3.07점	-	초>중>고	평균(4점 척도)
		비일관성	1.78점	-	중>초,고	평균(4점 척도)
	부모 방임 및 학대	방임	1.70점	남>여	고>중>초	평균(4점 척도)
		학대	1.42점	남>여	중>초,고	평균(4점 척도)
	가족관계	가족관계 질	3.43점	여>남	초>중>고	평균(4점 척도)
	사회 지지	지역사회 지원	3.04점	남>여	초>중>고	평균(4점 척도)

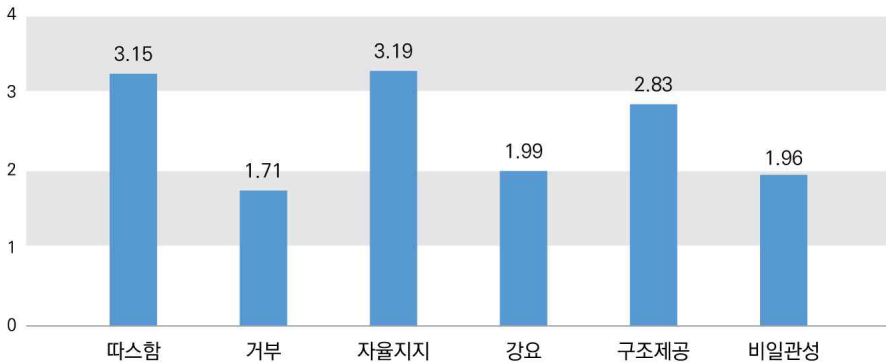
구분		조사내용	전체	성별	학교급	비고
적응	학교 적응	학교 수업	3.10점	여>남	초>중>고	평균(4점 척도)
		교사 관계	2.96점	남>여	초>중,고	평균(4점 척도)
		친구 관계	3.36점	-	초,중>고	평균(4점 척도)
		학교생활	3.37점	여>남	-	평균(4점 척도)
진로	학업성취도	학업 성적 수준	3.22점	남>여	초>중>고	평균(5점 척도)
		학업 성적 만족도	2.57점	남>여	초>중>고	평균(4점 척도)
	진로 문제	진로성숙도	3.05점	-	초,고>중	평균(4점 척도)
매체	컴퓨터/ 스마트폰 사용 태도	공부/학습 관련 이용	2.36점	여>남	고>초,중	평균(4점 척도)
		공부/학습 목적 이외 콘텐츠 이용	2.92점	-	중,고>초	평균(4점 척도)
		청소년 이용 불가 콘텐츠 이용	1.19점	남>여	고>중>초	평균(4점 척도)
		온라인 소통	2.60점	여>남	중,고>초	평균(4점 척도)
인지 /정서	부정적 신체인식	왜곡된 신체인지(③ 과대인지)	18.3%	-	-	비율(3가지 구분)
		외모 만족도	2.72점	남>여	초>중>고	평균(4점 척도)
	자아존중감	자아존중감	3.04점	남>여	초>중>고	평균(4점 척도)
건강	수면 태도	수면시간	7.25시간	남>여	초>중>고	시간(하루 평균)
		주관적 수면 충족	2.67점	남>여	초>중>고	평균(4점 척도)
	신체 질환	신체적 질병/장애 유무(① 예)	5.3%	-	-	비율(2가지 보기)
	식습관	규칙적인 식사 여부(① 예)	72.1%	-	-	비율(2가지 보기)
		균형 잡힌 식사 여부(① 예)	73.6%	-	-	비율(2가지 보기)
	주관적 건강 상태	주관적 건강 상태	3.04점	-	초>중>고	평균(4점 척도)
	신체활동	신체활동	1.72일	남>여	초>고	평균(7점 척도)
비행	비행 경험	비행 경험(=있음)	6.0%	-	-	비율(7가지 비행)
	폭력 가해 경험	폭력 가해 경험(=있음)	4.0%	-	-	비율(7가지 폭력)
	폭력 피해 경험	폭력 피해 경험(=있음)	5.8%	-	-	비율(7가지 폭력)

* 주: 성별, 학교급 결과는 t/F검증에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 경우만 제시함.

2) 학교 밖 청소년

(1) 관계 및 지지

① 부모 양육 태도



* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-75 부모 양육 태도: 학교 밖 청소년(단위: 점)

부모의 양육 태도는 파스함, 거부, 자율지지, 강요, 구조제공, 비일관성의 6개 요인으로 구성되어 있다. 이 중 파스함, 자율지지, 구조제공 요인은 점수가 높을수록 양육 태도가 긍정적임을 의미하고, 거부, 강요, 비일관성 요인은 점수가 높을수록 부모의 양육 태도가 부정적임을 의미한다. 6개 요인은 모두 4문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 척도로 측정하였다. 학교 밖 청소년의 응답을 분석한 결과, 자율지지는 평균 3.19점, 파스함은 평균 3.15점, 구조제공은 평균 2.83점으로, 그리고 강요는 평균 1.99점, 비일관성은 평균 1.96점, 거부는 평균 1.71점으로 나타났다. 즉, 긍정적 양육 태도인 자율지지와 파스함은 평균 3점(그런 편이다)을 상회하는 것으로 나타났지만, 구조제공은 3점을 밑돌며 상대적으로 낮게 평가되었다. 그리고

부정적 양육 태도는 평균 2점(그렇지 않은 편이다)에 미치지 않는 것으로 확인되었다.

보다 구체적으로 성별에 따른 차이를 살펴본 결과, 부정적 양육 태도인 비밀관성에서만 통계적인 차이가 나타났으며, 여자 청소년이 남자 청소년보다 상대적으로 높은 인식 수준을 보였다($t=-2.091^*$, $df=750$). 연령대를 구분하여 살펴본 결과에서는 파스함($t=3.263^{**}$, $df=750$)과 자율지지($t=2.872^{**}$, $df=750$), 구조제공($t=3.211^{**}$, $df=750$)에서 통계적인 차이가 발견되었다. 즉, 부모의 긍정적 양육 태도(파스함, 자율지지, 구조제공)에 대한 인식 수준은 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다 높은 것으로 나타났다.

표Ⅲ-63 부모 양육 태도: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	파스함		거부		자율지지		강요		구조제공		비밀관성	
			평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전체		752	3.15	.80	1.71	.73	3.19	.78	1.99	.77	2.83	.80	1.96	.78
성 별	남	266	3.11	.79	1.65	.72	3.18	.77	2.01	.75	2.84	.79	1.88	.76
	여	486	3.18	.81	1.74	.74	3.20	.79	1.98	.78	2.82	.81	2.01	.79
	t	-	-1.208		-1.676		-.358		.523		.287		-2.091*	
연 령 대	초중	105	3.39	.71	1.61	.67	3.39	.65	1.97	.76	3.06	.73	1.88	.75
	고	647	3.12	.81	1.72	.74	3.16	.80	1.99	.77	2.79	.81	1.98	.79
	t	-	3.263**		-1.436		2.872**		-.214		3.211**		-1.125	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)
 3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 부모 방임 및 학대

부모의 방임 및 학대는 각각 4문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과,

학교 밖 청소년이 인식한 부모의 방임(평균 1.96점) 및 학대(평균 1.54점)는 평균 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑돌았지만, 방임과 학대를 경험하고 있는 학교 밖 청소년도 적지 않음을 확인할 수 있다. 그리고 부모의 방임에 대한 인식은 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 구체적으로 고등학생 연령대의 청소년이 초중학생 연령대의 청소년보다 상대적으로 높게 인식하는 것으로 나타났다($t=-3.452^{**}$, $df=750$).

표Ⅲ-64 부모 방임 및 학대: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	방임			학대		
			평균	표준편차	t	평균	표준편차	t
전체		752	1.96	.73	-	1.54	.67	-
성별	남	266	1.97	.74	.408	1.48	.62	-1.837
	여	486	1.95	.73		1.58	.69	
연령대	초중	105	1.73	.71	-3.452**	1.50	.68	-.611
	고	647	1.99	.73		1.55	.67	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)
 3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

③ 가족관계

가족관계의 질은 5문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 분석 결과, 학교 밖 청소년은 가족 구성원 간 유대감이나 친밀한 정도에 대해 평균 3점(그런 편이다)을 상회하는 3.05점으로 평가하였다. 일반적 특성에 따라 살펴보면, 연령대에 따른 통계적 유의성이 검증되었다. 즉, 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다 가족관계에 대해 더욱 긍정적으로 인식하였다($t=3.268^{**}$, $df=750$).

표Ⅲ-65 가족관계 질: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	평균	표준편차	t
전체		752	3.05	.82	-
성별	남	266	3.07	.81	.458
	여	486	3.04	.82	
연령대	초중	105	3.29	.71	3.268**
	고	647	3.01	.83	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

④ 사회 지지

지역사회의 돌봄이나 지원 정도를 나타내는 지역사회 지원은 3문항으로 구성되어 있으며, 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하여 살펴보았다. 분석 결과, 학교 밖 청소년은 3점(그런 편이다)을 밑도는 평균 2.64점의 수준으로 지역사회 지원 정도를 평가하였으며, 이러한 인식 수준은 성별과 연령대에 상관없이 유사하게 나타났다.

표Ⅲ-66 지역사회 지원: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	평균	표준편차	t
전체		752	2.64	.94	-
성별	남	266	2.72	.93	1.600
	여	486	2.60	.95	
연령대	초중	105	2.69	.94	.492
	고	647	2.64	.95	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(2) 적응

표Ⅲ-67 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	학교 수업		교사 관계		친구 관계		학교생활	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		752	2.88	.88	2.61	1.01	2.83	1.01	2.92	.83
성별	남	266	2.87	.87	2.69	.98	2.92	.99	2.85	.84
	여	486	2.89	.89	2.57	1.02	2.78	1.01	2.96	.82
	t	-	-.332		1.513		1.839		-1.717	
연령대	초중	105	3.10	.80	2.72	.97	2.96	.91	3.16	.76
	고	647	2.85	.89	2.59	1.01	2.81	1.02	2.88	.83
	t	-	2.992**		1.195		1.579		3.243**	

* 주: 1) 학교를 그만둘 당시 학교생활을 기준으로 응답

2) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

3) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

4) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

학교 밖 청소년이 학교를 그만둘 당시 학교생활을 기준으로 학교 수업과 교사 관계, 친구 관계, 학교생활의 4가지 영역을 조사하였다. 부연하면, 학교 수업은 ‘학업에 대한 유능감을 가진 정도’, 교사 관계는 ‘교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류를 하는 정도’, 친구 관계는 ‘친구와 긍정적인 교류를 하고 도움을 주고받는 정도’, 마지막으로 학교생활은 ‘학교시설과 물건을 아끼고 규칙을 잘 지키려고 하는 정도’를 의미한다(최인재 외, 2010). 모든 영역은 3문항씩 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 분석 결과, 4가지 항목 모두 평균 3점(그런 편이다) 미만으로 나타났으며, 학교생활이 평균 2.92점, 학교 수업이 평균 2.88점, 친구 관계가 평균 2.83점, 교사 관계가 평균 2.61점 순으로 확인되었다. 보다 구체적으로 성별과 연령대에 따른 차이를 살펴보았으며, 연령대에서 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 즉, 학교 수업($t=2.992^{**}$,

df=149.603)과 학교생활(t=3.243**, df=750)에 있어서 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다 긍정적으로 생각하는 경향이 높게 나타났다.

(3) 진로

진로성숙도는 7문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과, 학교 밖 청소년의 진로성숙도는 평균 2.97로 분석되었으며, 성별 및 연령대와 관계없이 유사한 수준으로 나타났다.

표Ⅲ-68 진로성숙도: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

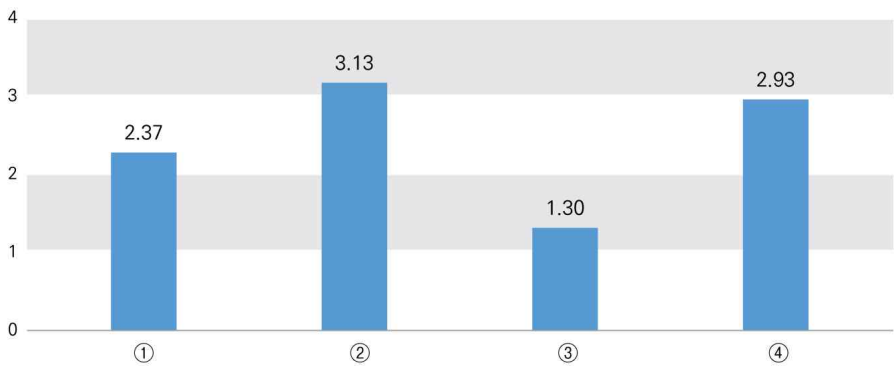
구분		사례수	평균	표준편차	t
전체		752	2.97	.65	-
성별	남	266	2.98	.70	.220
	여	486	2.97	.62	
연령대	초중	105	2.96	.63	-.246
	고	647	2.97	.65	

* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)
 3) *p<.05, **p<.01, ***p<.001

(4) 매체

청소년이 컴퓨터 및 스마트폰을 어떤 목적으로 얼마나 이용하는지 살펴보기 위해 다음과 같은 4가지 목적에 대한 사용 정도를 4점 리커트 척도(1점=전혀 사용하지 않는다, 2점=조금 사용하는 편이다, 3점=많이 사용하는 편이다, 4점=

매우 많이 사용한다)로 측정하였다. 분석 결과, ‘게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용’이 평균 3.13점으로 가장 높게 나타났고, 이어서 ‘채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통’(평균 2.93점), ‘공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용’(평균 2.37점) 순으로 조사되었다. 다음으로 ‘도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용’은 평균 1.30점으로 가장 낮게 나타났다. 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용을 제외하고 학교 밖 청소년은 학습 목적보다 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 이용한 경우가 더 많은 것으로 나타났다.



* 주: ① 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용(학교 수업 참여를 위한 이용은 제외), ② 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, ③ 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, ④ 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통

그림Ⅲ-76 컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학교 밖 청소년(단위: 점)

성별에 따라 살펴보면, 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용($t=5.145^{***}$, $df=410.474$)을 위해 컴퓨터나 스마트폰을 사용하는 경우는 남자 청소년이 여자 청소년보다 많았고, 온라인 소통($t=-4.040^{***}$, $df=526.676$)을 위한 목적으로는 여자 청소년이 남자 청소년보다 더 많은 것으로 확인되었다. 연령대별로 보면, 게임, 영화, 음악 등의 콘텐츠 이용($t=-3.054^{**}$, $df=750$)과 온라인 소통($t=-3.304^{**}$, $df=133.690$)을 위한 사용은 고등학생 연령대의 청소년이 초중학생 연령대의 청소년보다 많은 것으로 나타났다.

표Ⅲ-69 컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		사례수	①		②		③		④	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		752	2.37	.98	3.13	.88	1.30	.66	2.93	.97
성 별	남	266	2.40	1.04	3.07	.93	1.48	.79	2.73	.99
	여	486	2.36	.96	3.16	.85	1.20	.56	3.03	.95
	t	-	.602		-1.384		5.145***		-4.040***	
연 령 대	초중	105	2.54	.89	2.89	.94	1.22	.59	2.62	1.04
	고	647	2.34	1.00	3.17	.86	1.31	.67	2.98	.95
	t	-	1.917		-3.054**		-1.474		-3.304**	

* 주: 1) ① 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용(학교 수업 참여를 위한 이용은 제외), ② 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, ③ 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, ④ 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통

2) 4점 척도(① 전혀 사용하지 않는다, ② 조금 사용하는 편이다, ③ 많이 사용하는 편이다, ④ 매우 많이 사용한다)

3) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(5) 인지 및 정서

① 부정적 신체인식

부정적 신체인식은 왜곡된 신체인지와 외모 만족도를 통해 확인하였다. 우선, 왜곡된 신체인지는 체질량지수(BMI) 기준표를 활용하여 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 매우 마른 편이다, ② 약간 마른 편이다, ③ 보통이다, ④ 약간 살이 찐 편이다, ⑤ 매우 살이 찐 편이다)과 비교하여 ‘정상인지’, ‘과소인지’, ‘과대인지’로 분류하여 살펴보았다. 그 결과, 학교 밖 청소년 응답자의 2/3 정도에 해당하는 65.8%가 자신의 체형을 정상적으로 인지하고 있었고, 19.4%는 실제보다 찐 편으로 평가하는 과대인지로, 14.8%는 실제보다 마른

편으로 평가하는 과소인지로 확인되었다. 특히, 성별에 따라 자신의 체형을 다르게 인지하는 것으로 분석되었다. 즉, 남자 청소년은 여자 청소년과 비교해 자신의 체형을 과소 인지한 응답 비율이, 여자 청소년은 남자 청소년과 비교해 자신의 체형을 과대 인지한 비율이 높게 나타났다($\chi^2=50.760$, $df=2$, $p<.001$).

표Ⅲ-70 왜곡된 신체인지: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	정상인지	과소인지	과대인지
전체		752	65.8	14.8	19.4
성별	남	266	66.9	24.4	8.6
	여	486	65.2	9.5	25.3
연령대	초중	105	60.0	18.1	21.9
	고	647	66.8	14.2	19.0

* 주: 왜곡된 신체인지는 2017 소아청소년 성장도표 해설집(질병관리본부, 2017)의 연령별 성별 체질량지수 도표를 참조해 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 마른 편: 매우 마른 편이다+약간 마른 편이다, ② 보통, ③ 찐 편: 약간 살이 찐 편이다+매우 살이 찐 편이다)과 조합하여 아래와 같이 ① 정상인지, ② 과소인지, ③ 과대인지로 분류함.

인지		마른 편	보통	찐 편
체중	저체중	① 정상	③ 왜곡	③ 왜곡
	정상	② 왜곡	① 정상	③ 왜곡
	과체중, 비만	② 왜곡	② 왜곡	① 정상

다음으로, 외모 만족도는 자신의 외모에 대해 전혀 만족하지 않는다(1점)부터 매우 만족한다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하여 살펴보았다. 그 결과, 학교 밖 청소년의 외모 만족도는 평균 2.49점으로 나타났으며, 만족한다(만족하는 편이다+매우 만족한다)는 응답 비율이 53.2%, 만족하지 않는다(전혀 만족하지 않는다+만족하지 않는 편이다)는 응답 비율이 46.8%로 확인되었다. 구체적으로 성별과 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났으며, 남자 청소년이 여자 청소년 보다($t=5.033^{***}$, $df=750$), 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다 ($t=3.418^{**}$, $df=750$) 자신의 외모를 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다.

표Ⅲ-71 외모 만족도: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t
전체	752	13.4	33.4	43.6	9.6	2.49	.84	-
성별	남	266	9.8	26.7	47.4	16.2	2.70	5.033***
	여	486	15.4	37.0	41.6	6.0	2.38	
연령대	초중	105	11.4	21.0	48.6	19.0	2.75	3.418**
	고	647	13.8	35.4	42.8	8.0	2.45	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 만족하지 않는다, ② 만족하지 않는 편이다, ③ 만족하는 편이다, ④ 매우 만족한다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 자아존중감

자아존중감은 총 10문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않은 편이다, 3=그런 편이다, 4=매우 그렇다)로 측정하였다. 학교 밖 청소년의 자아존중감 수준은 평균 2.73점으로 나타났으며, 성별과 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 즉, 남자 청소년이 여자 청소년보다($t=4.053^{***}$, $df=626.041$), 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다($t=2.525^*$, $df=750$) 자아존중감 수준이 높게 나타났다.

표Ⅲ-72 자아존중감: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분	사례수	평균	표준편차	t
전체	752	2.73	.69	-
성별	남	266	2.86	4.053***
	여	486	2.66	
연령대	초중	105	2.89	2.525*
	고	647	2.70	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(6) 건강

① 수면 행태

최근 7일 동안 학교 밖 청소년의 하루 평균 수면시간을 살펴본 결과, 7.57시간으로 나타났으며, 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 확인되었다. 즉, 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다 상대적으로 수면시간이 많은 것으로 확인되었다($t=4.150^{***}$, $df=160.304$).

표Ⅲ-73 수면시간(하루 평균): 학교 밖 청소년

(단위: 명, 시간)

구분		사례수	평균	표준편차	t
전체		752	7.57	1.94	-
성별	남	266	7.51	1.68	-.668
	여	486	7.60	2.07	
연령대	초중	105	8.19	1.60	4.150***
	고	647	7.47	1.98	

* 주: 1) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

이어서 수면시간이 피로회복을 하는 데 충분하다고 생각하는지를 전혀 충분하지 않다(1점)부터 매우 충분하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 살펴보았다. 그 결과, 학교 밖 청소년의 수면 충족 정도는 평균 2.59점으로 나타났으며, 충분하다(충분한 편이다+매우 충분하다)고 응답한 청소년이 55.8%, 충분하지 않다(전혀 충분하지 않다+충분하지 않은 편이다)고 응답한 청소년이 44.2%로 확인되었다. 구체적으로 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다 상대적으로 수면 충족 정도를 높게 평가하였다($t=4.151^{***}$, $df=145.818$).

표Ⅲ-74 주관적 수면 충족: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t
전체	752	13.6	30.6	39.2	16.6	2.59	.92	-
성별	남	266	12.0	28.2	42.1	17.7	2.65	1.435
	여	486	14.4	31.9	37.7	16.0	2.55	
연령대	초중	105	4.8	26.7	41.0	27.6	2.91	4.151***
	고	647	15.0	31.2	38.9	14.8	2.54	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 충분하지 않다, ② 충분하지 않은 편이다, ③ 충분한 편이다, ④ 매우 충분하다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 신체 질환

학교 밖 청소년 응답자 가운데 신체적인 질병이나 장애가 있다고 응답한 비율은 12.0%, 없다고 응답한 비율은 88.0%로 나타났다. 즉, 학교 밖 청소년 10명 중 한 명 이상이 건강상의 문제를 경험하고 있는 것으로 확인되었다.

표Ⅲ-75 신체적 질병이나 장애 유무: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	예	아니오
전체	752	12.0	88.0
성별	남	9.4	90.6
	여	13.4	86.6
연령대	초중	7.6	92.4
	고	12.7	87.3

* 주: 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

③ 식습관

학교 밖 청소년의 평상시 규칙적인 식사 여부를 살펴본 결과, 응답자의 48.0%는 규칙적인 식사를 하고 있으나, 52.0%는 그렇지 않은 것으로 나타났다. 이러한 응답은 성별과 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 남자 청소년이 여자 청소년보다($\chi^2=4.126$, $df=1$, $p<.05$), 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다($\chi^2=26.826$, $df=1$, $p<.001$) 규칙적인 식사를 한다고 응답한 비율이 높게 나타났다.

이어서 균형 잡힌 식단으로 식사를 하고 있는지 살펴보았으며, 규칙적인 식사 여부와 유사한 결과를 보였다. 즉, 학교 밖 청소년의 48.1%는 균형 잡힌 식사를 하고 있으나, 51.9%는 그렇지 않은 것으로 조사되었다. 한편, 연령대별로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다 균형 잡힌 식사를 한다고 응답한 비율이 상대적으로 높게 나타났다($\chi^2=16.782$, $df=1$, $p<.001$). 종합하면, 학교 밖 청소년 10명 중 5명 정도는 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는 것으로 나타났으며, 특히 고등학생 연령대의 청소년이 초중학생 연령대보다 더 그러한 것으로 확인되었다.

표Ⅲ-76 규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	규칙적인 식사		균형 잡힌 식사	
			예	아니오	예	아니오
전체		752	48.0	52.0	48.1	51.9
성별	남	266	53.0	47.0	51.5	48.5
	여	486	45.3	54.7	46.3	53.7
연령대	초중	105	71.4	28.6	66.7	33.3
	고	647	44.2	55.8	45.1	54.9

* 주: 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

④ 주관적 건강 상태

주관적 건강 상태를 살펴보기 위해 평상시 자신의 건강 상태에 관한 생각을 매우 건강하지 않다(1점)부터 매우 건강하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과, 자신의 건강 상태에 대한 평가는 3점(건강한 편이다)을 밀도는 평균 2.70점으로 나타났으며, 구체적으로 응답자의 2/3 정도(64.2%)는 건강하다(건강한 편이다+매우 건강하다)고 응답하였고, 나머지 1/3은 건강하지 않다(35.8%)고 답하였다. 이러한 주관적 건강 상태는 성별과 연령대에 따라 통계적 차이가 발견되었으며, 남자 청소년이 여자 청소년보다($t=4.230^{***}$, $df=750$), 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대의 청소년보다($t=2.792^{**}$, $df=750$) 자신의 건강 상태를 더 긍정적으로 평가하였다.

표Ⅲ-77 주관적 건강 상태: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체	752	6.0	29.8	52.0	12.2	2.70	.76	-
성별	남	266	6.0	21.4	53.0	19.5	2.86	4.230***
	여	486	6.0	34.4	51.4	8.2	2.62	
연령대	초중	105	4.8	21.9	52.4	21.0	2.90	2.792**
	고	647	6.2	31.1	51.9	10.8	2.67	

* 주: 1) 4점 척도(① 매우 건강하지 않다, ② 건강하지 않은 편이다, ③ 건강한 편이다, ④ 매우 건강하다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

⑤ 신체활동

학교 밖 청소년이 최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동을 얼마나 했는지 살펴본 결과, 평균 1.69일로 나타났다. 구체적으로, 그러한 정도의 신체활동을 하루도 하지 않았다고 응답한 비율이 45.6%로 가장

많았고, 이어서 2일이 13.2%, 1일이 11.6%, 3일이 10.8% 등의 순으로 높게 나타났다. 성별에 따라서는 남자 청소년이 여자 청소년보다($t=2.774^{**}$, $df=485.296$), 연령대에 따라서는 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다($t=2.163^{*}$, $df=750$) 신체활동을 한 날이 상대적으로 많은 것으로 확인되었다.

표Ⅲ-78 신체활동: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 일)												
구분	사례수	0일	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	평균	표준편차	t/F
전체	752	45.6	11.6	13.2	10.8	6.4	6.0	1.9	4.7	1.69	2.05	-
성별	남	266	42.1	9.0	13.9	10.9	7.1	7.5	3.0	6.4	1.98	2.22
	여	486	47.5	13.0	12.8	10.7	6.0	5.1	1.2	3.7	1.53	1.94
연령대	초중	105	35.2	13.3	13.3	11.4	9.5	10.5	1.9	4.8	2.10	2.12
	고	647	47.3	11.3	13.1	10.7	5.9	5.3	1.9	4.6	1.63	2.04

* 주: 1) 7점 척도(① 0일, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 6일, ⑧ 7일)
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)
 3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(7) 비행과 폭력

① 비행 경험

최근 1년 동안 7가지 비행(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 행동을 경험한 적이 있었는지에 대해 질문하였다. 그 결과, 제시된 7가지 비행 유형 중 한 가지의 비행도 경험한 적이 없는 학교 밖 청소년의 비율은 64.8% 였으며, 한 가지 이상의 비행 경험이 있는 경우는 35.2%로 나타났다. 구체적으로 비행 경험에 대해 살펴보면, 학교 밖 청소년이 최근 1년간 상대적으로 많이 경험한 비행은 음주(29.0%)와 흡연(24.2%)인 것으로 나타났다. 그다음으로 무단결석(6.6%), 가출(6.0%), 도박(2.9%), 절도(1.7%), 패싸움(.9%) 순으로 경험이 많은 것으로 나타났다.

표Ⅲ-79 비행 경험: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		전체	없음	있음
흡연	빈도	752	570	182
	비율	100.0	75.8	24.2
음주	빈도	752	534	218
	비율	100.0	71.0	29.0
무단결석	빈도	752	702	50
	비율	100.0	93.4	6.6
가출	빈도	752	707	45
	비율	100.0	94.0	6.0
패싸움	빈도	752	745	7
	비율	100.0	99.1	.9
절도	빈도	752	739	13
	비율	100.0	98.3	1.7
도박	빈도	752	730	22
	비율	100.0	97.1	2.9
비행 경험 ¹⁾	빈도	752	487	265
	비율	100.0	64.8	35.2

* 주: 1) 제시된 7가지 비행 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

② 폭력 가해 및 피해 경험

최근 1년 동안 온·오프라인에서 7가지 폭력(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱)에 대한 가·피해 경험이 있는지를 살펴보았다. 먼저, 한 가지의 가해 경험도 없는 학교 밖 청소년의 비율은 93.4%였으며, 한 가지 이상의 가해 경험이 있는 경우는 6.6%로 확인되었다. 구체적인 가해 경험을 살펴보면, 욕설(5.2%), 조롱(2.9%) 등 언어폭력이 상대적으로 높게 나타났다. 이 외 폭행(1.9%), 협박(1.6%), 따돌림(1.2%), 성폭행/성희롱(.8%), 금품갈취(.4%)의 순으로 나타났다. 다음으로 한 가지의 폭력 피해 경험도 없는 학교 밖 청소년의

비율은 88.3%였으며, 나머지 11.7%는 한 가지 이상의 폭력 피해를 경험한 것으로 나타났다. 피해 유형을 살펴보면, 욕설(8.4%)이 가장 많았고, 조롱(4.8%), 성폭행/성희롱(3.5%), 따돌림(3.3%), 협박(1.5%), 금품갈취(.9%), 폭행(.8%) 순으로 나타나 가해 유형과 차이를 보였다.

표Ⅲ-80 폭력 가해 및 피해 경험: 학교 밖 청소년 (단위: 명, %)

구분		전체	가해 경험		피해 경험	
			없음	있음	없음	있음
조롱	빈도	752	730	22	716	36
	비율	100.0	97.1	2.9	95.2	4.8
따돌림	빈도	752	743	9	727	25
	비율	100.0	98.8	1.2	96.7	3.3
폭행	빈도	752	738	14	746	6
	비율	100.0	98.1	1.9	99.2	.8
협박	빈도	752	740	12	741	11
	비율	100.0	98.4	1.6	98.5	1.5
금품갈취	빈도	752	749	3	745	7
	비율	100.0	99.6	.4	99.1	.9
욕설	빈도	752	713	39	689	63
	비율	100.0	94.8	5.2	91.6	8.4
성폭행/성희롱	빈도	752	746	6	726	26
	비율	100.0	99.2	.8	96.5	3.5
폭력 가해/피해 경험 ¹⁾	빈도	752	702	50	664	88
	비율	100.0	93.4	6.6	88.3	11.7

* 주: 1) 제시된 7가지 폭력 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

(8) 소결

이상에서 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태를 확인하였으며, 이에 대한 주요 결과를 요약정리하면 다음과 같다. 먼저, 부모의 긍정적 양육 태도인 자율지지와 따스함은 4점 척도를 기준으로 평균 3점(그런 편이다)을 상회했고, 구조제공은 평균 3점을 밑돌며 상대적으로 낮게 평가되었다. 그리고 부모의 방임 및 학대에 대한 인식은 4점 만점에 평균 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑도는 것으로 나타났지만, 방임과 학대를 경험하고 있는 학교 밖 청소년도 적지 않음을 확인할 수 있다. 아울러 지역사회 지원 정도는 평균 2.64점(4점 만점)으로 다소 낮게 평가되었다.

다음으로 학교를 그만둘 당시를 기준으로 학교 적응과 관련된 4가지 영역(학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활)에 대해 살펴본 결과, 모든 영역에서 평균 3점(4점 만점) 미만으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 학교 밖 청소년의 학교에 대한 적응 정도가 높지 않았음을 짐작할 수 있다. 한편, 자신의 체형에 대해 실제보다 썩 편으로 평가하는 과대인지는 19.4%, 실제보다 마른 편으로 평가하는 과소인지는 14.8%로 확인되었으며, 남자 청소년은 상대적으로 과소인지 하는 경향이 높았지만, 여자 청소년은 과대인지 하는 경향이 높은 것으로 나타났다. 외모 만족도와 자아존중감은 4점 척도를 기준으로 모두 평균 3점을 밑도는 높지 않은 수준으로 보고되었다.

학교 밖 청소년의 건강과 관련된 내용을 살펴보면, 10명 중 한 명 이상이 건강상의 문제를 경험하고 있으며, 10명 중 5명 정도는 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는 것으로 나타났다. 그리고 주관적 수면 충족과 건강 상태 정도는 4점 만점에 평균 3점 미만으로 평가되었다. 그리고 7가지의 비행(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 및 폭력(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱) 유형 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있는 경우는 35.2%, 폭력 가해 및 피해 경험은 각각 6.6%, 11.7%로 높게 나타났다.

표Ⅲ-81 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과: 학교 밖 청소년

구분		조사내용	전체	성별	연령대	비고
관계 /지지	부모 양육 태도	따스함	3.15점	-	초중>고	평균(4점 척도)
		거부	1.71점	-	-	평균(4점 척도)
		자율지지	3.19점	-	초중>고	평균(4점 척도)
		강요	1.99점	-	-	평균(4점 척도)
		구조제공	2.83점	-	초중>고	평균(4점 척도)
		비일관성	1.96점	여>남	-	평균(4점 척도)
	부모방임 및 학대	방임	1.96점	-	고>초중	평균(4점 척도)
		학대	1.54점	-	-	평균(4점 척도)
	가족관계	가족관계 질	3.05점	-	초중>고	평균(4점 척도)
	사회 지지	지역사회 지원	2.64점	-	-	평균(4점 척도)
적응	학교 적응	학교 수업	2.88점	-	초중>고	평균(4점 척도)
		교사 관계	2.61점	-	-	평균(4점 척도)
		친구 관계	2.83점	-	-	평균(4점 척도)
		학교생활	2.92점	-	초중>고	평균(4점 척도)
진로	진로 문제	진로성숙도	2.97점	-	-	평균(4점 척도)
매체	컴퓨터 /스마트폰 사용 행태	공부/학습 관련 이용	2.37점	-	-	평균(4점 척도)
		공부/학습 목적 이외 콘텐츠 이용	3.13점	-	고>초중	평균(4점 척도)
		청소년 이용 불가 콘텐츠 이용	1.30점	남>여	-	평균(4점 척도)
		온라인 소통	2.93점	여>남	고>초중	평균(4점 척도)
인지 /정서	부정적 신체인식	왜곡된 신체인지(③ 과대인지)	19.4%	-	-	비율(3가지 구분)
		외모 만족도	2.49점	남>여	초중>고	평균(4점 척도)
	자아존중감	자아존중감	2.73점	남>여	초중>고	평균(4점 척도)
건강	수면 행태	수면시간	7.57시간	-	초중>고	시간(하루 평균)
		주관적 수면 충족	2.59점	-	초중>고	평균(4점 척도)
	신체 질환	신체적 질병/장애 유무(① 예)	12.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	식습관	규칙적인 식사 여부(① 예)	48.0%	-	-	비율(2가지 보기)
		균형 잡힌 식사 여부(① 예)	48.1%	-	-	비율(2가지 보기)
	주관적 건강 상태	주관적 건강 상태	2.70점	남>여	초중>고	평균(4점 척도)
	신체활동	신체활동	1.69일	남>여	초중>고	평균(7점 척도)

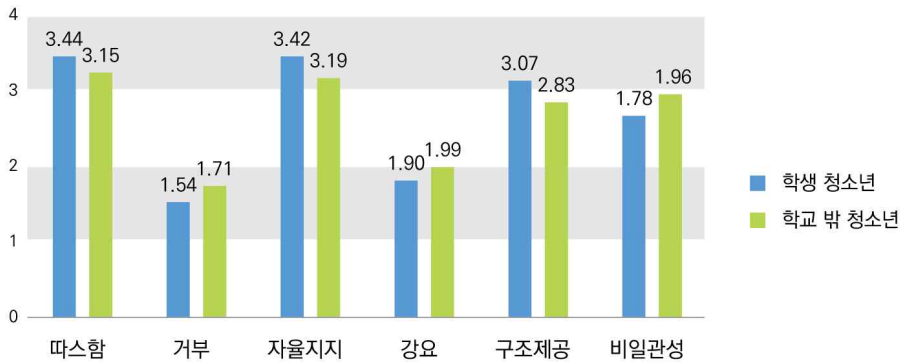
구분	조사내용		전체	성별	연령대	비고
비행	비행 경험	비행 경험(=있음)	35.2%	-	-	비율(7가지 비행)
	폭력 가해 경험	폭력 가해 경험(=있음)	6.6%	-	-	비율(7가지 폭력)
	폭력 피해 경험	폭력 가해 경험(=있음)	11.7%	-	-	비율(7가지 폭력)

* 주: 성별, 연령대(초중=초중학생 연령대, 고=고등학생 연령대) 결과는 t검증에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 경우만 제시함.

3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교

(1) 관계 및 지지

① 부모 양육 태도



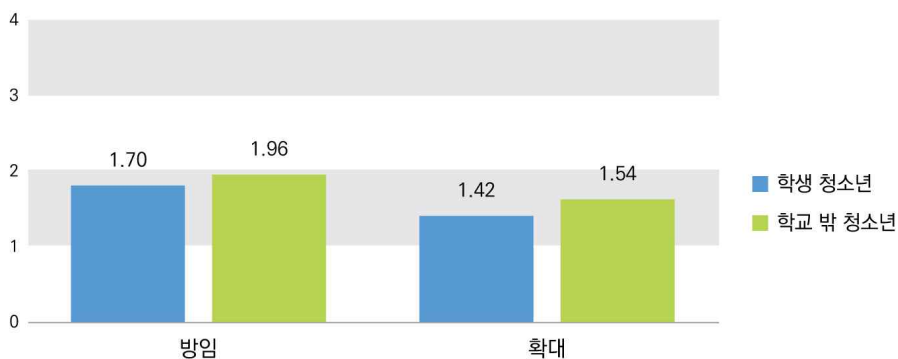
* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-77 부모 양육 태도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

따스함, 거부, 자율지지, 강요, 구조제공, 비밀관성의 6가지 부모 양육 태도는 모두 4문항씩 구성되었으며, 각 문항은 4점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 응답을 분석한 결과, 따스함($t=9.237$, $df=884.171$, $p<.001$), 자율지지($t=7.876$, $df=881.773$, $p<.001$), 구조제공($t=7.752$, $df=891.524$, $p<.001$)은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다, 거부($t=-5.895$, $df=894.014$, $p<.001$), 강요($t=-2.980$, $df=912.572$, $p<.01$), 비밀관성($t=-6.089$, $df=897.967$, $p<.001$)은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 높게 인식하는 것으로 확인되었다. 종합하면, 부모의 긍정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 학생 청소년이, 부정적 양육 태도에 대한 인식 수준은 학교 밖 청소년이 상대적으로 높게 나타났다.

② 부모 방임 및 학대

부모의 방임과 학대는 각각 4문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 평가됐다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 방임 및 학대에 대한 인식 수준이 평균 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑돌았지만, 적지 않은 청소년이 방임과 학대를 경험하고 있음을 짐작할 수 있다. 한편, 방임($t=-8.981$, $df=901.178$, $p<.001$)과 학대($t=-4.648$, $df=900.316$, $p<.001$) 모두 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 높게 인식하는 것으로 나타났다.

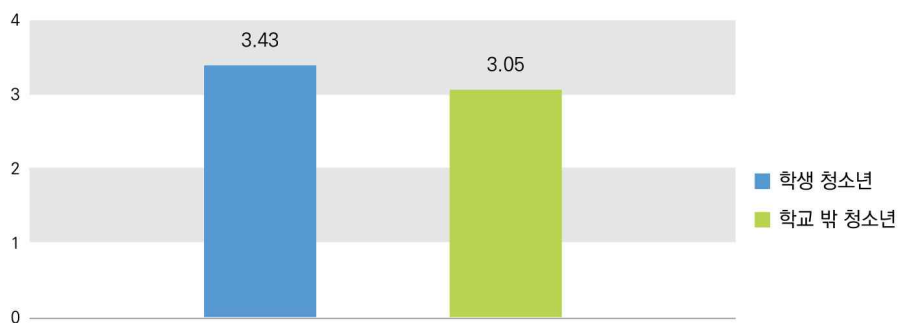


* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-78 부모 방임 및 확대: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

③ 가족관계

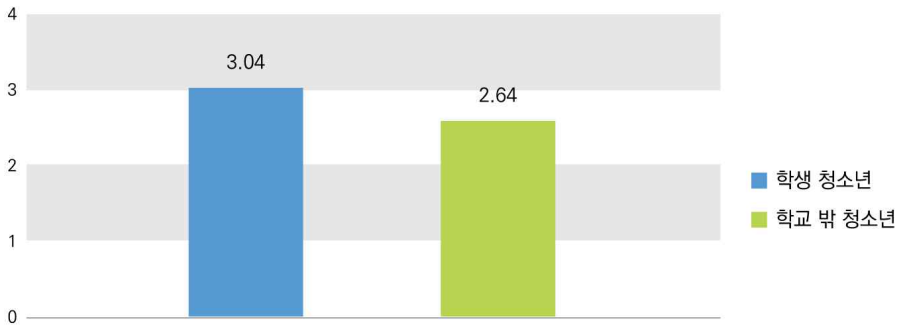
가족관계의 질은 5문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 분석 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 가족 간 유대감이나 친밀한 정도를 평균 3점(그런 편이다) 이상으로 보고하는 한편, 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 상대적으로 가족관계에 대해 긍정적으로 평가하였다($t=12.194$, $df=870.003$, $p<.001$).



* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-79 가족관계 질: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

④ 사회 지지

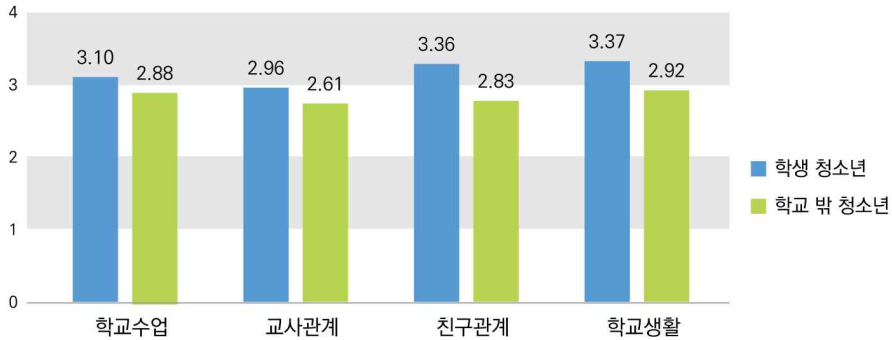


* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-80 지역사회 지원: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

지역사회의 돌봄이나 지원 정도를 나타내는 지역사회 지원은 3문항으로 구성되어 있으며, 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하여 살펴보았다. 분석 결과, 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 지역사회 지원에 대해 긍정적인 평가를 한 것으로 나타났다($t=11.008$, $df=901.995$, $p<.001$). 부연하면, 학생 청소년의 경우 지역사회 지원 정도가 평균 3점(그런 편이다)을 상회했지만, 학교 밖 청소년은 3점에 못 미치는 평균 2.64점으로 확인되었다.

(2) 적응

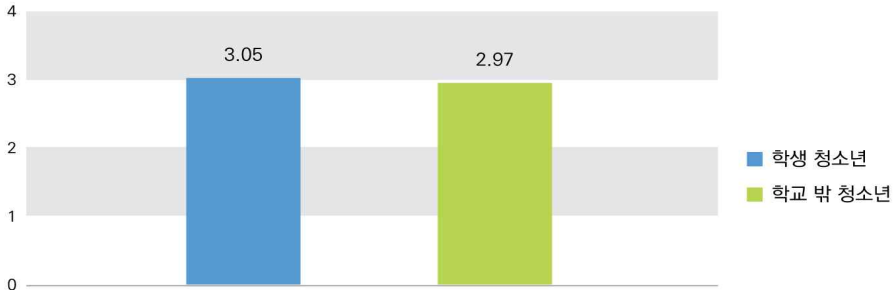


* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
2) 학교 밖 청소년은 학교를 그만둘 당시 학교생활을 기준으로 응답

그림Ⅲ-81 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

학교 적응을 살펴보기 위해 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활의 4가지 영역을 조사하였다. 모든 영역은 3문항씩 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 측정하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 응답을 분석한 결과, 학생 청소년은 교사 관계(평균 2.96점)를 제외한 학교 수업(평균 3.10점), 친구 관계(평균 3.36점), 학교생활(평균 3.37점)의 모든 영역에서 평균 3점을 상회하는 비교적 높은 점수를 보였으나, 학교 밖 청소년은 4가지 영역 모두 3점을 밑도는 평균 2.61~2.92점 사이의 점수를 보이는 등의 차이가 있었다. 아울러 각 영역을 비교한 결과에서도 모두 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 즉, 학교 수업($t=6.372$, $df=873.209$, $p<.001$), 교사 관계($t=9.015$, $df=883.092$, $p<.001$), 친구 관계($t=15.073$, $df=841.047$, $p<.001$), 학교생활($t=14.506$, $df=852.080$, $p<.001$)에 대해 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 긍정적으로 생각하는 경향이 높은 것으로 나타났다.

(3) 진로

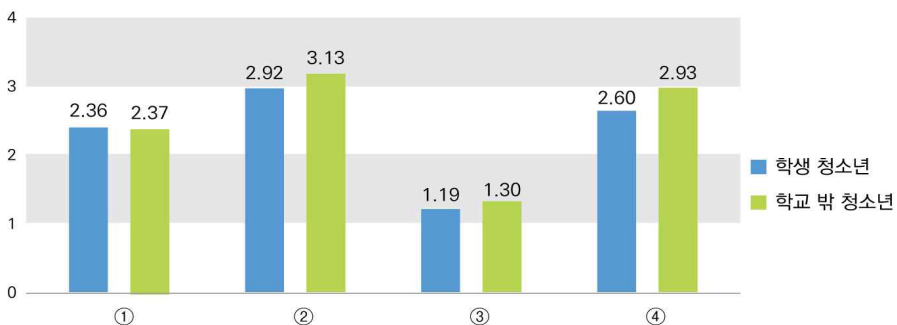


* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림 Ⅲ-82 진로성숙도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

진로성숙도는 7문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 응답을 분석한 결과, 학생 청소년(평균 3.05점)이 학교 밖 청소년(평균 2.97점)보다 진로성숙도 수준이 다소 높게 나타났으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다($t=3.502$, $df=6687$, $p<.001$).

(4) 매체



* 주: ① 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용(학교 수업 참여를 위한 이용은 제외), ② 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, ③ 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, ④ 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통

그림 Ⅲ-83 컴퓨터 및 스마트폰 사용형태: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

청소년이 컴퓨터 및 스마트폰을 어떤 목적으로 얼마나 이용하는지 살펴보기 위해 다음의 4가지 목적에 대한 사용 정도를 4점 리커트 척도(1점=전혀 사용하지 않는다, 2점=조금 사용하는 편이다, 3점=많이 사용하는 편이다, 4점=매우 많이 사용한다)로 측정하였다. 분석 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 ‘게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용’을 위해 사용하는 경우가 가장 높게 나타났고, 이어서 ‘채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통, ‘공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용’ 순으로 나타났다. 그리고 ‘도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용을 위한 목적으로 사용하는 경우는 가장 낮게 조사되었다. 두 집단을 비교해 보면, 공부 및 학습 목적을 위해서는 학생 청소년과 학교 밖 청소년이 유사한 수준으로 이용하였으며, 그 밖의 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 사용하는 경우는 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 다소 높게 나타났다[공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용($t=-5.988$, $df=6687$, $p<.001$), 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용($t=-4.503$, $df=882.731$, $p<.001$), 온라인 소통($t=-8.769$, $df=967.249$, $p<.001$)].

(5) 인지 및 정서

① 부정적 신체인식

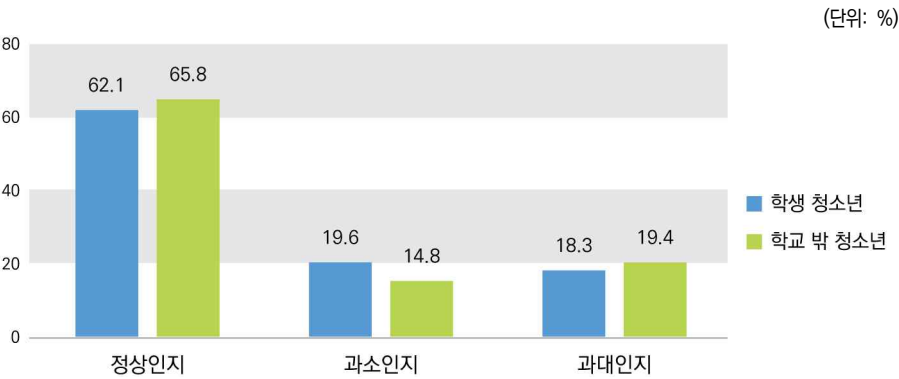
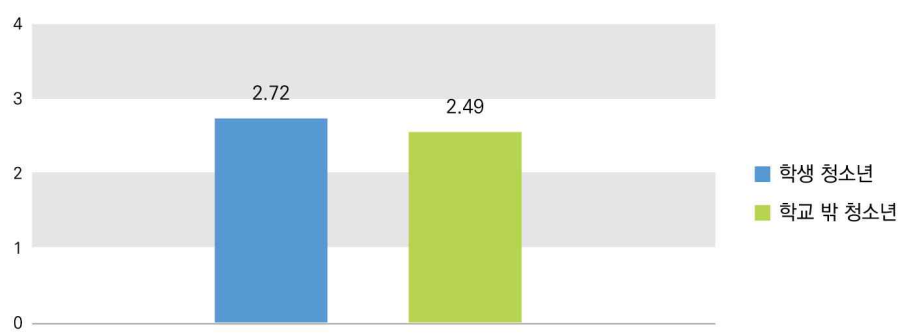


그림 Ⅲ-84 왜곡된 신체인지: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

부정적 신체인식은 왜곡된 신체인지와 외모 만족도를 통해 확인하였다. 우선, 왜곡된 신체인지는 ‘정상인지’, ‘과소인지’, ‘과대인지’로 분류²⁹⁾하여 살펴보았다. 그 결과, 학생 청소년의 62.1%와 학교 밖 청소년의 65.8%에 해당하는 청소년은 자신의 체형을 정상적으로 인지하는 것으로 나타났다. 이어서 학생 청소년은 자신의 체형을 실제보다 마른 편이라고 생각하는 과소인지가 실제보다 찐 편으로 생각하는 과대인지보다 다소 많은 것으로 나타났지만, 학교 밖 청소년은 과대인지가 과소인지보다 많은 것으로 확인되었다. 한편, 자신의 체형에 대해 과소인지 한 응답 비율은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다, 정상적으로 인지한 비율은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 상대적으로 높게 나타나는 등의 차이를 보였다 ($\chi^2=9.964$, $df=2$, $p<.01$).



* 주: 4점 척도(① 전혀 만족하지 않는다, ② 만족하지 않는 편이다, ③ 만족하는 편이다, ④ 매우 만족한다)

그림Ⅲ-85 외모 만족도: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

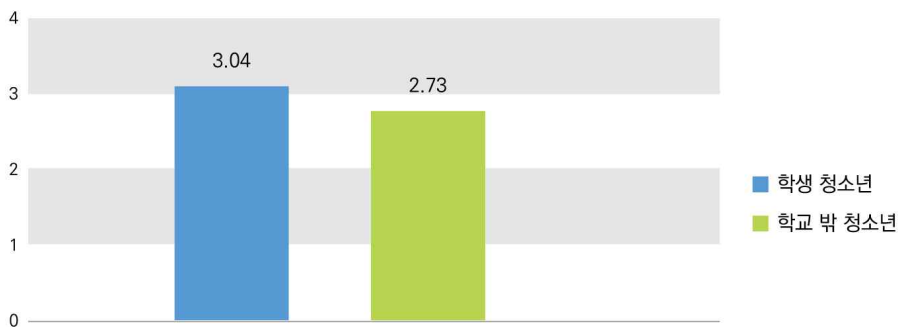
29) 왜곡된 신체인지는 2017 소아청소년 성장도표 해설집(질병관리본부, 2017)의 연령별 성별 체질량지수 도표를 참조해 각 응답자의 연령과 성별에 따라 비만 정도를 구분(① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만)하고, 이를 자신의 체형에 대한 인식(① 마른 편: 매우 마른 편이다+약간 마른 편이다, ② 보통, ③ 찐 편: 약간 살이 찐 편이다+매우 살이 찐 편이다)과 조합하여 아래와 같이 ① 정상인지, ② 과소인지, ③ 과대인지로 분류함.

체중 \ 인지	마른 편	보통	찐 편
저체중	① 정상	③ 왜곡	③ 왜곡
정상	② 왜곡	① 정상	③ 왜곡
과체중, 비만	② 왜곡	② 왜곡	① 정상

다음으로, 외모 만족도는 자신의 외모에 대해 전혀 만족하지 않는다(1점)부터 매우 만족한다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하여 살펴보았다. 그 결과, 청소년의 외모 만족도는 평균 3점(만족하는 편이다)을 넘지 않았으며, 학생 청소년(평균 2.72점)의 외모 만족도가 학교 밖 청소년(평균 2.49점)보다 높은 것으로 나타났다($t=7.128$, $df=918.584$, $p<.001$).

② 자아존중감

자아존중감은 총 10문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 자아존중감을 비교한 결과, 학생 청소년은 평균 3.04점이었고, 학교 밖 청소년은 그보다 낮은 평균 2.73점으로 나타나는 등 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=11.638$, $df= 886.436$, $p<.001$).



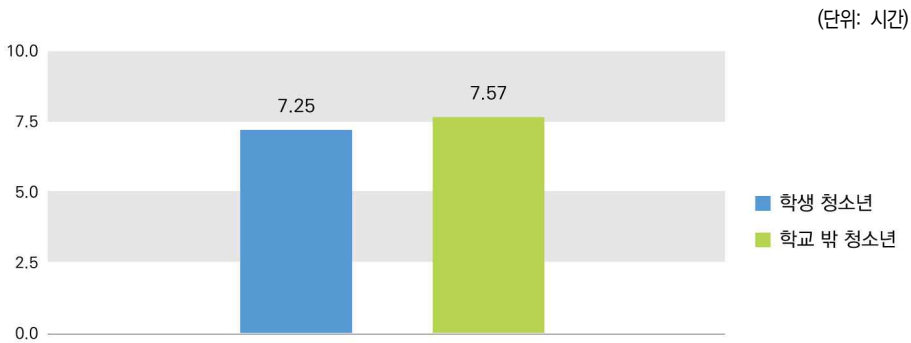
* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림 Ⅲ-86 자아존중감: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

(6) 건강

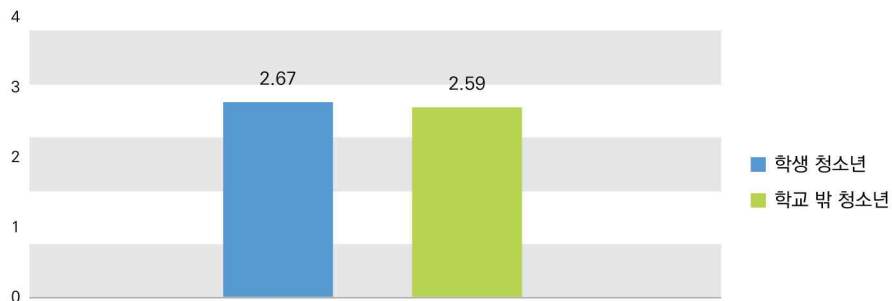
① 수면 행태

최근 7일 동안 하루 평균 수면시간을 확인한 결과, 학교 밖 청소년의 수면시간이 학생 청소년보다 다소 많은 것으로 나타났다($t=-4.248$, $df=6687$, $p<.001$). 즉, 학생 청소년의 하루 평균 수면시간은 평균 7.25시간으로, 학교 밖 청소년의 수면시간은 평균 7.57시간으로 확인되었다.



그림Ⅲ-87 수면시간(하루 평균): 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 시간)

이와 더불어 수면시간이 피로회복에 충분하다고 생각하는지를 전혀 충분하지 않다(1점)부터 매우 충분하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 살펴보았다. 그 결과, 수면 충족 정도는 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 평균 3점(충분한 편이다)에 미치지 못하는 것으로 나타났다. 구체적으로 학생 청소년은 평균 2.67점으로, 학교 밖 청소년은 평균 2.59점으로 평가했으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다($t=2.269$, $df=925.080$, $p<.05$). 전술한 수면시간과 함께 비교해 보면, 수면의 양을 의미하는 수면시간은 학교 밖 청소년이 더 많은 것으로 분석되었지만, 수면의 질과 관계있는 수면 충족 정도는 학생 청소년이 더 높은 것을 확인할 수 있다.



* 주: 4점 척도(① 전혀 충분하지 않다, ② 충분하지 않은 편이다, ③ 충분한 편이다, ④ 매우 충분하다)

그림 III-88 주관적 수면 충족: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

② 신체 질환

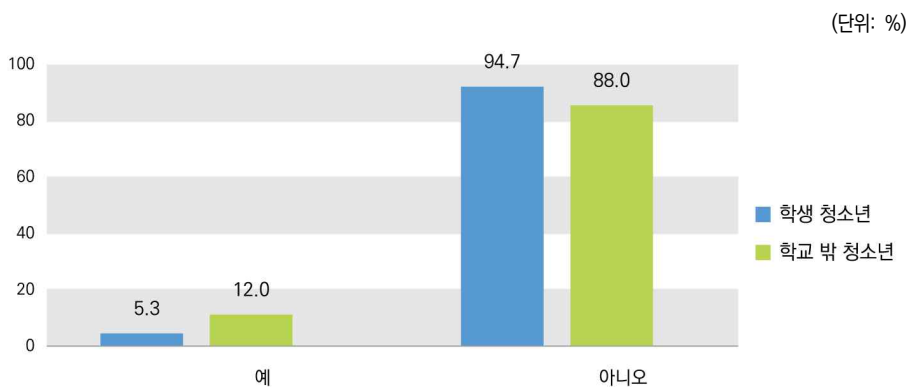
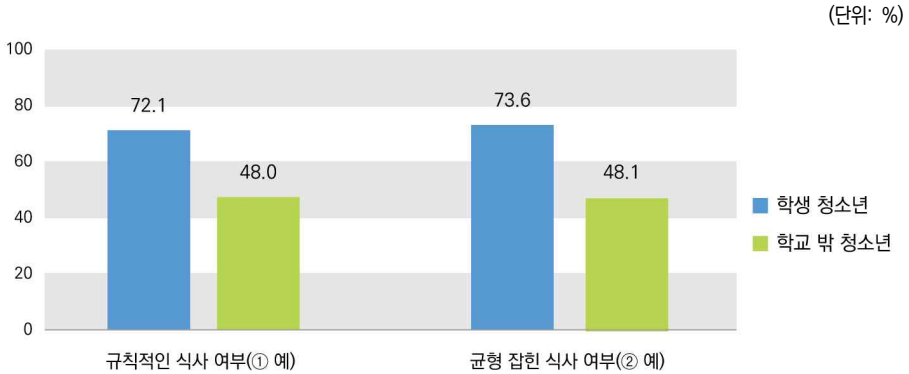


그림 III-89 신체적 질병이나 장애 유무: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

조사대상자 가운데 신체적인 질병이나 장애가 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 5.3%, 학교 밖 청소년이 12.0%로 나타났다. 아울러 학교 밖 청소년의 응답 비율은 학생 청소년보다 통계적으로 유의하게 높았으며($\chi^2=53.247$, $df=1$, $p<.001$), 이러한 결과는 학교 밖 청소년의 학업 중단과도 무관하지 않을 것으로 짐작된다. 일례로, 2020년 청소년종합실태조사(김기현 외, 2021)에서 학업 중단 경험이 있는 청소년을 대상으로 학교를 그만둔 이유를 확인한 결과, 신체 건강상의 이유가 가장 많은 것으로 확인되었다.

③ 식습관



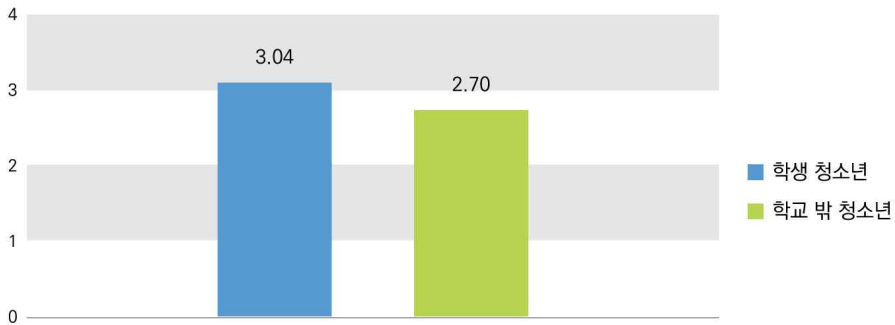
* 주: 규칙적인 식사/균형 잡힌 식사 여부에 '예'라고 응답한 비율

그림Ⅲ-90 규칙적인/균형 잡힌 식사 여부: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

청소년의 식습관은 규칙적인 식사 여부와 균형 잡힌 식사 여부를 통해 살펴보았다. 먼저, 규칙적인 식사를 한다고 응답한 비율은 학생 청소년이 72.1%, 학교 밖 청소년이 48.0%로 나타났으며($\chi^2=181.958$, $df=1$, $p<.001$), 균형 잡힌 식단으로 식사를 한다고 보고한 비율 또한 학생 청소년이 73.6%, 학교 밖 청소년이 48.1%로 규칙적인 식사에 대한 응답 비율과 유사하게 차이를 보였다($\chi^2=209.508$, $df=1$, $p<.001$). 즉, 학교 밖 청소년이 학생 청소년과 비교해 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는다고 응답한 비율이 높게 나타났다. 성장기 청소년의 건강을 위해 올바른 식습관이 매우 중요하다는 점에서 규칙적인 식사와 균형 잡힌 식사를 한다고 보고한 비율이 전체 응답자의 절반에도 못 미치는 학교 밖 청소년의 식습관은 매우 심각한 수준이 아닐 수 없다. 학교 밖 청소년을 비롯한 모든 청소년의 올바른 식습관과 영양 관리를 지원하기 위한 노력이 필요해 보인다.

④ 주관적 건강 상태

주관적 건강 상태를 살펴보기 위해 평상시 건강 상태에 관한 생각을 매우 건강하지 않다(1점)부터 매우 건강하다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과, 학생 청소년은 3점(건강한 편이다)을 상회하는 평균 3.04점을, 학교 밖 청소년은 건강한 편(3점)에는 못 미치는 평균 2.70점으로 보고하는 차이를 보였다($t=11.457$, $df=939.982$, $p<.001$).



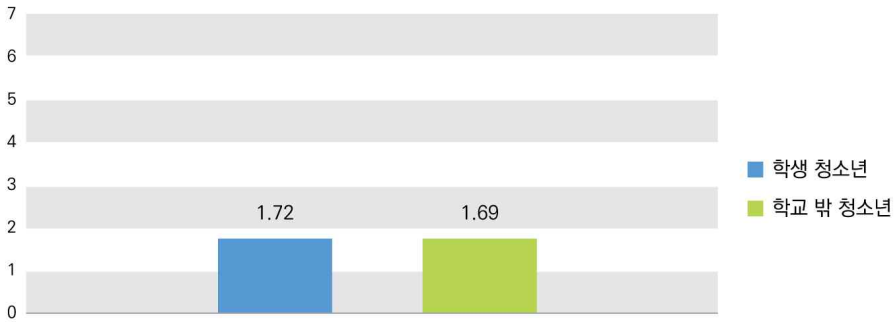
* 주: 4점 척도(① 매우 건강하지 않다, ② 건강하지 않은 편이다, ③ 건강한 편이다, ④ 매우 건강하다)

그림Ⅲ-91 주관적 건강 상태: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

⑤ 신체활동

최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동을 얼마나 했는지 살펴본 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 일주일 동안 2일 미만의 신체활동을 한 것으로 나타나, 청소년의 신체활동이 많지 않음을 확인할 수 있다. 구체적으로, 학생 청소년은 평균 1.72일, 학교 밖 청소년은 평균 1.69일 신체활동을 한 것으로 조사되었다. 한편, 이러한 결과가 코로나19 확산에 따른 것인지에 대해서는 추후 세부적인 검토가 필요할 것으로 생각되며, 코로나19 상황 등을 고려하여 청소년의 신체활동 증진을 위한 다각적인 대책 마련이 필요할 것으로 보인다.

(단위: 일)



* 주: 7점 척도(① 0일, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 6일, ⑧ 7일)

그림 Ⅲ-92 신체활동: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 일)

(7) 비행과 폭력

① 비행 경험

최근 1년 동안 흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박의 비행 행동을 경험한 적이 있는지를 확인하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년을 비교하여 살펴보면, 제시된 7가지 비행 유형 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있는 경우는 학생 청소년이 6.0%, 학교 밖 청소년이 35.2%로 학교 밖 청소년의 응답 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 구체적인 비행 경험에 대해 살펴보면, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 음주, 흡연 등의 경험이 상대적으로 많았으나, 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 음주·흡연에 대한 응답 비율이 10배가량 높게 나타나는 등의 차이를 확인할 수 있다.

표Ⅲ-82 비행 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		학생 청소년			학교 밖 청소년		
		전체	경험 없음	경험 있음	전체	경험 없음	경험 있음
흡연	빈도	5,937	5,801	136	752	570	182
	비율	100.0	97.7	2.3	100.0	75.8	24.2
음주	빈도	5,937	5,756	181	752	534	218
	비율	100.0	97.0	3.0	100.0	71.0	29.0
무단결석	빈도	5,937	5,852	85	752	702	50
	비율	100.0	98.6	1.4	100.0	93.4	6.6
가출	빈도	5,937	5,880	57	752	707	45
	비율	100.0	99.0	1.0	100.0	94.0	6.0
패싸움	빈도	5,937	5,912	25	752	745	7
	비율	100.0	99.6	.4	100.0	99.1	.9
절도	빈도	5,937	5,911	26	752	739	13
	비율	100.0	99.6	.4	100.0	98.3	1.7
도박	빈도	5,937	5,892	45	752	730	22
	비율	100.0	99.2	.8	100.0	97.1	2.9
비행 경험 ¹⁾	빈도	5,937	5,579	358	752	487	265
	비율	100.0	94.0	6.0	100.0	64.8	35.2

* 주: 1) 제시된 7가지 비행 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

② 폭력 가해 및 피해 경험

최근 1년 동안 온·오프라인에서 7가지 폭력(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱)에 대한 가·피해 경험이 있는지를 살펴보았다. 먼저 폭력 가해 경험을 확인해 보면, 제시된 7가지 폭력 유형 중 한 가지 이상의 가해 경험이 있는 경우는 학생 청소년이 4.0%, 학교 밖 청소년이 6.6%로 나타났다. 구체적인 가해 경험을 살펴본 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 욕설, 조롱, 폭행, 협박 등의 순으로 응답 비율이 높게 나타났다.

표Ⅲ-83 폭력 가해 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		학생 청소년			학교 밖 청소년		
		전체	경험 없음	경험 있음	전체	경험 없음	경험 있음
조롱	빈도	5,937	5,860	77	752	730	22
	비율	100.0	98.7	1.3	100.0	97.1	2.9
따돌림	빈도	5,937	5,921	16	752	743	9
	비율	100.0	99.7	.3	100.0	98.8	1.2
폭행	빈도	5,937	5,914	23	752	738	14
	비율	100.0	99.6	.4	100.0	98.1	1.9
협박	빈도	5,937	5,916	21	752	740	12
	비율	100.0	99.7	.3	100.0	98.4	1.6
금품갈취	빈도	5,937	5,926	11	752	749	3
	비율	100.0	99.8	.2	100.0	99.6	.4
욕설	빈도	5,937	5,765	172	752	713	39
	비율	100.0	97.1	2.9	100.0	94.8	5.2
성폭행(성희롱)	빈도	5,937	5,922	15	752	746	6
	비율	100.0	99.7	.3	100.0	99.2	.8
폭력 가해 경험 ¹⁾	빈도	5,937	5,697	240	752	702	50
	비율	100.0	96.0	4.0	100.0	93.4	6.6

* 주: 1) 제시된 7가지 폭력 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

다음으로, 폭력 피해 경험을 살펴본 결과 7가지 유형 중 한 가지 이상의 폭력 피해를 경험한 적이 있다고 응답한 비율은 학생 청소년이 5.8%, 학교 밖 청소년이 11.7%로 학교 밖 청소년이 상대적으로 높게 나타났다. 구체적인 피해 유형을 살펴본 결과, 학생 청소년은 욕설에 이어 조롱, 따돌림 등의 순으로 높게 나타났지만, 학교 밖 청소년은 욕설, 조롱, 성폭행/성희롱, 따돌림 등의 순으로 높게 나타났으며, 해당 유형에 대한 응답 비율도 상대적으로 높게 나타나는 등의 차이를 보였다.

표Ⅲ-84 폭력 피해 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		학생 청소년			학교 밖 청소년		
		전체	경험 없음	경험 있음	전체	경험 없음	경험 있음
조롱	빈도	5,937	5,828	109	752	716	36
	비율	100.0	98.2	1.8	100.0	95.2	4.8
따돌림	빈도	5,937	5,885	52	752	727	25
	비율	100.0	99.1	.9	100.0	96.7	3.3
폭행	빈도	5,937	5,901	36	752	746	6
	비율	100.0	99.4	.6	100.0	99.2	.8
협박	빈도	5,937	5,902	35	752	741	11
	비율	100.0	99.4	.6	100.0	98.5	1.5
금품갈취	빈도	5,937	5,922	15	752	745	7
	비율	100.0	99.7	.3	100.0	99.1	.9
욕설	빈도	5,937	5,706	231	752	689	63
	비율	100.0	96.1	3.9	100.0	91.6	8.4
성폭행(성희롱)	빈도	5,937	5,905	32	752	726	26
	비율	100.0	99.5	.5	100.0	96.5	3.5
폭력 피해 경험 ¹⁾	빈도	5,937	5,594	343	752	664	88
	비율	100.0	94.2	5.8	100.0	88.3	11.7

* 주: 1) 제시된 7가지 폭력 유형에 대해 한 가지라도 경험해 본 적이 있는지 여부

(8) 소결

학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태를 비교한 결과를 요약정리하면 다음과 같다. 우선, 부모의 긍정적인 양육 태도에 대한 인식 수준은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타났지만, 부정적 양육 태도와 방임, 학대에 대한 인식 수준은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 상대적으로 높게 나타났다. 그리고 지역사회 지원에 대해서는 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 긍정적인 인식 수준을 보였다.

다음으로, 학교 적응에 관한 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 긍정적으로 평가했으며, 진로성숙도 또한 학생 청소년이 상대적으로 높게 나타났다. 자신의 체형에 대해서는 학생 청소년의 19.6%, 학교 밖 청소년의 14.8%가 실제보다 마른 편으로 평가하는 과소인지로, 그리고 학생 청소년의 18.3%, 학교 밖 청소년의 19.4%가 실제보다 찐 편으로 평가하는 과대인지로 나타났다. 그리고 외모 만족도와 자아존중감은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 상대적으로 높게 인식하였다.

건강과 관련하여 하루 평균 수면시간은 학교 밖 청소년(평균 7.57시간)이 학생 청소년(평균 7.25시간)보다 다소 많은 것으로 보고되었다. 수면의 질과 관계있는 수면 충족 정도는 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타났지만, 모두 4점 척도를 기준으로 평균 3점(충분한 편이다)을 밑돌았다. 또한 학교 밖 청소년의 경우 전체 응답자의 과반수가, 학생 청소년의 경우 30% 정도가 규칙적이고 균형 잡힌 식사를 하지 않는다고 보고하여 청소년의 올바른 식습관과 영양 관리를 지원하기 위한 노력이 필요함을 시사하였다.

마지막으로, 7가지의 비행 유형(흡연, 음주, 무단결석, 가출, 패싸움, 절도, 도박) 중 한 가지 이상의 비행을 경험한 적이 있는 경우를 살펴본 결과, 학생 청소년이 6.0%, 학교 밖 청소년이 35.2%로 학교 밖 청소년의 응답 비율이 상대적으로 높았으며, 특히 음주·흡연에 대한 응답 비율은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 10배가량 높게 나타났다. 그리고 7가지 폭력 유형(조롱, 따돌림, 폭행, 협박, 금품갈취, 욕설, 성폭행/성희롱) 중 한 가지 이상의 가해 경험이 있는 경우는 학생 청소년이 4.0%, 학교 밖 청소년이 6.6%로, 피해 경험이 있는 경우는 학생 청소년이 5.8%, 학교 밖 청소년이 11.7%로 학교 밖 청소년이 상대적으로 높게 나타났다. 전반적으로 10대 청소년의 비행 및 폭력 문제가 심각함을 확인할 수 있으며, 이러한 점에서 청소년의 건강하고 안전한 성장을 위해 비행과 폭력에 대한 보다 적극적인 예방 대책이 마련되어야 하겠다.

표Ⅲ-85 정신건강 문제 관련 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태 주요 결과
: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

구분		조사내용	학생 청소년	학교 밖 청소년	비고
관계/지지	부모 양육 태도	따스함	3.44점	3.15점	평균(4점 척도)
		거부	1.54점	1.71점	평균(4점 척도)
		자율지지	3.42점	3.19점	평균(4점 척도)
		강요	1.90점	1.99점	평균(4점 척도)
		구조 제공	3.07점	2.83점	평균(4점 척도)
		비밀관성	1.78점	1.96점	평균(4점 척도)
	부모 방임 및 학대	방임	1.70점	1.96점	평균(4점 척도)
		학대	1.42점	1.54점	평균(4점 척도)
	가족관계	가족관계 질	3.43점	3.05점	평균(4점 척도)
	사회 지지	지역사회 지원	3.04점	2.64점	평균(4점 척도)
적응	학교 적응	학교 수업	3.10점	2.88점	평균(4점 척도)
		교사 관계	2.96점	2.61점	평균(4점 척도)
		친구 관계	3.36점	2.83점	평균(4점 척도)
		학교생활	3.37점	2.92점	평균(4점 척도)
진로	진로 문제	진로성숙도	3.05점	2.97점	평균(4점 척도)
매체	컴퓨터 /스마트폰 사용 행태	공부/학습 관련 이용	2.36점	2.37점	평균(4점 척도)
		공부/학습 목적 이외 콘텐츠 이용	2.92점	3.13점	평균(4점 척도)
		청소년 이용 불가 콘텐츠 이용	1.19점	1.30점	평균(4점 척도)
인지/정서	부정적 신체인식	온라인 소통	2.60점	2.93점	평균(4점 척도)
		왜곡된 신체인지(③ 과대인지)	18.3%	19.4%	비율(3가지 구분)
		외모 만족도	2.72점	2.49점	평균(4점 척도)
		자아존중감	3.04점	2.73점	평균(4점 척도)
건강	수면 행태	수면시간	7.25시간	7.57시간	시간(하루 평균)
		주관적 수면 충족	2.67점	2.59점	평균(4점 척도)
	신체 질환	신체적 질병/장애 유무(① 예)	5.3%	12.0%	비율(2가지 보기)
		규칙적인 식사 여부(① 예)	72.1%	48.0%	비율(2가지 보기)
		균형 잡힌 식사 여부(① 예)	73.6%	48.1%	비율(2가지 보기)
	주관적 건강 상태	주관적 건강 상태	3.04점	2.70점	평균(4점 척도)
	신체활동	신체활동	1.72일	1.69일	평균(7점 척도)
비행	비행 경험	비행 경험(=있음)	6.0%	35.2%	비율(7가지 비행)
	폭력 가해 경험	폭력 가해 경험(=있음)	4.0%	6.6%	비율(7가지 폭력)
	폭력 피해 경험	폭력 피해 경험(=있음)	5.8%	11.7%	비율(7가지 폭력)

* 주: 평균 비교에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 부분은 음영 처리함.

4. 주요 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태

1) 학생 청소년³⁰⁾

(1) 정신건강 서비스에 대한 인식

표Ⅲ-86 정신건강 서비스에 대한 인식: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분		사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체		5,937	27.4	37.9	24.8	9.9	2.17	.94	-
성별	남	3,077	32.2	34.9	22.1	10.8	2.12	.98	-4.661***
	여	2,860	22.3	41.2	27.6	8.8	2.23	.89	
학교급	초 ^a	1,997	31.3	37.5	22.5	8.7	2.09	.94	16.251*** (b>c>a)
	중 ^b	1,959	23.8	37.8	27.6	10.9	2.26	.94	
	고 ^c	1,982	27.1	38.6	24.2	10.1	2.17	.94	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 부담스럽지 않다, ② 부담스럽지 않은 편이다, ③ 부담스러운 편이다, ④ 매우 부담스럽다)

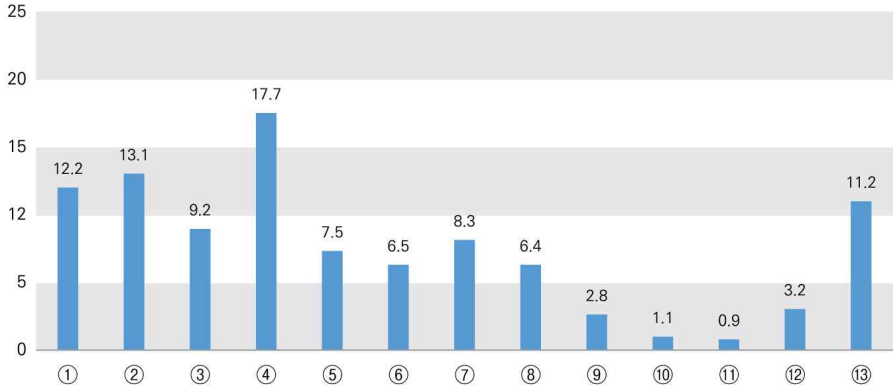
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

학생 청소년에게 정신건강과 관련하여 약물, 치료, 상담 등의 서비스를 받는 것이 부담스러운지를 전혀 부담스럽지 않다(1점)부터 매우 부담스럽다(4점)까지의 4점 척도로 확인한 결과, 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 상회하는 평균 2.17점으로 나타났다. 구체적으로 부담스럽다(부담스러운 편이다+매우 부담스럽다)고 응답한 비율은 34.7%였고, 부담스럽지 않다(전혀 부담스럽지 않다+부담스럽지 않은 편이다)고 응답한 비율은 65.3%로 확인되었다. 일반적 특성에 따른 차이를 살펴보면, 성별과 학교급에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 즉, 성별에 따라서는 여학생이 남학생보다($t=-4.661^{***}$, $df=5932.898$), 학교급에 따라서는 중학생, 고등학생, 초등학생의 순으로[$Welch's F(2, 3955.341)=16.251^{***}$] 정신건강 서비스에 관해 부담스럽게 생각하는 경향이 높게 나타났다.

30) 분산분석의 사후검증은 등분산 가정이 성립되는 경우 Scheffe, 그렇지 않으면 Games-Howell 사용

(2) 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식

(단위: %)



* 주: ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서, ③ 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서, ⑤ 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐), ⑥ 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움), ⑦ 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서, ⑧ 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐, ⑨ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ⑩ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(아간에 이용할 수 없음), ⑪ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑫ 정신건강서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나 환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서, ⑬ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

그림Ⅲ-93 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년(단위: %)

사람들이 정신건강서비스를 받는 데 있어서 무엇이 가장 큰 장애요인이라고 생각하는지 살펴본 결과, 학생 청소년은 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(17.7%)를 가장 많이 선택했다. 다음으로 ‘정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스가 필요하지 않다고 판단해서’(13.1%), ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’(12.2%), ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서’(11.2%) 등의 순으로 응답하였다. 즉, 학생 청소년은

정신건강서비스를 이용하는 데 있어서의 가장 큰 장애요인으로 타인의 시선을 꼽았으며, 아울러 서비스에 대한 낮은 필요성, 비용 문제, 기관에 대한 낮은 신뢰도 등도 주요 장애요인으로 평가하였다.

표Ⅲ-87 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	
전체	5,937	12.2	13.1	9.2	17.7	7.5	6.5	8.3	6.4	2.8	1.1	.9	3.2	11.2	
성별	남	3,077	14.3	13.0	7.8	14.2	6.7	6.4	9.4	5.4	3.5	1.4	1.3	2.8	13.8
	여	2,860	9.9	13.2	10.6	21.4	8.4	6.8	7.1	7.5	2.1	.7	.5	3.5	8.3
학교급	초	1,997	13.2	11.2	8.7	11.4	8.4	7.6	10.1	5.4	2.8	1.9	1.2	3.5	14.6
	중	1,959	10.8	13.2	10.0	20.2	7.5	5.8	8.2	6.5	2.7	.6	.7	2.9	10.7
	고	1,982	12.6	14.8	8.8	21.6	6.5	6.2	6.4	7.4	2.9	.6	.9	3.1	8.1

* 주: ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서, ③ 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서, ⑤ 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐), ⑥ 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움), ⑦ 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서, ⑧ 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐, ⑨ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ⑩ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(야간에 이용할 수 없음), ⑪ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑫ 정신건강서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나 환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서, ⑬ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

성별로 보면, 남학생의 경우 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’(14.3%)와 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(14.2%)를, 그리고 여학생은 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(21.4%)를 정신건강 서비스 이용을 어려워하는 가장 큰 장애요인으로 꼽았다. 학교급별 살펴보면, 초등학생은 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서’(14.6%)를, 중고등학생은 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(중학생 20.2%, 고등학생 21.6%)를 정신건강 서비스 이용의 가장 큰 장애요인으로 생각하였다.

(3) 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도

주변 사람들에게 스트레스나 심리적인 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 편인지를 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않은 편이다, 3=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 조사한 결과, 평균 2.37점으로 나타났으며, 응답자의 46.7%가 그렇다(그런 편이다+매우 그렇다)고, 53.3%가 그렇지 않다(전혀 그렇지 않다+그렇지 않은 편이다)고 답했다. 성별로는 여학생이 남학생보다($t=-2.768^{**}$, $df=5935$), 학교급별로는 중고등학생이 초등학생보다($F(2, 3955.752)=19.678^{***}$) 주변 사람들에게 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 것으로 나타났다.

표Ⅲ-88 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도: 학생 청소년
(단위: 명, %, 점)

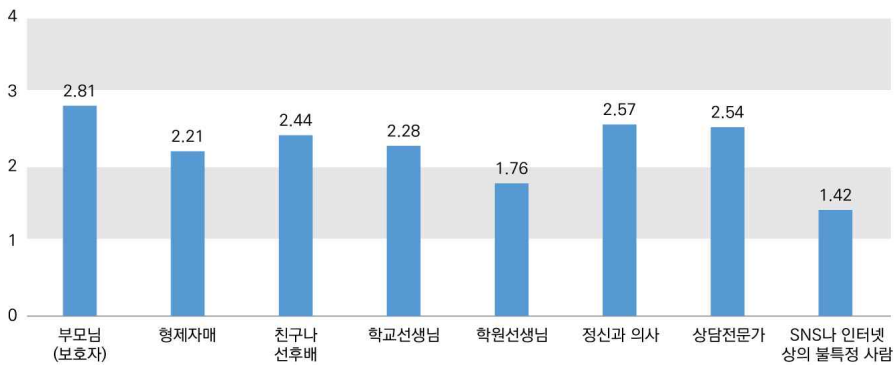
구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체	5,937	20.1	33.2	36.7	10.0	2.37	.91	-
성별	남	3,077	21.7	32.5	36.4	9.4	2.33	-2.768**
	여	2,860	18.4	33.9	36.9	10.8	2.40	
학교급	초 ^a	1,997	24.3	34.4	32.1	9.2	2.26	19.678*** (b,c>a)
	중 ^b	1,959	18.2	33.0	38.5	10.3	2.41	
	고 ^c	1,982	17.9	32.0	39.5	10.6	2.43	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(4) 정신건강 상의(상담) 선호 대상과 방식

정신건강에 문제가 발생했을 때 다음의 대상들 즉, 부모님(보호자), 형제자매, 친구나 선후배, 학교 선생님, 학원 선생님, 정신과 의사, 상담 전문가, SNS나

인터넷상의 불특정 사람과 얼마나 상의(상담)할 의향이 있는지를 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 확인하였다. 그 결과, 부모님(보호자)이 평균 2.81점으로 가장 높게 나타났고, 다음으로 정신과 의사(평균 2.57점), 상담 전문가(평균 2.54점), 친구나 선후배(평균 2.44점), 학교 선생님(평균 2.28점), 형제자매(평균 2.21점)의 순으로 높게 나타났다. 이어서 학원 선생님(평균 1.76점), SNS나 인터넷상의 불특정 사람(평균 1.42점)과 상의(상담)할 의향은 평균 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑돌며 낮게 조사되었다.



그림Ⅲ-94 정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년(단위: 점)

성별로 살펴보면, 정신건강 문제에 대해 학교 선생님($t=5.800^{***}$, $df=5931.352$), 학원 선생님($t=6.134^{***}$, $df=5931.737$)과 상의(상담)할 의향은 남학생이 여학생 보다 높았고, 형제자매($t=-3.269^{**}$, $df=5289$), 친구나 선후배($t=-5.048^{***}$, $df=5934.117$), 정신과 의사($t=-3.078^{**}$, $df=5932.934$), 상담 전문가($t=-3.497^{***}$, $df=5934.990$), SNS나 인터넷상의 불특정 사람($t=-3.742^{***}$, $df=5829.312$)과 상의(상담)할 의향은 여학생이 남학생 보다 높게 나타났다.

표Ⅲ-89 정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년

(단위: 명, 점)

구분		부모님(보호자)		형제자매		친구나 선후배		학교 선생님	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		2.81	1.08	2.21	1.08	2.44	1.04	2.28	1.02
성별	남	2.82	1.10	2.16	1.08	2.37	1.06	2.35	1.04
	여	2.80	1.07	2.26	1.08	2.51	1.00	2.20	.99
	t	.552		-3.269**		-5.048***		5.800***	
학교급	초 ^a	2.85	1.10	2.12	1.07	2.20	1.06	2.28	1.07
	중 ^b	2.77	1.10	2.16	1.08	2.50	1.02	2.28	1.01
	고 ^c	2.81	1.05	2.34	1.07	2.62	.98	2.28	.98
	F	3.144* (a>b)		19.853*** (c>a,b)		90.066*** (c>b>a)		.011	

구분		학원 선생님		정신과 의사		상담 전문가		SNS나 인터넷상의 불특정 사람	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		1.76	.91	2.57	1.08	2.54	1.08	1.42	.76
성별	남	1.83	.95	2.53	1.12	2.49	1.12	1.38	.73
	여	1.69	.86	2.62	1.02	2.59	1.04	1.46	.78
	t	6.134***		-3.078**		-3.497***		-3.742***	
학교급	초 ^a	1.74	.91	2.43	1.11	2.46	1.12	1.28	.64
	중 ^b	1.72	.88	2.58	1.08	2.55	1.07	1.46	.79
	고 ^c	1.83	.94	2.71	1.02	2.62	1.05	1.52	.81
	F	7.165** (c>a,b)		35.392*** (c>b>a)		10.581*** (b,c>a)		61.823*** (c>b>a)	

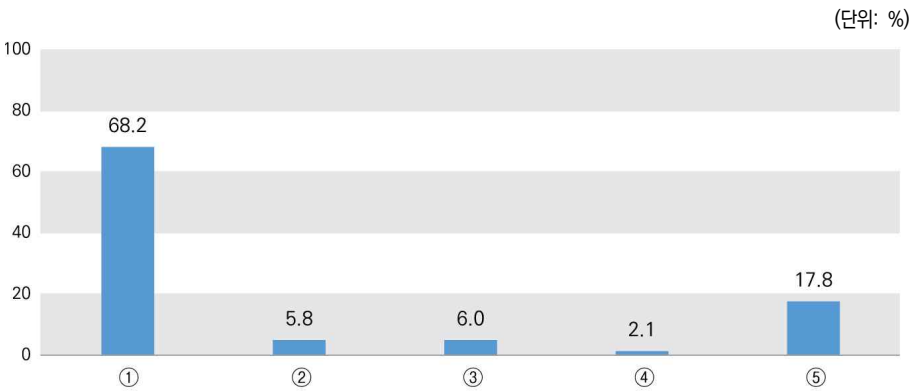
* 주: 1) 4점 척도① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 형제자매: 형제자매가 없다고 응답한 경우는 분석에서 제외

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

학교급별로 보면, 먼저 부모님(보호자)[Welch's $F(2, 3952.715)=3.144^*$]과 상의(상담)할 의향은 초등학생이 중학생보다 높은 것으로 확인되었다. 그리고 친구나 선후배[Welch's $F(2, 3951.549)=90.066^{***}$], 정신과 의사[Welch's $F(2, 3951.062)=35.392^{***}$], SNS나 인터넷상의 불특정 사람[Welch's

$F(2, 3897.807) = 61.823^{***}$]과 상의(상담)할 의향은 학교급이 높을수록 높게 나타났다. 또한, 학원 선생님[$Welch's F(2, 3953.837) = 7.165^{**}$], 형제자매[$F(2, 5287) = 19.853^{***}$]와 상의(상담)할 의향은 고등학생이 초중학생보다, 상담 전문가[$Welch's F(2, 3954.313) = 10.581^{***}$]와는 중고등학생이 초등학생보다 높은 것으로 보고되었다.



* 주: ① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담, ② 직접 만나서 하는 집단상담, ③ 1:1 화상 상담, ④ 집단 화상 상담, ⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담

그림Ⅲ-95 정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년(단위: %)

이어서 학생 청소년이 희망하는 상담 방식을 조사한 결과, ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’이 68.2%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 ‘화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담’(17.8%), ‘1:1 화상 상담’(6.0%), ‘직접 만나서 하는 집단상담’(5.8%), ‘집단 화상 상담’(2.1%)의 순으로 조사되었다. 요컨대, 학생 청소년의 경우 온라인 상담(25.9%)보다 오프라인 상담(74.0%)을, 집단상담(7.9%)보다 개인상담(92.0%)을 더 선호하는 것으로 확인되었다³¹⁾.

31) 온라인 상담(③ 1:1 화상 상담+④ 집단 화상 상담+⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담), 오프라인 상담(① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담+② 직접 만나서 하는 집단상담) / 개인상담(① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담+③ 1:1 화상 상담+⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담), 집단상담(② 직접 만나서 하는 집단상담+④ 집단 화상 상담)

표Ⅲ-90 정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	①	②	③	④	⑤
전체		5,937	68.2	5.8	6.0	2.1	17.8
성별	남	3,077	66.2	6.7	7.3	3.1	16.6
	여	2,860	70.4	4.9	4.6	1.0	19.1
학교급	초	1,997	60.8	6.1	11.0	3.5	18.5
	중	1,959	66.5	7.2	3.9	1.9	20.5
	고	1,982	77.5	4.1	3.1	.7	14.5

* 주: ① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담, ② 직접 만나서 하는 집단상담, ③ 1:1 화상 상담, ④ 집단 화상 상담, ⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담

(5) 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부, 이용 경험, 도움 정도

학생 청소년을 대상으로 10가지 정신건강 관련 기관이나 서비스에 대한 인지 여부, 이용 경험, 도움 정도와 도움을 받지 못했다고 느끼는 주된 이유에 관해 확인하였다. 부연하면, 우선 각 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부를 확인한 후, 알고 있다고 응답한 청소년을 대상으로 기관(혹은 서비스)에 대한 이용 경험을 ‘이용한 적 있음’, ‘이용하고 싶었으나 이용 못 함’, ‘이용한 적 없음’으로 구분하여 살펴보았다. 이어서 이용한 적이 있다고 응답한 경우는 해당 기관(혹은 서비스)에 대한 도움 정도(1점=전혀 도움이 되지 않았음, 2점=별로 도움이 되지 않았음, 3점=약간 도움이 되었음, 4점=매우 도움이 되었음)를 확인하였으며, 도움 정도를 부정적으로 평가(전혀 도움이 되지 않았음+별로 도움이 되지 않았음)한 응답자에게는 그 이유를 6가지 보기 중 선택하도록 하였다.

먼저, 10가지 정신건강 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부를 살펴본 결과, 정신의료기관에 대해 67.2%의 학생 청소년이 알고 있다고 응답하였으며, 가장 높은 인지도를 보였다. 다음으로 위(Wee) 프로젝트 기관(51.5%), 청소년상담복지센터(49.2%), 정신건강복지센터/자살예방센터(43.0%)의 순으로 나타났다. 이어서 정신건강 상담 전화/핫라인은 33.0%, 청소년사이버상담센터는 32.0%, 도박문제

관리센터는 26.4%, 청소년모바일상담센터는 23.5%, 스마트쉼센터는 13.2%, 중독관리통합지원센터는 11.5%의 청소년이 알고 있다고 응답하여 상대적으로 낮은 인지도를 보였다. 성별로는 중독관리통합지원센터와 도박문제관리센터를 제외하고 여학생이 남학생보다 전반적으로 높은 인지도를 보였으며, 학교급별로는 대체로 학교급이 높을수록, 특히 중고등학생이 초등학생과 비교해 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지도가 높은 것으로 나타났다.

표 Ⅲ-91 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	사례수
전체	알고 있음	67.2	43.0	11.5	26.4	13.2	51.5	49.2	33.0	23.5	32.0	5,937
	모름	32.8	57.0	88.5	73.6	86.8	48.5	50.8	67.0	76.5	68.0	
성별	남	알고 있음	61.4	35.6	12.3	29.1	12.3	43.8	41.4	28.5	19.2	3,077
		모름	38.6	64.4	87.7	70.9	87.7	56.2	58.6	71.5	80.8	
	여	알고 있음	73.5	51.0	10.5	23.6	14.2	59.8	57.5	37.9	28.1	2,860
		모름	26.5	49.0	89.5	76.4	85.8	40.2	42.5	62.1	71.9	
학교급	초	알고 있음	56.3	32.6	9.0	16.2	12.4	25.3	36.1	25.3	21.0	1,997
		모름	43.7	67.4	91.0	83.8	87.6	74.7	63.9	74.7	79.0	
	중	알고 있음	68.6	45.0	12.8	29.0	13.8	60.1	51.0	34.4	26.0	1,959
		모름	31.4	55.0	87.2	71.0	86.2	39.9	49.0	65.6	74.0	
	고	알고 있음	76.9	51.4	12.7	34.2	13.5	69.4	60.4	39.4	23.4	1,982
		모름	23.1	48.6	87.3	65.8	86.5	30.6	39.6	60.6	76.6	

* 주: ① 정신의료기관, ② 정신건강복지센터, 자살예방센터, ③ 중독관리통합지원센터, ④ 도박문제관리센터, ⑤ 스마트쉼센터, ⑥ 위(Wee) 프로젝트 기관, ⑦ 청소년상담복지센터, ⑧ 정신건강 상담 전화/핫라인, ⑨ 청소년모바일상담센터, ⑩ 청소년사이버상담센터

다음으로 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 학생 청소년을 대상으로 이용 경험에 대해 살펴보았다. 그 결과, 위(Wee) 프로젝트 기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 청소년이 23.6%로 가장 많았고, 이어서 정신의료기관(7.1%), 청소년상담복지센터(3.9%), 청소년모바일상담센터(3.8%), 정신건강복지센터/자살예방센터(3.0%) 등의 순으로 이용률이 높게 나타났다.

표 Ⅲ-92 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	이용 경험	
		있음	없음
정신의료기관	3,992	7.1	92.9
정신건강복지센터, 자살예방센터	2,551	3.0	97.0
중독관리통합지원센터	681	2.0	98.0
도박문제관리센터	1,570	.7	99.3
스마트쉼센터	784	2.2	97.8
위(Wee) 프로젝트 기관	3,058	23.6	76.4
청소년상담복지센터	2,918	3.9	96.1
정신건강 상담 전화/핫라인	1,960	2.1	97.9
청소년모바일상담센터	1,394	3.8	96.2
청소년사이버상담센터	1,898	1.3	98.7

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있거나 들어본 적이 있다고 응답한 경우만 응답
2) 있음(① 이용한 적 있음), 없음(② 이용하고 싶었으나 이용 못 함+③ 이용한 적 없음)

이어서 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)을 이용한 적이 있다고 응답한 학생 청소년을 대상으로 도움 정도와 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유에 관해 확인하였다. 다만, 관련 기관(혹은 서비스)별로 이용 경험이 있다고 응답한 학생 청소년이 매우 적기 때문에 결과를 해석하는 데 주의할 필요가 있다. 먼저, 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 도움 정도를 4점 척도(1점=전혀 도움이 되지 않았음, 2점=별로 도움이 되지 않았음, 3점=약간 도움이 되었음, 4점=매우 도움이 되었음)로 확인한 결과, 청소년상담복지센터(평균 2.84점), 위(Wee) 프로젝트 기관(평균 2.71점) 등의 순으로 도움 정도를 높게 평가하였다. 그리고 도움 정도를 부정적으로 평가(전혀 도움이 되지 않았음+별로 도움이 되지 않았음)한 응답자에게 그 이유를 질문한 결과, 관련 기관(혹은 서비스)별로 다소 차이가 있으나 대체로 ‘정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험하는 정신건강 문제나 나를 잘 이해하지 못해서’를 주된 이유로 평가하였다.

표Ⅲ-93 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 도움 정도: 학생 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차
정신의료기관	285	28.3	16.5	34.9	20.4	2.47	1.11
정신건강복지센터, 자살예방센터	76	28.7	12.2	37.4	21.6	2.52	1.13
중독관리통합지원센터	14	54.8	16.1	21.1	8.1	1.82	1.06
도박문제관리센터	10	63.5	5.1	22.6	8.9	1.77	1.13
스마트쉼센터	17	19.0	9.7	59.1	12.3	2.65	.95
위(Wee) 프로젝트 기관	721	12.4	21.6	49.3	16.8	2.71	.89
청소년상담복지센터	112	14.4	8.5	56.0	21.1	2.84	.92
정신건강 상담 전화/핫라인	42	38.6	7.7	41.2	12.5	2.28	1.12
청소년모바일상담센터	52	30.2	20.6	39.5	9.8	2.29	1.01
청소년사이버상담센터	24	29.4	14.8	44.8	11.0	2.37	1.04

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 이용한 적이 있다고 응답한 경우만 응답
2) 4점 척도(① 전혀 도움이 되지 않았음, ② 별로 도움이 되지 않았음, ③ 약간 도움이 되었음, ④ 매우 도움이 되었음)

표Ⅲ-94 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유: 학생 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥
정신의료기관	127	20.1	17.3	2.9	2.4	29.2	28.0
정신건강복지센터, 자살예방센터	31	18.4	13.5	.0	1.5	44.6	22.0
중독관리통합지원센터	10	55.2	14.6	7.5	10.7	11.9	.0
도박문제관리센터	7	21.0	23.3	.0	.0	.0	55.7
스마트쉼센터	5	56.3	.0	.0	18.1	25.6	.0
위(Wee) 프로젝트 기관	245	5.0	12.2	.7	2.6	43.2	36.3
청소년상담복지센터	26	5.5	9.7	4.6	7.1	48.0	25.1
정신건강 상담 전화/핫라인	19	19.5	8.2	3.5	.0	62.1	6.7
청소년모바일상담센터	27	7.0	6.5	.0	3.7	62.3	20.4
청소년사이버상담센터	11	.0	20.1	.0	7.2	39.0	33.7

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)이 도움이 되지 않았다(전혀 도움이 되지 않았음+별로 도움이 되지 않았음)고 응답한 경우만 응답
2) ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ③ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(야간에 이용할 수 없음), ④ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑤ 정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험하는 정신건강 문제를 나를 잘 이해하지 못해서, ⑥ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 나의 믿음이 부족해서

(6) 소결

이상에서 학생 청소년의 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험에 대해 살펴 보았으며, 이에 관한 주요 결과를 요약정리하면 다음과 같다. 먼저, 정신건강서비스를 받는 것이 부담스러운지를 4점 척도로 측정한 결과, 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 상회하는 평균 2.17점으로 확인되었으며, 여학생이 남학생보다, 그리고 중학생, 고등학생, 초등학생의 순으로 정신건강서비스를 부담스럽게 생각하는 경향이 높게 나타났다. 사람들이 정신건강 서비스 이용을 어려워하는 장애요인에 대해서는 ‘다른 사람들이 나에게 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’를 가장 많이 선택했다. 아울러 서비스에 대한 낮은 필요성, 비용 문제, 기관에 대한 낮은 신뢰도 등도 학생 청소년이 생각하는 정신건강 서비스 이용의 주요 장애요인으로 확인됐다. 특히, 초등학생은 기관(시설)에 대한 낮은 신뢰도를, 중고등학생은 타인의 시선을 가장 높은 장애요인으로 꼽았다.

한편, 정신건강에 문제가 발생했을 때 학생 청소년은 부모님(보호자)과 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타났다. 이러한 점은 청소년의 정신건강과 관련하여 1차 지지체계인 부모의 역할이 중요하며, 부모의 역할과 기능을 강화할 수 있는 다양한 대책 마련이 필요함을 시사한다. 가장 희망하는 상담 방식으로는 ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’으로 나타났으며, 구체적으로 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 확인되었다. 마지막으로, 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 비율은 11.5%~67.2%로 나타났으며, 전반적으로 정신건강 관련 기관(서비스)에 대한 학생 청소년의 인지도가 높지 않은 것으로 나타났다. 정신건강 관련 기관 및 서비스에 대한 접근성을 높이고 실효성을 높이기 위해 더욱 적극적인 홍보가 필요해 보인다.

표Ⅲ-95 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학생 청소년

구분		전체	성별	학교급	비고
정신건강 서비스에 대한 인식		2.17점	여>남	중>고>초	평균(4점 척도)
정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식 (④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서)		17.7%	-	-	비율(13가지 보기)
스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도		2.37점	여>남	중,고>초	평균(4점 척도)
정신건강 상의(상담) 선호 대상	부모님(보호자)	2.81점	-	초>중	평균(4점 척도)
	형제자매	2.21점	여>남	고>초,중	평균(4점 척도)
	친구나 선후배	2.44점	여>남	고>중>초	평균(4점 척도)
	학교 선생님	2.28점	남>여	-	평균(4점 척도)
	학원 선생님	1.76점	남>여	고>초,중	평균(4점 척도)
	정신과 의사	2.57점	여>남	고>중>초	평균(4점 척도)
	상담 전문가	2.54점	여>남	중,고>초	평균(4점 척도)
	SNS나 인터넷상의 불특정 사람	1.42점	여>남	고>중>초	평균(4점 척도)
정신건강 상담 선호 방식 (① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담)		68.2%	-	-	비율(5가지 보기)
정신건강 관련 기관 (혹은 서비스) 인지 여부 (① 알고 있음)	정신의료기관	67.2%	-	-	비율(2가지 보기)
	정신건강복지센터, 자살예방센터	43.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	중독관리통합지원센터	11.5%	-	-	비율(2가지 보기)
	도박문제관리센터	26.4%	-	-	비율(2가지 보기)
	스마트쉼센터	13.2%	-	-	비율(2가지 보기)
	위(Wee) 프로젝트 기관	51.5%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년상담복지센터	49.2%	-	-	비율(2가지 보기)
	정신건강 상담 전화/핫라인	33.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년모바일상담센터	23.5%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년사이버상담센터	32.0%	-	-	비율(2가지 보기)

* 주: 성별, 학교급 결과는 t/F검증에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 경우만 제시함.

2) 학교 밖 청소년

(1) 정신건강 서비스에 대한 인식

학교 밖 청소년을 대상으로 정신건강과 관련하여 약물, 치료, 상담 등의 서비스를 받는 것에 대해 어떻게 생각하는지를 4점 리커트 척도(1점=전혀 부담스럽지 않다, 2=부담스럽지 않은 편이다, 3=부담스러운 편이다, 4점=매우 부담스럽다)로 확인한 결과, 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 웃도는 수준인 평균 2.13점으로 나타났다. 구체적으로 부담스럽다(부담스러운 편이다+매우 부담스럽다)고 응답한 비율은 34.3%였고, 부담스럽지 않다(전혀 부담스럽지 않다+부담스럽지 않은 편이다)고 응답한 비율은 65.7%로 확인되었다. 연령대에 따라서는 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다 정신건강 서비스에 관해 부담스럽게 인식하는 경향이 높은 것으로 나타났다($t=2.595^*$, $df=750$).

표Ⅲ-96 정신건강 서비스에 대한 인식: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t
전체	752	31.5	34.2	23.8	10.5	2.13	.98	-
성별	남	266	34.2	28.9	23.3	13.5	2.16	1.05
	여	486	30.0	37.0	24.1	8.8	2.12	.94
연령대	초중	105	21.0	34.3	32.4	12.4	2.36	.95
	고	647	33.2	34.2	22.4	10.2	2.10	.98

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 부담스럽지 않다, ② 부담스럽지 않은 편이다, ③ 부담스러운 편이다, ④ 매우 부담스럽다)

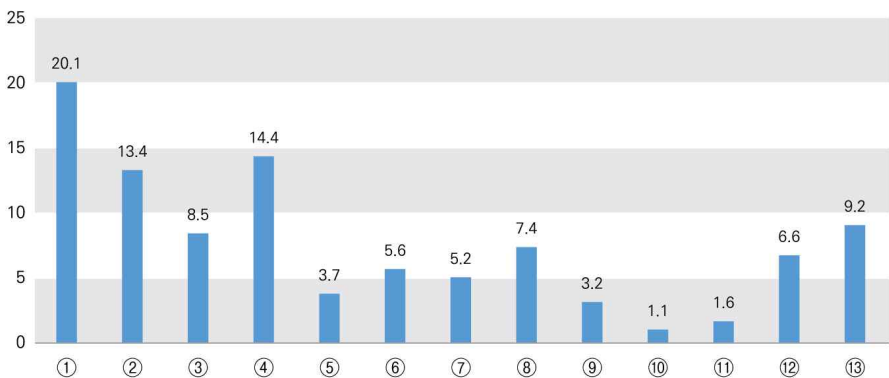
2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(2) 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식

사람들이 정신건강서비스를 받는 데 있어서 무엇이 가장 큰 장애요인이라고 생각하는지 살펴본 결과, 학교 밖 청소년은 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’(20.1%)를 가장 많이 선택했으며, 이어서 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(14.4%), ‘정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스가 필요하지 않다고 판단해서’(13.4%) 등의 순으로 응답하였다. 즉, 학교 밖 청소년은 비용 문제를 사람들이 정신건강서비스를 이용하는 데 가장 큰 장애요인으로 꼽았으며, 아울러 타인의 시선, 서비스에 대한 낮은 필요성 등도 주요 장애요인으로 평가했다.

(단위: %)



* 주: ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서, ③ 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서, ⑤ 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐), ⑥ 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움), ⑦ 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서, ⑧ 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐, ⑨ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ⑩ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(야간에 이용할 수 없음), ⑪ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑫ 정신건강서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나 환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서, ⑬ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

그림Ⅲ-96 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학교 밖 청소년(단위: %)

성별로 보면, 남자 청소년의 경우 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(15.0%)와 ‘정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스가 필요하지 않다고 판단해서’(14.7%)가 1, 2순위로 나타났고, 여자 청소년의 경우는 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’(23.9%)를 가장 많이 선택했다. 학교급에 따라서는 초중학생 연령대의 청소년은 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’(20.0%)를, 고등학생 연령대의 청소년은 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’(20.7%)를 사람들이 정신건강 서비스 이용을 어려워하는 가장 큰 장애요인으로 평가하였다.

표Ⅲ-97 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	
전체	752	20.1	13.4	8.5	14.4	3.7	5.6	5.2	7.4	3.2	1.1	1.6	6.6	9.2	
성별	남	266	13.2	14.7	7.1	15.0	3.0	5.6	9.0	6.4	4.5	1.1	1.5	6.0	12.8
	여	486	23.9	12.8	9.3	14.0	4.1	5.6	3.1	8.0	2.5	1.0	1.6	7.0	7.2
연령대	초중	105	16.2	16.2	8.6	20.0	1.0	1.0	5.7	6.7	1.9	1.9	2.9	4.8	13.3
	고	647	20.7	13.0	8.5	13.4	4.2	6.3	5.1	7.6	3.4	.9	1.4	7.0	8.5

* 주: 1) ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서, ③ 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서, ⑤ 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐), ⑥ 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움), ⑦ 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서, ⑧ 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐, ⑨ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ⑩ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(아간에 이용할 수 없음), ⑪ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑫ 정신건강서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나 환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서, ⑬ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

(3) 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도

주변 사람들에게 스트레스나 심리적인 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 편인지를 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(4점)까지의 4점 리커트 척도로 조사한 결과, 평균 2.31점으로 확인되었다. 구체적으로 학교 밖 청소년 가운데 44.3%가 그렇다(그런 편이다+매우 그렇다)고 응답하였고, 55.7%는 그렇지 않다(전혀 그렇지 않다+그렇지 않은 편이다)고 답하였다.

표Ⅲ-98 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F
전체	752	23.0	32.7	35.0	9.3	2.31	.93	-
성별	남	266	24.8	26.3	37.6	11.3	2.35	.98
	여	486	22.0	36.2	33.5	8.2	2.28	.90
연령대	초중	105	22.9	37.1	36.2	3.8	2.21	.84
	고	647	23.0	32.0	34.8	10.2	2.32	.94

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(4) 정신건강 상의(상담) 선호 대상과 방식

정신건강에 문제가 생겼을 때 다음의 대상들 즉, 부모님(보호자), 형제자매, 친구나 선후배, 꿈드림 센터 선생님, 학원 선생님, 정신과 의사, 상담 전문가, SNS나 인터넷상의 불특정 사람과 얼마나 상의(상담)할 의향이 있는지를 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않은 편이다, 3점=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 확인하였다. 그 결과, 전반적으로 제시된 대상들과 상의(상담)할

의향이 높지 않은 것으로 확인되었으며, 정신과 의사가 평균 2.60점으로 가장 높게 나타났다. 다음으로 상담 전문가(평균 2.51점), 부모님(보호자)(평균 2.46점), 친구나 선후배(평균 2.40점), 꿈드림 센터 선생님(평균 2.31점), 형제자매(평균 2.10)의 순으로 높게 나타났다. 이어서 SNS나 인터넷상의 불특정 사람(평균 1.58점), 학원 선생님(평균 1.51점)과 상의(상담)할 의향은 평균 2점(그렇지 않은 편이다)을 밑돌며 상대적으로 낮게 조사되었다.

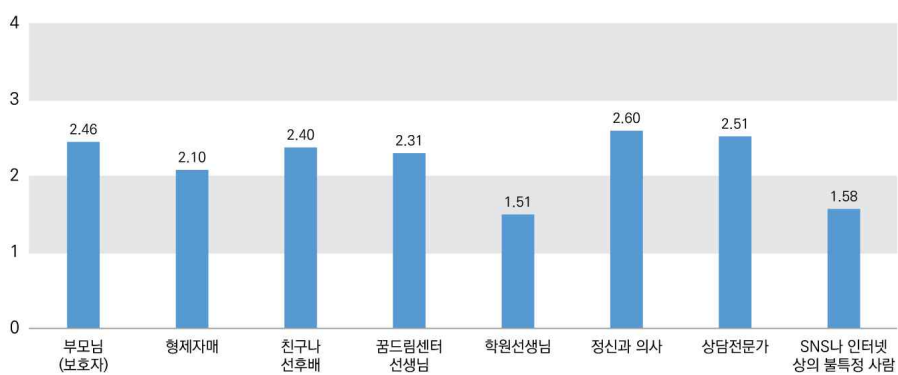


그림 Ⅲ-97 정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학교 밖 청소년(단위: 점)

성별로 보면, 정신건강 문제에 대해 부모님(보호자)($t=2.091^*$, $df=750$)과 상의(상담)할 의향은 남자 청소년이 여자 청소년보다 높았고, 정신과 의사($t=-2.001^*$, $df=508.087$), SNS나 인터넷상의 불특정 사람($t=-4.362^{***}$, $df=641.326$)과 상의(상담)할 의향은 여자 청소년이 남자 청소년보다 높게 나타났다. 연령대에 따라서는 부모님(보호자)($t=2.332^*$, $df=145.474$), 형제자매($t=2.216^*$, $df=672$) 즉, 가족과 상의(상담)할 의향은 초중학생 연령대의 청소년이 고등학생 연령대보다 높게 나타났지만, 꿈드림 센터 선생님($t=-2.227^*$, $df=143.408$), 정신과 의사($t=-3.294^{**}$, $df=750$)와 상의(상담)할 의향은 고등학생 연령대의 청소년이 초중학생 연령대보다 높은 것으로 확인되었다.

표Ⅲ-99 정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학교 밖 청소년

(단위: 명, 점)

구분		부모님(보호자)		형제자매		친구나 선후배		꿈드림 센터 선생님	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		2.46	1.15	2.10	1.12	2.40	1.05	2.31	1.00
성별	남	2.58	1.14	2.16	1.10	2.39	1.06	2.40	1.00
	여	2.40	1.16	2.07	1.12	2.40	1.04	2.26	1.00
	t	2.091*		.999		-.107		1.871	
연령대	초중	2.70	1.08	2.34	1.16	2.26	.99	2.11	.96
	고	2.43	1.16	2.06	1.10	2.42	1.06	2.34	1.01
	t	2.332*		2.216*		-1.510		-2.227*	
구분		학원 선생님		정신과 의사		상담 전문가		SNS나 인터넷상의 불특정 사람	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
전체		1.51	.84	2.60	1.09	2.51	1.05	1.58	.89
성별	남	1.59	.91	2.49	1.14	2.43	1.07	1.41	.76
	여	1.47	.81	2.66	1.05	2.56	1.04	1.68	.93
	t	1.876		-2.001*		-1.584		-4.362***	
연령대	초중	1.52	.84	2.28	1.11	2.34	1.05	1.49	.83
	고	1.51	.85	2.65	1.08	2.54	1.05	1.60	.89
	t	.137		-3.294**		-1.801		-1.224	

* 주: 1) 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

3) 형제자매: 형제자매가 없다고 응답한 경우는 분석에서 제외

4) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

이어서 학교 밖 청소년이 희망하는 상담 방식을 조사한 결과, ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’이 74.6%로 가장 높게 나타났다. 다음으로 ‘화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담’(18.5%), ‘직접 만나서 하는 집단상담’(3.2%)과 ‘1:1 화상 상담’(3.2%), ‘집단 화상 상담’(5%)의 순으로 확인되었다. 이를 온라인과 오프라인 상담, 개인과 집단상담으로 구분하여

살펴보면, 학교 밖 청소년은 온라인 상담(22.2%)보다 오프라인 상담(77.8%)을, 집단상담(3.7%)보다 개인상담(96.3%)을 더 선호하는 것을 확인할 수 있다³²⁾.

표Ⅲ-100 정신건강 상담 선호 방식: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분		사례수	①	②	③	④	⑤
전체		752	74.6	3.2	3.2	.5	18.5
성별	남	266	76.3	3.0	3.4	1.5	15.8
	여	486	73.7	3.3	3.1	.0	20.0
연령대	초중	105	61.0	3.8	3.8	2.9	28.6
	고	647	76.8	3.1	3.1	.2	16.8

* 주: 1) ① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담, ② 직접 만나서 하는 집단상담, ③ 1:1 화상 상담, ④ 집단 화상 상담, ⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

(5) 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부, 이용 경험, 도움 정도

학교 밖 청소년을 대상으로 10가지 정신건강 관련 기관이나 서비스에 대한 인지 여부, 이용 경험, 도움 정도와 도움을 받지 못했다고 느끼는 주된 이유에 관해 확인하였다. 먼저, 정신건강 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부를 살펴본 결과, 정신의료기관, 청소년상담복지센터에 대해 각각 78.7%, 75.0%의 학교 밖 청소년이 알고 있다고 응답하였으며, 다른 기관(혹은 서비스)에 비해 인지도가 상대적으로 높게 나타났다. 다음으로 위(Wee) 프로젝트 기관(65.0%), 정신건강 복지센터/자살예방센터(56.3%), 정신건강 상담 전화/핫라인(45.9%)의 순으로

32) 온라인 상담(③ 1:1 화상 상담+④ 집단 화상 상담+⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담), 오프라인 상담(① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담+② 직접 만나서 하는 집단상담) / 개인상담(① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담+③ 1:1 화상 상담+⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담), 집단상담(② 직접 만나서 하는 집단상담+④ 집단 화상 상담)

높게 나타났다. 이어서 도박문제관리센터는 29.0%, 청소년사이버상담센터는 26.2%, 청소년모바일상담센터는 22.9%, 중독관리통합지원센터는 15.7%, 스마트쉼센터는 9.3%의 청소년이 알고 있다고 응답하여 상대적으로 낮은 인지도를 보였다. 성별로 살펴보면, 중독관리통합지원센터와 도박문제관리센터를 제외하고 여자 청소년이 남자 청소년보다 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지도가 상대적으로 높게 나타났다. 연령대에 따라서는 정신의료기관, 위(Wee) 프로젝트 기관, 정신건강 상담 전화/핫라인 등에서는 고등학생 연령대의 청소년이, 스마트쉼센터, 청소년모바일상담센터 등에서는 초등학생 연령대의 청소년이 상대적으로 알고 있다고 응답한 비율이 높게 나타났다.

표Ⅲ-101 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)												사례수
구분		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
전체	알고 있음	78.7	56.3	15.7	29.0	9.3	65.0	75.0	45.9	22.9	26.2	752
	모름	21.3	43.8	84.3	71.0	90.7	35.0	25.0	54.1	77.1	73.8	
성별	남	알고 있음	66.5	48.5	15.8	34.2	7.1	50.4	65.8	33.8	14.7	266
		모름	33.5	51.5	84.2	65.8	92.9	49.6	34.2	66.2	85.3	
	여	알고 있음	85.4	60.5	15.6	26.1	10.5	73.0	80.0	52.5	27.4	486
		모름	14.6	39.5	84.4	73.9	89.5	27.0	20.0	47.5	72.6	
연령대	초중	알고 있음	61.9	54.3	16.2	28.6	20.0	40.0	72.4	39.0	30.5	105
		모름	38.1	45.7	83.8	71.4	80.0	60.0	27.6	61.0	69.5	
	고	알고 있음	81.5	56.6	15.6	29.1	7.6	69.1	75.4	47.0	21.6	647
		모름	18.5	43.4	84.4	70.9	92.4	30.9	24.6	53.0	78.4	

* 주: 1) ① 정신의료기관, ② 정신건강복지센터, 자살예방센터, ③ 중독관리통합지원센터, ④ 도박문제관리센터, ⑤ 스마트쉼센터, ⑥ 위(Wee) 프로젝트 기관, ⑦ 청소년상담복지센터, ⑧ 정신건강 상담 전화/핫라인, ⑨ 청소년모바일상담센터, ⑩ 청소년사이버상담센터
 2) 초중=초중학생 연령대(2006년~2011년생), 고=고등학생 연령대(2003년~2005년생)

다음으로 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 학교 밖 청소년을 대상으로 이용 경험에 대해 살펴보았다. 그 결과, 위(Wee) 프로젝트 기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 청소년이 60.5%로 가장 많았고, 이어서 청소년상담복지센터(41.8%), 정신의료기관(33.6%), 정신건강 상담 전화/핫라인(15.4%), 청소년모바일상담센터(13.4%), 정신건강복지센터/자살예방센터(11.6%) 등의 순으로 이용률이 높게 나타났다.

표Ⅲ-102 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	이용 경험	
		있음	없음
정신의료기관	592	33.6	66.4
정신건강복지센터, 자살예방센터	423	11.6	88.4
중독관리통합지원센터	118	1.7	98.3
도박문제관리센터	218	.9	99.1
스마트쉼센터	70	4.3	95.7
위(Wee) 프로젝트 기관	489	60.5	39.5
청소년상담복지센터	564	41.8	58.2
정신건강 상담 전화/핫라인	345	15.4	84.6
청소년모바일상담센터	172	13.4	86.6
청소년사이버상담센터	197	7.1	92.9

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있거나 들어본 적이 있다고 응답한 경우만 응답
 2) 있음① 이용한 적 있음, 없음② 이용하고 싶었으나 이용 못 함+③ 이용한 적 없음

이어서 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)을 이용한 적이 있다고 응답한 학교 밖 청소년을 대상으로 도움 정도와 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유에 관해 확인하였다. 다만, 관련 기관(혹은 서비스)별로 이용 경험이 있다고 응답한 학교 밖 청소년이 매우 적기 때문에 결과를 해석하는 데 주의할 필요가 있다. 먼저, 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 도움 정도를 전혀 도움이 되지

않았음(1점)에서 매우 도움이 되었음(4점)의 4점 척도로 확인한 결과, 청소년 상담복지센터(평균 2.97점), 정신의료기관(평균 2.69점) 등의 순으로 도움 정도를 높게 평가하였다. 그리고 도움 정도를 부정적으로 평가(전혀 도움이 되지 않았음+별로 도움이 되지 않았음)한 응답자에게 그 이유를 질문한 결과, 관련 기관(혹은 서비스)별로 다소 차이가 있으나 대체로 ‘정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험하는 정신건강 문제나 나를 잘 이해하지 못해서’와 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 나의 믿음이 부족해서’를 주된 이유로 평가하였다.

표Ⅲ-103 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 도움 정도: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	①	②	③	④	평균	표준편차
정신의료기관	199	12.6	25.1	43.2	19.1	2.69	.92
정신건강복지센터, 자살예방센터	49	22.4	32.7	34.7	10.2	2.33	.94
중독관리통합지원센터	2	50.0	.0	.0	50.0	2.50	2.12
도박문제관리센터	2	100.0	.0	.0	.0	1.00	.00
스마트쉼센터	3	33.3	.0	66.7	.0	2.33	1.15
위(Wee) 프로젝트 기관	296	26.0	25.3	38.2	10.5	2.33	.98
청소년상담복지센터	236	7.2	15.3	51.3	26.3	2.97	.84
정신건강 상담 전화/핫라인	53	37.7	17.0	35.8	9.4	2.17	1.05
청소년모바일상담센터	23	26.1	26.1	39.1	8.7	2.30	.97
청소년사이버상담센터	14	21.4	35.7	35.7	7.1	2.29	.91

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 이용한 적이 있다고 응답한 경우만 응답
 2) 4점 척도(① 전혀 도움이 되지 않았음, ② 별로 도움이 되지 않았음, ③ 약간 도움이 되었음, ④ 매우 도움이 되었음)

표Ⅲ-104 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 도움을 받지 못했다고 느끼는 이유: 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥
정신의료기관	75	14.7	1.3	2.7	5.3	53.3	22.7
정신건강복지센터, 자살예방센터	27	14.8	11.1	11.1	3.7	33.3	25.9
중독관리통합지원센터	1	100.0	.0	.0	.0	.0	.0
도박문제관리센터	2	50.0	.0	.0	.0	.0	50.0
스마트쉼센터	1	.0	.0	.0	.0	.0	100.0
위(Wee) 프로젝트 기관	152	1.3	3.9	1.3	4.6	56.6	32.2
청소년상담복지센터	53	1.9	15.1	1.9	3.8	34.0	43.4
정신건강 상담 전화/핫라인	29	3.4	10.3	3.4	3.4	69.0	10.3
청소년모바일상담센터	12	.0	.0	8.3	.0	83.3	8.3
청소년사이버상담센터	8	.0	12.5	.0	.0	50.0	37.5

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)이 도움이 되지 않았다(전혀 도움이 되지 않았음+별로 도움이 되지 않았음)고 응답한 경우만 응답

- 2) ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ③ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(아간에 이용할 수 없음), ④ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑤ 정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험하는 정신건강 문제나 나를 잘 이해하지 못해서, ⑥ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 나의 믿음이 부족해서

(6) 소결

학교 밖 청소년의 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험에 관한 주요 결과를 요약정리하면 다음과 같다. 우선, 정신건강서비스를 받는 것이 부담스러운지는 4점 척도를 기준으로 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 웃도는 수준인 평균 2.17점으로 확인되었다. 사람들이 정신건강 서비스 이용을 어려워하는 장애요인에 대해서는 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’를 가장 많이 선택했다. 아울러 타인의 시선, 서비스에 대한 낮은 필요성 등도 학교 밖 청소년이 생각하는 정신건강 서비스 이용의 주요한 장애요인으로

확인됐다. 특히, 초중학생 연령대의 청소년은 타인의 시선을, 고등학생 연령대의 청소년은 비용 문제를 사람들이 정신건강 서비스 이용을 어려워하는 가장 큰 장애요인으로 보았다.

정신건강에 문제가 발생했을 때 학교 밖 청소년은 정신과 의사와 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타났다. 가장 희망하는 상담 방식은 ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’으로 나타났으며, 구체적으로 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 조사되었다. 한편, 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 비율은 9.3%~78.7%로 나타나 관련 기관(서비스)에 대한 인지도 차이가 비교적 큰 것으로 나타났다. 청소년이 도움이 필요할 때 적절한 지원을 받을 수 있도록 인지도가 낮은 기관(서비스)에 대해서는 보다 적극적인 홍보가 필요해 보인다.

표Ⅲ-105 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학교 밖 청소년

구분		전체	성별	연령대	비고
정신건강 서비스에 대한 인식		2.13점	-	초중>고	평균(4점 척도)
정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식 (① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서)		20.1%	-	-	비율(13가지 보기)
스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도		2.31점	-	-	평균(4점 척도)
정신건강 상의(상담) 선호 대상	부모님(보호자)	2.46점	남>여	초중>고	평균(4점 척도)
	형제자매	2.10점	-	초중>고	평균(4점 척도)
	친구나 선후배	2.40점	-	-	평균(4점 척도)
	꿈드림 센터 선생님	2.31점	-	고>초중	평균(4점 척도)
	학원 선생님	1.51점	-	-	평균(4점 척도)
	정신과 의사	2.60점	여>남	고>초중	평균(4점 척도)
	상담 전문가	2.51점	-	-	평균(4점 척도)
	SNS나 인터넷상의 불특정 사람	1.58점	여>남	-	평균(4점 척도)

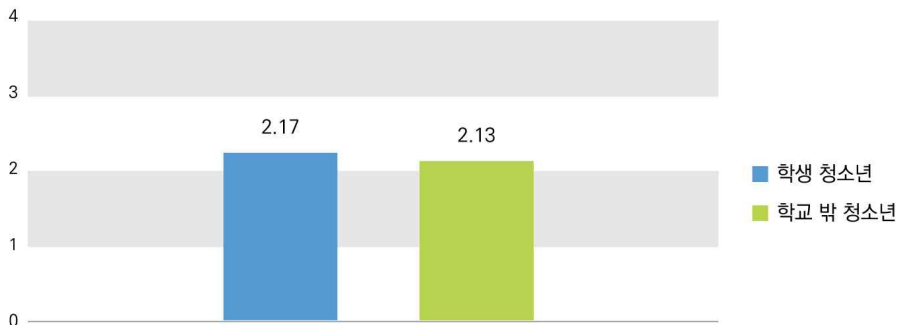
구분		전체	성별	연령대	비고
정신건강 상담 선호 방식 (① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담)		74.6%	-	-	비율(5가지 보기)
정신건강 관련 기관 (혹은 서비스) 인지 여부 (① 알고 있음)	정신의료기관	78.7%	-	-	비율(2가지 보기)
	정신건강복지센터, 자살예방센터	56.3%	-	-	비율(2가지 보기)
	중독관리통합지원센터	15.7%	-	-	비율(2가지 보기)
	도박문제관리센터	29.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	스마트심센터	9.3%	-	-	비율(2가지 보기)
	위(Wee) 프로젝트 기관	65.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년상담복지센터	75.0%	-	-	비율(2가지 보기)
	정신건강 상담 전화/핫라인	45.9%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년모바일상담센터	22.9%	-	-	비율(2가지 보기)
	청소년사이버상담센터	26.2%	-	-	비율(2가지 보기)

* 주: 성별, 연령대(초중=초중학생 연령대, 고=고등학생 연령대) 결과는 t검증에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 경우만 제시함.

3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 비교

(1) 정신건강 서비스에 대한 인식

정신건강과 관련하여 약물, 치료, 상담 등의 서비스를 받는 것이 부담스러운지를 4점 리커트 척도(1점=전혀 부담스럽지 않다, 2=부담스럽지 않은 편이다, 3=부담스러운 편이다, 4점=매우 부담스럽다)로 살펴보았다. 그 결과, 학생 청소년(평균 2.17점)과 학교 밖 청소년(평균 2.13점) 모두 평균 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 상회하는 유사한 수준으로 확인되었다. 부연하면, 부담스럽지 않다(전혀 부담스럽지 않다+부담스럽지 않은 편이다)고 응답한 비율은 학생 청소년이 65.3%, 학교 밖 청소년이 65.7%로 나타났으며, 부담스럽다(부담스러운 편이다+매우 부담스럽다)고 응답한 비율은 각각 34.7%, 34.3%로 조사되었다.



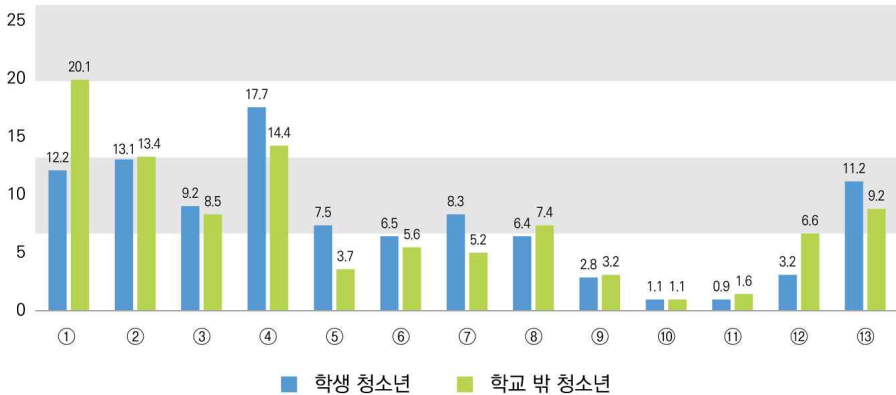
* 주: 4점 척도(① 전혀 부담스럽지 않다, ② 부담스럽지 않은 편이다, ③ 부담스러운 편이다, ④ 매우 부담스럽다)

그림Ⅲ-98 정신건강 서비스에 대한 인식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

(2) 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식

사람들이 정신건강서비스를 받는 데 있어서 무엇이 가장 큰 장애요인이라고 생각하는지는 학생 청소년의 경우 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’를 가장 많이 선택했지만, 학교 밖 청소년의 경우 ‘정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’를 가장 많이 선택하였다. 즉, 학생 청소년은 타인의 시선을, 학교 밖 청소년은 비용 문제를 정신건강 서비스 이용의 가장 큰 장애요인으로 꼽았다. 이어서 학생 청소년의 경우 ‘정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스가 필요하지 않다고 판단해서’를, 학교 밖 청소년의 경우 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’를 높게 평가하였다.

(단위: %)

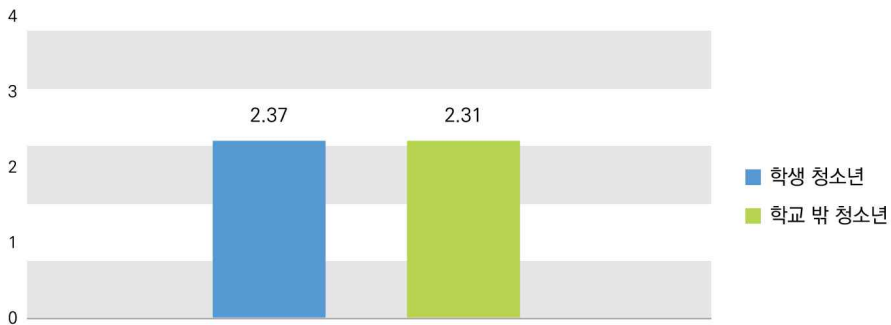


* 주: ① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ② 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서, ③ 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서, ⑤ 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐), ⑥ 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움), ⑦ 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서, ⑧ 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐, ⑨ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서, ⑩ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(야간에 이용할 수 없음), ⑪ 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서, ⑫ 정신건강서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나 환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서, ⑬ 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

그림Ⅲ-99 정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

(3) 스트레스나 심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도

주변 사람들에게 스트레스나 심리적인 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 편인지를 4점 리커트 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않은 편이다, 3=그런 편이다, 4점=매우 그렇다)로 조사한 결과, 학생 청소년(평균 2.37점)과 학교 밖 청소년(평균 2.31점)이 유사한 수준으로 응답한 것으로 나타났다. 구체적으로 보면, 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 과반수(각각 53.3%, 55.7%)가 스트레스나 심리적 불편함을 주변 사람들에게 쉽게 터놓고 이야기하지 않는다(전혀 그렇지 않다+그렇지 않은 편이다)고 답했다.

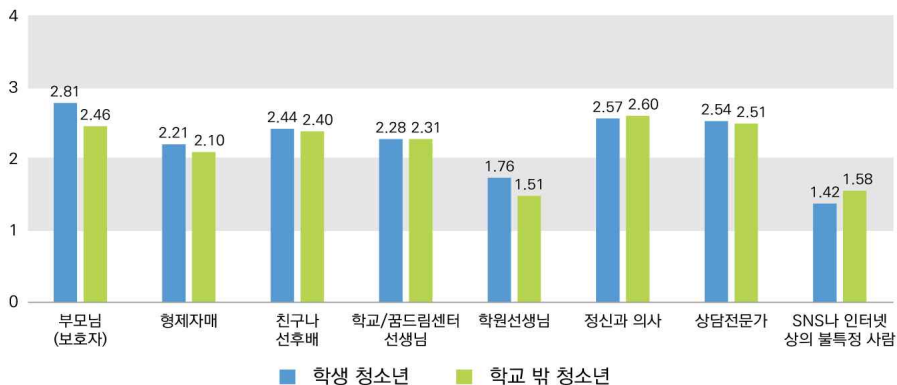


* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

**그림 Ⅲ-100 스트레스/심리적 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도:
학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)**

(4) 정신건강 상의(상담) 선호 대상과 방식

정신건강에 문제가 발생했을 때 다음의 대상들 즉, 부모님(보호자), 형제자매, 친구나 선후배, 학교 선생님(학생 청소년) 혹은 꿈드림 센터 선생님(학교 밖 청소년), 학원 선생님, 정신과 의사, 상담 전문가, SNS나 인터넷상의 불특정 사람과 얼마나 상의(상담)할 의향이 있는지를 전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다 (4점)까지의 4점 리커트 척도로 측정하였다. 그 결과, 학생 청소년은 부모님 (보호자)과 상의(상담)할 의향이, 학교 밖 청소년은 정신과 의사와 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타났다. 한편, 부모님(보호자)($t=7.788$, $df=926.690$, $p<.001$), 형제자매($t=2.429$, $df=5963$, $p<.05$), 학원 선생님 ($t=7.577$, $df=985.500$, $p<.001$)과 상의(상담)할 의향은 학생 청소년이 학교 밖 청소년보다 높게 나타났지만, SNS나 인터넷상의 불특정 사람($t=-4.868$, $df=896.237$, $p<.001$)과 상의(상담)할 의향은 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 높은 것으로 확인되었다.

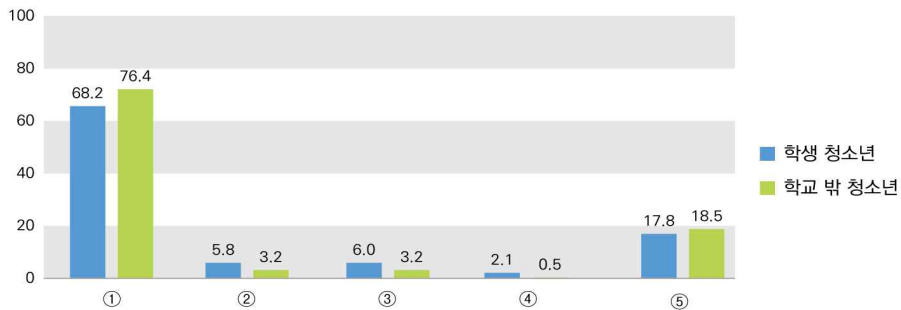


* 주: 4점 척도(① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다)

그림Ⅲ-101 정신건강 상의(상담) 선호 대상: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: 점)

선호하는 상담 방식으로는 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’을 가장 높게 평가했으며, 특히 학교 밖 청소년의 응답 비율이 학생 청소년보다 상대적으로 높게 나타났다. 다음으로 화상 상담을 제외한 온라인 상담, 즉 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 활용한 상담의 선호도가 높게 나타났다. 전반적으로 청소년은 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 확인되었다.

(단위: %)

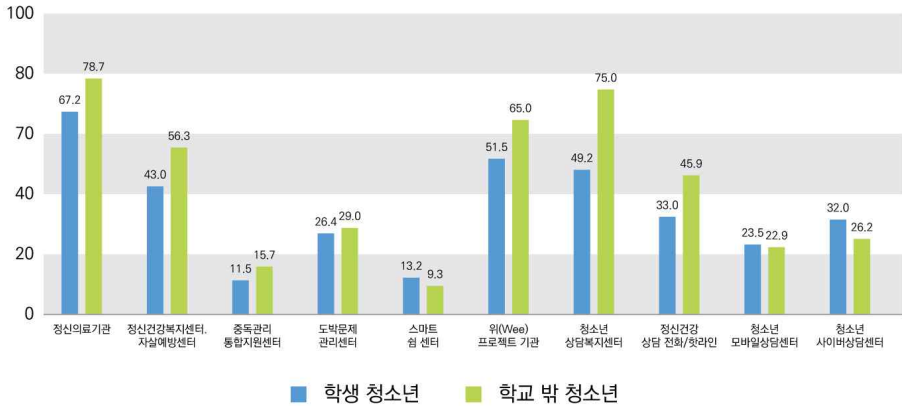


* 주: ① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담, ② 직접 만나서 하는 집단상담, ③ 1:1 화상 상담, ④ 집단 화상 상담, ⑤ 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담

그림Ⅲ-102 정신건강 상담 선호 방식: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

(5) 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부, 이용 경험

(단위: %)



* 주: 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있거나 들어본 적이 있다고 응답한 비율

그림III-103 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 인지 여부: 학생 청소년과 학교 밖 청소년(단위: %)

청소년을 대상으로 10가지 정신건강 관련 기관이나 서비스에 대한 인지 여부와 이용 경험에 대해 살펴보았다. 먼저, 정신건강 기관(혹은 서비스)에 대한 인지 여부를 살펴본 결과, 청소년이 가장 높게 인지하고 있는 기관은 정신의료기관으로 나타났다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년을 비교해서 살펴보면, 몇몇 기관을 제외하고 전반적으로 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 인지도가 높은 것으로 나타났다.

다음으로 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 청소년을 대상으로 이용 경험에 대해 살펴보았다. 그 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 위(Wee) 프로젝트 기관의 이용 경험이 가장 많았으며, 특히 학교 밖 청소년의 이용률이 약 2.5배가량 높은 것으로 나타났다. 그밖에 제시된 청소년상담복지센터, 정신의료기관 등 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대한 이용률에서도 학교 밖 청소년이 학생 청소년보다 대부분 높게 나타났다.

표Ⅲ-106 정신건강 관련 기관(혹은 서비스) 이용 경험: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

(단위: 명, %)

구분	학생 청소년			학교 밖 청소년		
	사례수	경험 있음	경험 없음	사례수	경험 있음	경험 없음
정신의료기관	3,992	7.1	92.9	592	33.6	66.4
정신건강복지센터, 자살예방센터	2,551	3.0	97.0	423	11.6	88.4
중독관리통합지원센터	681	2.0	98.0	118	1.7	98.3
도박문제관리센터	1,570	.7	99.3	218	.9	99.1
스마트쉼센터	784	2.2	97.8	70	4.3	95.7
위(Wee) 프로젝트 기관	3,058	23.6	76.4	489	60.5	39.5
청소년상담복지센터	2,918	3.9	96.1	564	41.8	58.2
정신건강 상담 전화/핫라인	1,960	2.1	97.9	345	15.4	84.6
청소년모바일상담센터	1,394	3.8	96.2	172	13.4	86.6
청소년사이버상담센터	1,898	1.3	98.7	197	7.1	92.9

* 주: 1) 해당 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있거나 들어본 적이 있다고 응답한 경우만 응답
2) 있음(① 이용한 적 있음), 없음(② 이용하고 싶었으나 이용 못 함+③ 이용한 적 없음)

(6) 소결

학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태를 비교한 결과는 다음과 같다. 우선, 정신건강 서비스를 받는 것이 부담스러운지에 대해 살펴본 결과, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 4점 척도를 기준으로 평균 2점(부담스럽지 않은 편이다)을 상회하는 유사한 수준으로 확인되었다. 사람들의 정신건강 서비스 이용을 어렵게 하는 장애요인에 대해서는 학생 청소년의 경우 ‘다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서’를 가장 많이 선택했지만, 학교 밖 청소년의 경우 ‘정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서’를 가장 많이 선택했다. 즉, 학생 청소년은 타인의 시선을, 학교 밖 청소년은 비용 문제를 정신건강 서비스 이용의 가장 큰 장애요인

으로 꼽았다. 이러한 점은 청소년의 정신건강 증진을 위해 정신건강 서비스에 대한 잘못된 인식이나 편견을 개선하기 위한 노력과 함께 이용 비용을 지원하는 방안을 모색할 필요가 있음을 시사한다. 아울러 청소년이 이용할 수 있는 다양하고 효과적인 무료 정신건강 서비스에 대한 보다 적극적인 홍보가 필요해 보인다.

한편, 정신건강에 문제가 생겼을 때 부모님(보호자), 형제자매, 친구나 선후배, 학교 혹은 꿈드림 센터 선생님, 학원 선생님, 정신과 의사, 상담 전문가, SNS나 인터넷상의 불특정 사람과 얼마나 상의(상담)할 의향이 있는지를 확인한 결과, 학생 청소년은 부모님(보호자)과 상의(상담)할 의향이, 학교 밖 청소년은 정신과 의사와 상의(상담)할 의향이 상대적으로 높게 나타났다. 다만, 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 제시된 사람들과 상의(상담)할 의향이 대체로 높지 않은 것으로 확인되었다. 청소년의 정신건강 문제를 조기에 발견하고 적절한 지원이 이뤄질 수 있도록 다각적인 대책 마련이 필요할 것으로 생각된다.

선호하는 상담 방식으로는 학생 청소년과 학교 밖 청소년 모두 ‘직접 만나서 하는 1:1 개인상담’을 가장 높게 평가했으며, 전반적으로는 온라인 상담보다 오프라인 상담을, 집단상담보다 개인상담을 더 선호하는 것으로 확인되었다. 청소년이 선호하는 상담 방식과 함께 정신건강 서비스에 대한 타인의 시선에 대한 우려 등을 고려할 때 지역의 상담실 이외에 청소년에게 접근성이 좋고 안정성과 독립성이 보장된 상담 공간에 대한 고민도 필요해 보인다. 즉, 청소년에게 친숙한 공간인 청소년수련관, 청소년문화의집 등과의 연계 강화를 통해 상담 공간을 확장하는 등 보다 효과적인 상담 지원 방안을 마련할 필요가 있다.

마지막으로, 10가지 정신건강 관련 기관(혹은 서비스)에 대해 알고 있다고 응답한 비율은 학생 청소년의 경우 11.5%~67.2%, 학교 밖 청소년의 경우 9.3%~78.7%로 나타났으며, 기관(서비스)별로 차이가 있지만 대체로 인지도가 높지 않은 것으로 확인되었다. 정신건강 관련 기관 및 서비스에 대한 접근성을 높이고 실효성을 높이기 위해 청소년을 대상으로 더 적극적인 홍보가 요구된다.

표Ⅲ-107 정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험 실태 주요 결과: 학생 청소년과 학교 밖 청소년

구분		학생 청소년	학교 밖 청소년	비고
정신건강 서비스에 대한 인식		2.17점	2.13점	평균(4점 척도)
정신건강 서비스 이용의 장애요인에 대한 인식 (① 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서, ④ 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서)		④ 17.7%	① 20.1%	비율(13가지 보기)
스트레스나 심리적 불편함에 대해 이야기하는 정도		2.37점	2.31점	평균(4점 척도)
정신건강 상의(상담) 선호 대상	부모님(보호자)	2.81점	2.46점	평균(4점 척도)
	형제자매	2.21점	2.10점	평균(4점 척도)
	친구나 선후배	2.44점	2.40점	평균(4점 척도)
	학교 선생님 / 꿈드림 센터 선생님	2.28점	2.31점	평균(4점 척도)
	학원 선생님	1.76점	1.51점	평균(4점 척도)
	정신과 의사	2.57점	2.60점	평균(4점 척도)
	상담 전문가	2.54점	2.51점	평균(4점 척도)
	SNS나 인터넷상의 불특정 사람	1.42점	1.58점	평균(4점 척도)
정신건강 상담 선호 방식 (① 직접 만나서 하는 1:1 개인상담)		68.2%	74.6%	비율(5가지 보기)
정신건강 관련 기관 (혹은 서비스) 인지 여부 (① 알고 있음)	정신의료기관	67.2%	78.7%	비율(2가지 보기)
	정신건강복지센터, 자살예방센터	43.0%	56.3%	비율(2가지 보기)
	중독관리통합지원센터	11.5%	15.7%	비율(2가지 보기)
	도박문제관리센터	26.4%	29.0%	비율(2가지 보기)
	스마트쉼센터	13.2%	9.3%	비율(2가지 보기)
	위(Wee) 프로젝트 기관	51.5%	65.0%	비율(2가지 보기)
	청소년상담복지센터	49.2%	75.0%	비율(2가지 보기)
	정신건강 상담 전화/핫라인	33.0%	45.9%	비율(2가지 보기)
	청소년모바일상담센터	23.5%	22.9%	비율(2가지 보기)
	청소년사이버상담센터	32.0%	26.2%	비율(2가지 보기)

* 주: 평균 비교 시 통계적으로 유의한 차이가 있는 부분은 음영 처리함.

5. 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간 관계 분석

우리는 지금까지 다양한 정신건강 문제와 이에 영향을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 노출 실태를 살펴보았다. 본 절에서는 두 청소년 집단이 노출된 정신건강 문제와 보호 및 위험 요인 간에 존재하는 상관성을 실증하고자 다중회귀분석을 이용한 심층 분석이 시행되었으며 집단별, 정신건강 문제별로 주요 분석 결과를 제시하였다.

다중회귀분석에 투입된 종속 및 독립변수의 종류와 속성은 다음과 같다.

표Ⅲ-108 회귀분석 투입 변수 개요

회귀분석 변수		변수 속성		
		연속형	명목형	비고
종속 변수	ADHD 총점	○		
	자해 총점	○		
	신체화 총점	○		
	우울 총점	○		
	불안 총점	○		
	자살 총점	○		
	스트레스 총점	○		
	COVID-19 외상성 고통 지수 총점	○		
독립 변수	부모의 긍정적 양육 태도	○		- 따스함, 거부, 자율지지, 강요, 구조제공, 비일관성, 방임, 학대의 합계 - 거부, 강요, 비일관성, 학대는 역 코딩 후 점수 집계 - 합계 점수가 클수록 양육 태도의 긍정성 증가 의미
	긍정적 가족관계	○		- 점수가 높을수록 가족관계의 긍정성 증가
	긍정적 사회 지지	○		- 점수가 높을수록 사회 지지의 수준 증가
	학교 적응	○		- 학교 수업, 교사 관계, 친구 관계, 학교생활의 합계 점수 - 합계 점수가 높을수록 학교 적응 수준 증가

회귀분석 변수		변수 속성		
		연속형	명목형	비고
독립 변수	학업 성적 만족 여부*		○	- 불만족(준거집단) - 만족
	학업 성적*		○	- 나쁨(준거집단) - 중간 - 우수
	학습 목적 매체 이용	○		- 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용 수준 원점수 - 점수가 높을수록 학습 목적 매체 이용이 많음
	비학습 목적 매체 이용	○		- 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용, 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용, 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통 목적 이용 수준 원점수의 합계 평균 - 점수가 높을수록 비학습 목적 매체 이용이 많음
	신체인지 왜곡 수준		○	- 실제 BMI 대비 자신의 체형을 찌 편으로 인식 (준거집단) - 실제 BMI와 체형 인지 일치(정상인지) - 실제 BMI 대비 체형을 마른 편으로 인지(과소인지)
	외모 만족 여부		○	- 불만족(준거집단) - 만족
	자아존중감	○		- 점수가 높을수록 자아존중감 수준 증가
	진로 성숙도	○		- 점수가 높을수록 진로 성숙도 수준 증가
	권장 수면시간 충족 여부		○	- 미충족(준거집단) - 충족
	피로회복을 위한 수면시간 충족 여부		○	- 미충족(준거집단) - 충족
	신체 질병/ 장애 유무		○	- 없음(준거집단) - 있음
	규칙 식사 여부		○	- 아니요(준거집단) - 예
	영양 식사 여부		○	- 아니요(준거집단) - 예
	주관적 건강 상태		○	- 건강하지 않음(준거집단) - 건강함

회귀분석 변수	변수 속성		
	연속형	명목형	비고
독립 변수	권장 운동 일수 충족 여부	○	- 미충족 (준거집단) - 충족
	비행	○	- 경 비행 점수(흡연, 음주, 무단결석, 가출 경험)와 중 비행 점수(패싸움, 절도, 도박 경험)의 합계 점수
	가해	○	- 가해 경험(놀리거나 조롱, 집단따돌림, 구타, 협박, 뺨뜯기, 욕설, 성폭행이나 성희롱)의 합계 점수
	피해	○	- 피해 경험(놀리거나 조롱, 집단따돌림, 구타, 협박, 뺨뜯기, 욕설, 성폭행이나 성희롱)의 합계 점수
	성별	○	- 남자(준거집단) - 여자
	연령	○	
	가족과의 동거 여부	○	- 비동거(준거집단) - 동거
	부모의 혼인 상태	○	- 별거, 이혼, 사별(준거집단) - 동거
	다문화 가정 여부	○	- 예(준거집단) - 아니요
	가정 형편	○	- 하(준거집단) - 중 - 상
	가정 형태	○	- 한 부모, 조손, 소년/소녀 가정, 기타(준거집단) - 양부모 가정

* 해당 변수는 학생 청소년 대상 분석에서만 사용됨.

1) 학생 청소년

(1) ADHD

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 ADHD 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.372이었고 적합도는

$F(32, 5,904)=110.662$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 또한, 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF)를 확인한 결과 임계치³³⁾를 넘는 경우가 없어 독립변수 간의 다중공선성 문제가 존재하지 않음이 확인됐다. 변수들의 영향력을 살펴보면 ADHD 문제와 부적 상관관계, 즉 ADHD 수준을 완화하는 보호 요인으로 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학교 적응, 좋은 성적, 학습 목적의 매체 이용량, 자신의 체형을 BMI 대비 과대하게 인지하지 않는 경향, 외모에 대한 만족, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 규칙적이고 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 성별, 나이, 양호한 가정 형편 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 학교 적응 수준이 높을수록, 성적이 좋을수록, 평소 학습 목적으로 매체를 많이 이용할수록, 자신의 체형을 실제보다 비만하게 인지하지 않으며 외모에 만족할수록, 자아존중감과 진로 성숙도가 높을수록, 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 있다고 생각할수록, 영양가 있는 식단으로 규칙적으로 식사를 할수록, 자신이 건강하다고 생각할수록, 여자일수록, 나이가 많을수록, 마지막으로 가정 형편이 좋을수록 ADHD 문제의 심각성은 줄어드는 경향을 보여주었다.

특히 이들 보호 요인 가운데 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학교 적응, 성적, 나이, 자아존중감 등의 표준화 계수는 여타 보호 요인의 표준화 계수보다 높게 나타났는데 이는 해당 변수들의 보호 정도가 상대적으로 높음을 의미한다.

반대로 긍정적 가족관계, 긍정적 사회 지지, 비학습 목적 매체 이용 정도, 권장 수면시간 충족, 그리고 가해 경험 등은 ADHD 문제의 심각성을 높여주는 정적 상관 관계를 보여주었다. 즉, 가족관계와 사회 지지 수준이 양호할수록, 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 매체를

33) 일반적으로 공차 한계(tolerance)가 .1보다 작거나 분산 팽창지수(VIF)가 10을 초과하는 경우 다중공선성 문제가 있다고 진단됨.

많이 이용할수록, 권장 수면시간이 충족될수록, 그리고 타인에 대한 폭력 가해 경험이 많을수록 ADHD 문제의 심각성이 높아졌다는 의미다.

이 가운데 양호한 가족관계와 사회 지지가 ADHD의 심각성을 높이는 위험 요인으로 작용했다는 역설적 결과는 일견 의문을 자아내는데 여기에는 해석의 주의가 요구된다. 일반적으로 회귀분석은 종속변수와 독립변수의 인과성을 밝히기 위해 사용되며 이를 위해서는 종속변수에 대한 독립변수의 시간적 선행(temporal precedence)이 전제돼야 한다. 그러나 본 분석의 경우 독립변수와 종속변수의 시간적 선후 관계(temporal order)를 단정하기 어려운 근본적 제약이 존재한다. 즉, 분석 결과만 놓고 보면 가족관계와 사회 지지가 학생 청소년이 경험하는 ADHD 문제를 심각하게 만들고 있는 것처럼 보이나 실제로는 ADHD 문제를 겪고 있는 청소년의 경우 정신건강 문제로 인해 부모(보호자)와 가족 그리고 주변 사람들이 해당 청소년에게 더 많은 관심과 지지를 보여주게 된다. 따라서 여기서는 ADHD라는 정신건강 문제가 역으로 청소년의 가족관계와 사회 지지를 끌어올리는 역할을 했다고 해석하는 것이 더 타당할 것이다.

따라서 변수 간의 시간적 선후 관계를 단정하기 어렵고 이로 인해 인과성 규명이 제한적일 수밖에 없는 본 연구의 한계를 고려한 채 위의 분석 결과를 다시 해석한다면 ADHD를 경험하는 학생 청소년에게는 가정환경과 관계 차원에서 부모 또는 보호자의 긍정적인 양육 태도, 가족 간의 친밀한 관계, 그리고 주변으로부터의 지지가 확보되는 것이 중요하며, 학교 환경 차원에서는 해당 청소년이 자존감을 잃지 않고 학교생활과 진로 개발에 집중할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 또한 건강 행태 차원에서는 해당 청소년이 평소 피로 해소에 필요한 수면시간을 충분히 확보하며 영양 잡힌 식단으로 규칙적인 식사를 할 수 있도록 지원하는 것이 요구된다. 또한, 비학습 목적을 위해 컴퓨터나 스마트폰과 같은 매체를 과도하게 사용하지 못하도록 관리하는 것 또한 해당 청소년의 ADHD 증상을 완화하는데 긍정적으로 작용할 것이다.

표 III-109 학생 청소년 ADHD에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	62.584	1.431		43.748	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.142	.011	-.195	-12.521	.000	.439	2.280
긍정적 가족관계	.175	.053	.053	3.321	.001	.408	2.451
긍정적 사회 지지	.151	.055	.036	2.753	.006	.625	1.599
학교 적응	-.273	.024	-.177	-11.375	.000	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	-.032	.274	-.002	-.116	.908	.619	1.615
학업 성적(중간)	-3.123	.313	-.148	-9.973	.000	.481	2.077
학업 성적(잘함)	-3.823	.366	-.178	-10.438	.000	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	-.477	.136	-.039	-3.497	.000	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	2.007	.204	.113	9.859	.000	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-1.130	.289	-.053	-3.905	.000	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	-.851	.357	-.032	-2.385	.017	.574	1.743
외모 만족 여부	-.869	.269	-.039	-3.226	.001	.707	1.414
자아존중감	-.274	.029	-.150	-9.601	.000	.432	2.317
진로성숙도	-.240	.026	-.101	-9.250	.000	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	.912	.268	.043	3.398	.001	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-1.109	.254	-.052	-4.373	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-.066	.489	-.001	-.135	.893	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.049	.281	-.002	-.174	.862	.724	1.380
영양 식사 여부	-1.358	.287	-.057	-4.735	.000	.719	1.391
주관적 건강 상태	-1.147	.308	-.042	-3.718	.000	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.249	.234	.011	1.062	.288	.971	1.030
비행	.265	.270	.011	.981	.327	.821	1.218
가해	2.579	.380	.082	6.796	.000	.721	1.387
피해	.284	.300	.011	.946	.344	.749	1.335
성별	-2.195	.226	-.105	-9.704	.000	.900	1.112
나이	-.654	.056	-.162	-11.740	.000	.555	1.802
가족과의 동거 여부	1.019	.626	.017	1.629	.103	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-.594	.427	-.018	-1.389	.165	.647	1.545
다문화 가정 여부	.398	.564	.007	.706	.480	.975	1.025
가정 형편(중)	-1.308	.418	-.062	-3.130	.002	.266	3.757
가정 형편(상)	-1.441	.429	-.069	-3.354	.001	.250	4.001
가정형태	.201	.356	.007	.563	.573	.658	1.519

(2) 자해

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 자해 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.066이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=14.135$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모델 적합도는 통계적으로 유의하나 앞의 ADHD 경우와 비교하면 모델 설명력은 매우 낮았다. 그러나 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF)가 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

변수들의 영향력을 살펴보면 학생 청소년의 자해 점수와 부정 상관관계, 즉 자해 위험성을 완화하는 보호 요인으로는 긍정적 가족관계, 자아존중감, 양호한 건강, 그리고 나이가 확인됐다. 부연하면 가족 간의 관심, 친밀, 지지 등 관계가 양호할수록, 학생 스스로 높은 자존감을 가지고 있을수록, 자신의 건강 상태를 양호하게 평가할수록, 그리고 나이가 많을수록 자해 위험은 낮아졌다. 이들 보호 요인 중 특히 자아존중감의 표준화 계수가 가장 높게 나타났는데 이는 자해의 위험성을 낮추는 데 있어 무엇보다 당사자의 자존감 제고가 선행돼야 함을 의미한다.

반대로 자해 위험을 높이는 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용량, 비행과 폭력 피해 경험, 충분한 신체활동 등이 있었는데 ADHD의 경우처럼 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 매체를 많이 이용할수록, 비행 및 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 일상에서 권장 신체활동일수를 채우는 경우일수록 자해 위험도가 증가했다.

종합하면 자해 문제를 경험하는 학생 청소년에게 가장 필요한 보호책은 당사자가 건강한 자존감을 회복할 수 있도록 지원하는 것이다. 물론, 문제를 경험하는 청소년에게 충분한 관심, 사랑, 지지 등을 보내주는 가족도 중요한 보호

요인이나 근본적으로는 청소년 스스로 자신을 인정하고 존중하는 마음을 갖도록 도움을 주는 것이 중요하다. 이와 함께 특히 비행 및 폭력 피해를 많이 경험하였거나 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 과도하게 이용하는 청소년의 경우 자해 위험성이 증가하므로 이들에 대한 보호자와 가족 그리고 주변 지인들의 주의가 필요하다.

표Ⅲ-110 학생 청소년 자해에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2.274	.251		9.060	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	.001	.002	.009	.456	.649	.439	2.280
긍정적 가족관계	-.017	.008	-.041	-2.068	.039	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.012	.009	-.021	-1.343	.179	.625	1.599
학교 적응	.007	.004	.037	1.942	.052	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	.008	.043	.003	.192	.848	.619	1.615
학업 성적(중간)	-.048	.049	-.018	-.970	.332	.481	2.077
학업 성적(잘함)	-.049	.058	-.018	-.845	.398	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	-.001	.022	-.001	-.060	.952	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.077	.032	.034	2.408	.016	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-.037	.046	-.013	-.811	.418	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	-.052	.056	-.015	-.931	.352	.574	1.743
외모 만족 여부	-.025	.043	-.009	-.577	.564	.707	1.414
자아존중감	-.043	.005	-.181	-9.498	.000	.432	2.317
진로성숙도	.008	.004	.026	1.951	.051	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	-.013	.042	-.005	-.311	.756	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.053	.040	-.019	-1.320	.187	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-.107	.077	-.018	-1.386	.166	.966	1.035
규칙 식사 여부	.001	.044	.000	.017	.987	.724	1.380
영양 식사 여부	-.032	.045	-.010	-.706	.480	.719	1.391
주관적 건강 상태	-.105	.049	-.029	-2.147	.032	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.074	.037	.026	2.004	.045	.971	1.030
비행	.255	.043	.083	5.988	.000	.821	1.218

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
가해	-.038	.060	-.009	-.634	.526	.721	1.387
피해	.257	.047	.079	5.421	.000	.749	1.335
성별	-.007	.036	-.003	-.203	.839	.900	1.112
나이	-.024	.009	-.045	-2.696	.007	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-.027	.099	-.004	-.274	.784	.958	1.044
부모의 혼인 상태	.006	.068	.001	.096	.924	.647	1.545
다문화 가정 여부	-.080	.089	-.011	-.898	.369	.975	1.025
가정 형편(중)	.043	.066	.016	.649	.516	.266	3.757
가정 형편(상)	.052	.068	.019	.770	.441	.250	4.001
가정형태	.013	.056	.004	.230	.818	.658	1.519

(3) 신체화

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 신체화 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.200이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=47.445$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

신체화 수준과 부적 관계에 있는, 즉 신체화 증상을 완화하는 보호 요인에는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 사회 지지, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 규칙적이고 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 가정 형편 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 주변 사람으로부터의 지지 수준이 높을수록, 자아에 대한 존중감이 높을수록, 피로회복에 필요한 수면시간을

충분히 확보하고 영양가 있는 식단으로 규칙적으로 식사를 할수록, 질환이나 장애가 없고 자신의 건강 상태를 긍정적으로 평가할수록, 마지막으로 가정 형편이 좋을수록 신체화의 심각성은 줄어들었다.

반대로 신체화 수준과 정적 관계에 있는, 즉 신체화 증상을 악화시키는 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용 성향, 권장 운동 일수 충족, 비행 경험, 폭력 피해 경험, 그리고 성별 등이 있었다. 부연하면 비학습 목적의 매체 이용 성향이 강할수록, 권장 운동 일수를 충족할수록, 비행 경험과 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 여자일수록 신체화 점수가 높아졌다.

물론 앞서 반복 지적했듯이 우리가 본 회귀분석의 결과를 액면 그대로 받아들여 신체화 증상의 보호 및 위험 요인을 단정 지을 수는 없다. 그러나 도출된 변수 간의 상관관계에 비춰볼 때 신체화 증상을 경험하는 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 주변 사람들의 지지가 도움이 되며 해당 청소년의 자존감을 높여주는 것 또한 증상 완화에 도움을 줄 수 있을 것이다. 이와 더불어 건강 행태 측면에서 해당 청소년이 영양가 있는 식단으로 규칙적인 식사를 하며 피로회복에 필요한 충분한 수면시간을 확보할 수 있도록 하는 것 또한 증상 완화에 도움을 줄 수 있을 것이다.

반대로 비행이나 폭력 피해 경험은 청소년의 신체화 증상을 악화시키는 결과를 초래하므로 신체화 문제를 경험하는 청소년일수록 비행을 저지르거나 폭력에 의한 피해에 노출되지 않도록 주의를 기울여야 한다.

표 III-111 학생 청소년 신체화에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	13.310	.891		14.931	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.021	.006	-.059	-3.377	.001	.439	2.280
긍정적 가족관계	-.018	.029	-.011	-.618	.536	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.102	.031	-.049	-3.318	.001	.625	1.599
학교 적응	.024	.013	.031	1.747	.081	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	.215	.153	.021	1.403	.161	.619	1.615
학업 성적(중간)	-.093	.176	-.009	-.528	.597	.481	2.077
학업 성적(잘함)	.228	.205	.021	1.108	.268	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	-.147	.076	-.024	-1.920	.055	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.613	.114	.069	5.373	.000	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-.248	.162	-.023	-1.526	.127	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	-.215	.200	-.016	-1.074	.283	.574	1.743
외모 만족 여부	.212	.151	.019	1.403	.161	.707	1.414
자아존중감	-.131	.016	-.145	-8.200	.000	.432	2.317
진로성숙도	-.016	.015	-.014	-1.124	.261	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	-.016	.151	-.001	-.104	.918	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.871	.142	-.082	-6.123	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-2.845	.274	-.123	-10.376	.000	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.457	.157	-.040	-2.904	.004	.724	1.380
영양 식사 여부	-.340	.161	-.029	-2.116	.034	.719	1.391
주관적 건강 상태	-1.632	.173	-.119	-9.431	.000	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.415	.131	.037	3.157	.002	.971	1.030
비행	.621	.151	.053	4.102	.000	.821	1.218
가해	.339	.213	.022	1.591	.112	.721	1.387
피해	1.817	.168	.145	10.792	.000	.749	1.335
성별	.721	.127	.070	5.684	.000	.900	1.112
나이	.005	.031	.002	.159	.874	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-.545	.351	-.018	-1.553	.120	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-.035	.240	-.002	-.148	.883	.647	1.545
다문화 가정 여부	.516	.317	.019	1.632	.103	.975	1.025
가정 형편(중)	-.609	.234	-.058	-2.599	.009	.266	3.757
가정 형편(상)	-.272	.241	-.026	-1.129	.259	.250	4.001
가정형태	.168	.200	.012	.839	.402	.658	1.519

(4) 우울

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 우울 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.368이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=109.130$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

우울 수준과 부적 관계에 있는, 즉 우울 증상을 호전시키는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 사회 지지와 가족관계, 학업 성적, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 나이, 가족과의 동거, 부모의 동거, 그리고 가정 형편 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 가족 간의 관계로 양호할수록, 주변 사람으로부터의 지지 수준이 높을수록, 학업 성적이 우수할수록, 자아존중감이 높을수록, 일상에서 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 영양가 있는 식단으로 식사할수록, 질병이나 장애가 없고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 나이가 많을수록, 가족과 함께 지낼수록, 부모가 이혼, 사별, 별거 등을 하지 않고 정상적인 동거 생활을 유지할수록, 그리고 경제적으로 가정 형편이 좋을수록 우울 문제의 심각성이 줄어들었다.

반대로 우울 증상과 정적 관계에 있는, 즉 우울 문제를 악화시키는 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용, 권장 운동 일수의 충족, 폭력 피해 경험, 성별(여성) 등이 있었다.

부연하면, 평소 비학습 목적으로 스마트폰이나 컴퓨터와 같은 매체를 많이 이용할수록, 권장 운동 일수를 충족하는 경우일수록, 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 우울 수준은 높아졌다.

이러한 분석 결과에 비춰 볼 때 우울 문제를 경험하는 학생 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 가족 간의 유대, 주변 사람들의 지지가 문제 완화에 도움이 되며 해당 청소년의 자아존중감이나 학업 성적을 향상하는 것 또한 긍정적인 결과를 가져올 수 있다. 건강 행태 측면에서는 해당 학생이 일상에서 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 영양가 있는 식단으로 식사하며 질병이나 장애 없이 양호한 건강 상태를 유지하도록 하는 것이 우울을 극복하는데 도움이 된다. 특히 이 가운데 자아존중감의 표준화 계수가 가장 크게 나왔는데 이는 우울을 극복하는 가장 중요한 보호 요인이 당사자의 내적 태도, 즉 학생 스스로 자신의 가치를 인정하며 자신을 소중하게 여기는 마음에 있음을 의미한다.

이와 더불어 우울 증상이 있는 청소년의 경우 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰에 과몰입하는 것을 차단해 증상이 악화하는 것을 막고 특히 폭력 피해를 경험한 청소년의 경우 트라우마로 인한 우울 문제가 발생하지 않도록 가족과 주변 사람들의 적극적 관심과 개입이 요구된다.

표Ⅲ-112 학생 청소년 우울에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	33.764	1.180		28.616	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.037	.008	-.069	-4.434	.000	.439	2.280
긍정적 가족관계	-.151	.039	-.063	-3.874	.000	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.117	.041	-.037	-2.865	.004	.625	1.599
학교 적응	.017	.018	.015	.928	.353	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	-.037	.203	-.002	-.182	.856	.619	1.615
학업 성적(중간)	-1.151	.232	-.074	-4.950	.000	.481	2.077
학업 성적(절함)	-.785	.272	-.049	-2.885	.004	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	.172	.101	.019	1.695	.090	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.668	.151	.051	4.418	.000	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-.198	.215	-.012	-.924	.355	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	.031	.265	.002	.119	.906	.574	1.743

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
외모 만족 여부	.337	.200	.021	1.685	.092	.707	1.414
자아존중감	-.511	.021	-.379	-24.161	.000	.432	2.317
진로성숙도	-.010	.019	-.005	-.501	.616	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	.012	.199	.001	.063	.950	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-1.211	.188	-.077	-6.433	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-.845	.363	-.024	-2.330	.020	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.168	.208	-.010	-.807	.420	.724	1.380
영양 식사 여부	-.578	.213	-.033	-2.712	.007	.719	1.391
주관적 건강 상태	-1.611	.229	-.079	-7.035	.000	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.429	.174	.026	2.466	.014	.971	1.030
비행	.383	.201	.022	1.912	.056	.821	1.218
가해	.365	.282	.016	1.295	.195	.721	1.387
피해	2.655	.223	.142	11.909	.000	.749	1.335
성별	.513	.168	.033	3.054	.002	.900	1.112
나이	-.152	.041	-.051	-3.673	.000	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-1.644	.465	-.037	-3.539	.000	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-.791	.317	-.032	-2.493	.013	.647	1.545
다문화 가정 여부	.175	.419	.004	.418	.676	.975	1.025
가정 형편(중)	-.983	.310	-.063	-3.168	.002	.266	3.757
가정 형편(상)	-.418	.319	-.027	-1.311	.190	.250	4.001
가정형태	.428	.265	.021	1.617	.106	.658	1.519

(5) 불안

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 불안 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.309이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=83.992$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

불안 수준과 부적 관계에 있는, 즉 불안 수준을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 사회 지지, 학업 성적, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 영양 잡힌 식사, 양호한 건강, 가족과의 동거, 부모의 동거 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 주변 사람으로부터의 지지 수준이 높을수록, 학업 성적이 좋을수록, 자아존중감이 높을수록, 일상에서 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 영양가 있는 식단으로 식사할수록, 질병이나 장애가 없고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 가족과 함께 지낼수록, 마지막으로 부모가 이혼, 사별, 별거 등을 하지 않고 정상적인 동거 생활을 유지할 때 청소년이 경험하는 불안 증상은 줄어들었다. 특히 자아존중감의 표준화 계수가 여타 보호 요인의 표준화 계수보다 크게 나타났는데 이는 자아존중감의 불안 억제 효과가 상대적으로 큼을 의미한다.

반대로 불안 수준과 정적 관계에 있는, 즉 불안 문제를 악화시키는 위험 요인으로는 학습과 비학습 목적의 매체 이용, 외모에 대한 만족, 권장 운동 일수의 충족, 폭력 피해 경험, 성별(여성) 등이 있었다.

부연하면, 학습이든 비학습 목적이든 평소 스마트폰이나 컴퓨터와 같은 매체를 많이 이용할수록, 자신의 외모에 대해 만족하는 경우, 권장 운동 일수를 충족하는 경우, 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 불안 수준은 높아졌다.

이러한 분석 결과에 비춰 볼 때 불안 증상을 보여주는 학생 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도나 주변 사람들의 지지가 증상 완화에 도움이 되며 해당 청소년의 자아존중감을 높여 불안을 극복할 수 있는 내적 역량을 키우는 것 또한 도움이 될 것이다. 이와 더불어 불안 증상을 보여주는 학생 청소년이 컴퓨터나 스마트폰과 같은 매체에 과몰입하면 증상이 더욱 악화되므로 보호자와 가족 그리고 주변 사람들이 주의를 기울여야 한다. 또한 폭력 피해 경험 역시 불안 증상을 악화시키는 위험 요인이므로 폭력 피해를 본 청소년에게는 트라우마에 대한 치유와 관리가 요구된다.

표 III-113 학생 청소년 불안에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	26.632	1.080		24.669	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.033	.008	-.070	-4.284	.000	.439	2.280
긍정적 가족관계	-.055	.036	-.026	-1.541	.123	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.158	.037	-.058	-4.240	.000	.625	1.599
학교 적응	-.009	.016	-.009	-.555	.579	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	-.008	.186	-.001	-.042	.966	.619	1.615
학업 성적(중간)	-.700	.213	-.051	-3.288	.001	.481	2.077
학업 성적(잘함)	-.085	.249	-.006	-.341	.733	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	.238	.093	.030	2.573	.010	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.395	.138	.034	2.858	.004	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-.202	.196	-.015	-1.029	.304	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	-.130	.242	-.008	-.537	.592	.574	1.743
외모 만족 여부	.468	.183	.033	2.561	.010	.707	1.414
자아존중감	-.351	.019	-.297	-18.105	.000	.432	2.317
진로성숙도	-.033	.018	-.022	-1.878	.060	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	.018	.182	.001	.098	.922	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-1.575	.172	-.114	-9.145	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-1.146	.332	-.038	-3.450	.001	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.151	.191	-.010	-.794	.427	.724	1.380
영양 식사 여부	-.675	.195	-.044	-3.463	.001	.719	1.391
주관적 건강 상태	-1.715	.210	-.096	-8.184	.000	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.506	.159	.035	3.177	.001	.971	1.030
비행	.248	.183	.016	1.353	.176	.821	1.218
가해	.090	.258	.004	.350	.726	.721	1.387
피해	2.502	.204	.153	12.268	.000	.749	1.335
성별	.679	.154	.050	4.417	.000	.900	1.112
나이	-.072	.038	-.028	-1.906	.057	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-1.700	.425	-.044	-3.999	.000	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-.806	.290	-.037	-2.775	.006	.647	1.545
다문화 가정 여부	-.025	.383	-.001	-.066	.947	.975	1.025
가정 형편(중)	-.382	.284	-.028	-1.346	.178	.266	3.757
가정 형편(상)	.162	.292	.012	.554	.580	.250	4.001
가정형태	.436	.242	.024	1.803	.072	.658	1.519

(6) 자살

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 자살 경향성에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.225이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=117.882$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

자살 경향성과 부적 관계에 있는, 즉 자살 위험을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 가족관계와 사회 지지, 학업 성적, 자아존중감, 양호한 건강, 나이, 가족과의 동거, 부모의 동거 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적이고 가족 간의 관계가 친밀할수록, 주변 사람으로부터의 지지 수준이 높을수록, 학업 성적이 좋을수록, 자아존중감이 높을수록, 질병이나 장애가 없고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 가족과 함께 지낼수록, 나이가 많을수록, 마지막으로 부모가 이혼, 사별, 별거 등을 하지 않고 정상적인 동거 생활을 유지할 때 학생 청소년이 노출되는 자살 위험은 줄어들었다. 이 가운데 특히 자아존중감의 표준화 계수가 여타 보호 요인의 표준화 계수보다 크게 집계됐는데 이는 앞서 살펴보았던 불안과 우울의 경우와 마찬가지로 자아존중감이 자살 위험을 낮추는 데도 가장 중요한 역할을 하고 있음을 말한다.

반대로 자살 경향성과 정적 관계에 있는, 즉 자살 위험을 악화시키는 위험 요인으로는 학교 적응, 학업 성적에 대한 만족도, 비학습 목적의 매체 이용 성향, 외모에 대한 만족, 비행 경험, 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등이 있었다.

부연하면, 학교 수업, 교사와 친구와의 관계, 그리고 교칙 준수 등 학교생활 전반에 걸쳐 적응 수준이 높을수록, 평소 비학습 목적의 매체 이용에 과몰입

할수록, 외모에 대해 만족할수록, 비행이나 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 자살위험에 대한 학생의 노출 수준은 높아졌다. 이 가운데 특히 학교 적응과 자살 경향성 간의 정적 상관관계는 해석의 주의를 필요로 한다. 학교 적응 자체만 놓고 보면 부정적인 요소는 포함돼 있지 않으나 학교 적응이 역설적으로 학생의 자살 경향성을 높이는 부정적 결과를 초래한 것은 학교 수업에 충실하며 교사와 친구 등과 좋은 관계를 유지하고 교칙에 충실한 학교생활을 하는 것이 사실상 학생에게 큰 스트레스를 주는 원인으로 작용하고 있음을 방증한다. 학교 적응과 자살 경향성 간의 정적 상관관계 이면에는 이러한 스트레스가 존재할 개연성이 높다.

종합하면 자살 경향성이 높은 학생 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 주변 사람들의 지지가 필요하며 건강 행태 측면에서는 질병이나 장애가 없이 양호한 건강 상태를 유지할 수 있도록 하는 것이 도움이 된다. 만약 해당 청소년이 가족과 떨어져 생활하고 있다면 가족과 동거할 수 있도록 조치를 하는 것 또한 자살 위험을 줄이는 데 도움이 된다. 그러나 무엇보다 해당 청소년이 자존감을 회복해 자살 충동으로부터 자신을 지켜낼 수 있는 내적 역량을 기르게 도움을 주는 것이 가장 중요하다.

이와 더불어 자살 경향성이 높은 청소년에게 학교 적응은 오히려 문제를 악화시키는 역효과를 가져오므로 학교 적응을 강요하지 않는 것이 중요하다. 또한, 해당 학생이 비학습 목적을 위해 컴퓨터나 스마트폰과 같은 매체에 과몰입하지 않도록 보호자와 가족 그리고 주변 사람들이 주의를 기울여야 한다. 마지막으로 폭력 피해를 경험한 청소년에게는 트라우마로 인한 자살 위험이 존재하므로 개입과 치유 등의 적극적 조치가 요구된다.

표 III-114 학생 청소년 자살에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	5.038	.282		17.839	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.006	.002	-.054	-3.154	.002	.439	2.280
긍정적 가족관계	-.031	.009	-.059	-3.308	.001	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.017	.010	-.026	-1.781	.075	.625	1.599
학교 적응	.015	.004	.059	3.412	.001	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	.118	.049	.035	2.435	.015	.619	1.615
학업 성적(중간)	-.200	.056	-.059	-3.593	.000	.481	2.077
학업 성적(잘함)	-.214	.065	-.062	-3.294	.001	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	.017	.024	.008	.685	.493	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.130	.036	.046	3.592	.000	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	.051	.051	.015	.994	.320	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	.059	.063	.014	.935	.350	.574	1.743
외모 만족 여부	.143	.048	.041	2.987	.003	.707	1.414
자아존중감	-.096	.005	-.329	-18.903	.000	.432	2.317
진로성숙도	.002	.005	.004	.338	.735	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	.028	.048	.008	.590	.555	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.031	.045	-.009	-.684	.494	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-.179	.087	-.024	-2.061	.039	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.064	.050	-.017	-1.274	.203	.724	1.380
영양 식사 여부	-.030	.051	-.008	-.589	.556	.719	1.391
주관적 건강 상태	-.131	.055	-.030	-2.382	.017	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.082	.042	.023	1.958	.050	.971	1.030
비행	.473	.048	.124	9.845	.000	.821	1.218
가해	.116	.067	.023	1.723	.085	.721	1.387
피해	.492	.053	.122	9.214	.000	.749	1.335
성별	.196	.040	.059	4.867	.000	.900	1.112
나이	-.043	.010	-.066	-4.323	.000	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-.306	.111	-.032	-2.752	.006	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-.177	.076	-.033	-2.331	.020	.647	1.545
다문화 가정 여부	-.078	.100	-.009	-.774	.439	.975	1.025
가정 형편(중)	-.115	.074	-.034	-1.553	.120	.266	3.757
가정 형편(상)	.012	.076	.004	.156	.876	.250	4.001
가정형태	.106	.063	.024	1.671	.095	.658	1.519

(7) 스트레스

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년의 스트레스에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.468이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=164.509$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

스트레스와 부적 관계에 있는, 즉 스트레스를 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 긍정적 사회 지지, 학교 적응, 학업 성적에 대한 만족과 좋은 성적, 학습 목적의 매체 이용, 신체에 대한 정상인지, 자아존중감, 피로회복을 위한 충분한 수면시간, 양호한 건강, 영양가 있는 식단, 연령, 그리고 가족과의 동거 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적이고 주변 사람으로부터의 지지 수준이 높을수록, 학교 적응 수준이 양호할수록, 학업 성적이 우수하고 성적에 대해 만족하는 경우, 평소 학습 목적으로 컴퓨터와 스마트폰 등의 매체를 많이 이용할수록, BMI 대비 자신의 체형을 왜곡 없이 인지하는 경우, 자아존중감이 높을수록 스트레스에 대한 노출 수준은 줄어들었다. 건강 행태 측면에서는 피로회복을 위한 충분한 수면시간을 확보한 경우, 질병이나 장애가 없고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 평소 영양가 있는 식단으로 식사를 하는 경우, 나이가 많을수록, 마지막으로 가족과 함께 생활하는 경우 학생 청소년이 체감하는 스트레스 수준은 유의하게 줄어들었다.

반대로 스트레스와 정적 관계에 있는, 즉 스트레스를 악화시키는 위험 요인으로는 긍정적 가족관계, 비학습 목적의 매체 이용 성향, 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등이 있었다. 부연하면, 가족관계가 양호할수록, 평소 비학습

목적으로 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 이용하는 정도가 강할수록, 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 스트레스 노출 수준은 증가하였다. 이 중 긍정적 가족관계와 스트레스 간의 정적 상관관계는 해석의 주의를 요구하는데 앞서 ADHD 분석 결과에서 발견된 문제와 같은 맥락이다. 즉, 긍정적 가족관계가 청소년의 스트레스를 유발하는 위험 요인으로 작용했다기보다 높은 수준의 스트레스를 체감하는 청소년일수록 부모와 가족이 더 많은 관심과 애정을 보여주고 있는 것으로 해석하는 것이 더 타당하다.

종합하면 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 주변 사람들의 지지는 학생 청소년의 스트레스 해소에 효과가 있으며, 평소 충분히 잠을 자며 질병이나 장애 없이 양호한 건강 상태를 유지하거나 영양가 있는 식단으로 식사를 하는 건강 행태 또한 스트레스 해소에 일조할 수 있다. 만약 가족과 떨어져 지내는 청소년이라면 가족과 함께 살 수 있도록 주거환경을 바꾸는 것 또한 스트레스 해소에 긍정적으로 작용할 수 있다.

이와 더불어 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 비학습 목적으로 과도하게 이용하는 청소년이나 폭력 피해를 본 청소년은 높은 수준의 스트레스를 경험하고 있을 개연성이 크므로 부모와 가족 그리고 주변 사람들의 관심과 개입이 요구된다.

표Ⅲ-115 학생 청소년 스트레스에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	42.340	.838		50.496	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.058	.006	-.140	-9.764	.000	.439	2.280
긍정적 가족관계	.073	.028	.039	2.617	.009	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.096	.029	-.040	-3.329	.001	.625	1.599
학교 적응	-.040	.013	-.046	-3.189	.001	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	-.665	.144	-.055	-4.608	.000	.619	1.615

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
학업 성적(중간)	-.389	.165	-.032	-2.352	.019	.481	2.077
학업 성적(종합)	-.436	.193	-.035	-2.256	.024	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	-.234	.072	-.033	-3.247	.001	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.719	.107	.070	6.696	.000	.811	1.234
신체인지왜곡수준(정상)	-.333	.153	-.027	-2.184	.029	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	-.322	.188	-.021	-1.708	.088	.574	1.743
외모 만족 여부	.221	.142	.017	1.552	.121	.707	1.414
자아존중감	-.470	.015	-.450	-31.256	.000	.432	2.317
진로성숙도	.004	.014	.003	.263	.792	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	-.100	.142	-.008	-.703	.482	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.845	.134	-.069	-6.316	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-.570	.258	-.021	-2.209	.027	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.153	.148	-.011	-1.032	.302	.724	1.380
영양 식사 여부	-.617	.151	-.045	-4.074	.000	.719	1.391
주관적 건강 상태	-.528	.163	-.033	-3.242	.001	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.058	.124	.005	.472	.637	.971	1.030
비행	.019	.142	.001	.132	.895	.821	1.218
가해	.138	.200	.008	.688	.492	.721	1.387
피해	.897	.158	.062	5.660	.000	.749	1.335
성별	.705	.119	.059	5.908	.000	.900	1.112
나이	-.120	.029	-.052	-4.068	.000	.555	1.802
가족과의 동거 여부	-.734	.330	-.021	-2.224	.026	.958	1.044
부모의 훈인 상태	-.322	.226	-.017	-1.426	.154	.647	1.545
다문화 가정 여부	-.327	.298	-.011	-1.098	.272	.975	1.025
가정 형편(중)	-.164	.220	-.014	-.744	.457	.266	3.757
가정 형편(상)	-.201	.227	-.017	-.887	.375	.250	4.001
가정형태	.082	.188	.005	.436	.663	.658	1.519

(8) COVID-19 외상성 고통

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년이 체감하는 COVID-19 외상성 고통(이하 CPDI)에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.224이었고 적합도는 $F(32, 5,904)=54.584$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

CPDI와 부적 관계에 있는, 즉 COVID-19로 인한 외상성 고통을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학업 성적에 대한 만족, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로회복을 위한 수면시간 확보, 양호한 건강, 영양가 있고 규칙적인 식사, 나이, 부모의 동거, 그리고 가정 형편 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 자신의 학업 성적에 만족하는 경우일수록, 자아존중감과 진로 성숙도가 높을수록 COVID-19로 인해 학생 청소년이 체감하는 외상성 고통은 줄어들었다. 건강 행태적으로도 질병이나 장애가 없이 평소 양호한 건강 상태를 유지하며 영양가 있는 식단으로 규칙적인 식사를 하는 경우, 피로회복을 위해 충분히 잠을 잘 때에도 COVID-19로 인한 외상성 고통은 줄어들었다.

반대로 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체에 과몰입하거나, 평소 권장 운동 일수를 충족하거나, 비행 및 폭력 가·피해 경험이 많을수록 COVID-19로 인한 외상성 고통은 증가하였다.

CPDI에 대한 다중회귀분석 결과 중 특히 위험 요인의 인과적 작용에 대한 논리적 해석은 어려우나 보호 요인의 인과적 작용에 대해서는 앞서 살펴보았던 다른 정신건강 문제의 경우와 유사한 시사점을 추론할 수 있다. 즉, COVID-19로 인해 다양한 외상성 고통(우울, 불안, 특정 공포증, 인지적 변화, 회피 및 강박

행동, 신체 증상, 사회적 기능의 감소 등)에 노출된 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감과 진로 성숙도의 제고 등이 도움을 줄 수 있으며 건강 행태적으로는 평소 충분히 자고 질병이나 장애 없이 양호한 건강 상태를 유지하며 영양가 있는 식단으로 규칙적인 식사를 하는 것이 필요하다.

이와 함께 이혼, 사별, 별거 등으로 인해 부모가 동거하지 않거나 경제적으로 어려운 가정환경에 처한 청소년일수록 COVID-19로 인한 외상성 고통이 더 크게 작용하므로 이들에 대한 주변 사람의 관심과 보살핌이 중요하다.

마지막으로 COVID-19로 인해 등교나 야외활동 대신 집에서 보내는 시간이 길어진 상황에서 청소년의 매체 의존도는 높아질 수밖에 없다. 그러나 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 장시간 이용하는 것은 오히려 COVID-19로 인한 외상성 고통을 더욱 악화시키는 부정적 결과를 초래하므로 불필요한 매체 이용에 청소년이 과몰입하지 않도록 가족과 주변 사람들의 주의가 요구된다.

표Ⅲ-116 학생 청소년 COVID-19 외상성 고통에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	44.921	1.751		25.647	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.084	.012	-.117	-6.758	.000	.439	2.280
긍정적 가족관계	.059	.058	.018	1.022	.307	.408	2.451
긍정적 사회 지지	-.068	.060	-.016	-1.127	.260	.625	1.599
학교 적응	.023	.026	.015	.868	.386	.435	2.299
학업 성적 만족 여부	-.593	.302	-.029	-1.967	.049	.619	1.615
학업 성적(중간)	-.611	.345	-.029	-1.770	.077	.481	2.077
학업 성적(종합)	-.023	.404	-.001	-.058	.954	.364	2.749
학습 목적 매체 이용 수준	.133	.150	.011	.884	.377	.853	1.172
비학습목적 매체 이용 수준	.907	.224	.051	4.044	.000	.811	1.234

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
신체인지왜곡수준(정상)	-.461	.319	-.022	-1.446	.148	.583	1.714
신체인지왜곡수준(과소)	.011	.393	.000	.028	.977	.574	1.743
외모 만족 여부	.354	.297	.016	1.192	.233	.707	1.414
자아존중감	-.393	.031	-.218	-12.512	.000	.432	2.317
진로성숙도	-.161	.029	-.068	-5.625	.000	.885	1.130
권장 수면시간 충족 여부	.175	.296	.008	.592	.554	.648	1.544
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-1.837	.279	-.087	-6.573	.000	.746	1.340
신체적 질병이나 장애 유무	-3.108	.539	-.067	-5.770	.000	.966	1.035
규칙 식사 여부	-.773	.309	-.034	-2.497	.013	.724	1.380
영양 식사 여부	-.674	.316	-.029	-2.132	.033	.719	1.391
주관적 건강 상태	-2.192	.340	-.080	-6.449	.000	.844	1.185
권장운동일수 충족 여부	.782	.258	.035	3.028	.002	.971	1.030
비행	.858	.298	.036	2.883	.004	.821	1.218
가해	1.115	.418	.036	2.665	.008	.721	1.387
피해	2.754	.331	.110	8.324	.000	.749	1.335
성별	.254	.249	.012	1.018	.309	.900	1.112
나이	-.547	.061	-.137	-8.905	.000	.555	1.802
가족과의 동거 여부	.042	.690	.001	.061	.951	.958	1.044
부모의 혼인 상태	-1.420	.471	-.043	-3.014	.003	.647	1.545
다문화 가정 여부	.194	.622	.004	.313	.755	.975	1.025
가정 형편(중)	-.960	.461	-.046	-2.084	.037	.266	3.757
가정 형편(상)	-.230	.473	-.011	-.486	.627	.250	4.001
가정형태	.704	.393	.025	1.793	.073	.658	1.519

(9) 소결

우리는 지금까지 다중회귀분석을 이용해 학생 청소년이 경험하는 ADHD, 자해, 신체화 증상, 우울, 불안, 자살, 스트레스, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통(CPDI) 등에 유의한 영향을 주는 보호 및 위험 요인을 살펴보았다.

분석 결과 우리는 정신건강 문제 유형에 따라 공통된 또는 다른 변수가 보호 또는 위험 요인으로 작용하고 있으며 해당 변수의 영향력 또한 다름을 확인할 수 있었다. 아래의 표는 이러한 변화 양상을 정신건강 문제 유형별로 일목요연하게 정리한 결과다. 통계적 유의성을 보여준 변수 중 해당 정신건강 문제의 심각성을 완화하는 보호 요인은 +로, 반대로 심각성을 악화하는 위험 요인은 -로 구분했으며 변수 간 영향력을 비교하고자 표준화 계수 값을 함께 제시하였다. 정신건강 문제 유형별로 가장 영향력 있는 보호 요인과 위험 요인을 각각 색인하면 ADHD 문제의 경우 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 비학습 목적의 매체 이용, 자해 경향의 경우 자아존중감과 비행 경험, 신체화 증상의 경우 자아존중감과 폭력 피해 경험, 우울의 경우 자아존중감과 폭력 피해 경험, 불안의 경우 자아존중감과 폭력 피해 경험, 자살 경향성은 자아존중감과 비행 경험, 스트레스는 자아존중감과 비학습 목적의 매체 이용, 마지막으로 CPDI는 자아존중감과 폭력 피해 경험이었다.

또한, 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로는 자아존중감, 양호한 건강 상태(신체적 질병이나 장애가 없으며 평소 양호한 건강 상태를 유지)와 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 나이 등이 있었으며 이 가운데 특히 자아존중감은 ADHD의 경우를 제외한 여타 정신건강 문제에서 가장 큰 표준화 계수를 일관되게 보여줘 정신건강 문제를 개선하는 데 있어 가장 중요한 보호 요인으로 작용했다. 즉, 평소 자신의 가치와 역량을 긍정적으로 그리고 소중하게 생각하는 학생 청소년은

정신건강 문제에 노출될 위험이 낮으며 설령 문제에 노출되더라도 그렇지 못한 학생 청소년과 비교해 회복이 빠르며 피해 정도가 그만큼 작다.

이와 더불어 학생 청소년이 신체적 질병이나 장애 없이 평소 피로가 누적되지 않도록 충분히 잠을 자는 등 일상에서 자신의 건강을 잘 관리하는 건전한 건강 행태를 실천하거나 실천할 수 있도록 지원하는 것 또한 정신건강 문제를 치유하는 데 도움이 된다.

반대로, 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 악화하는데 이바지한 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용량, 폭력 피해 경험 등이 있었다. 평소 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 매체를 많이 이용할수록, 놀림, 조롱, 왕따, 헐박, 금전 갈취, 성폭력이나 성희롱 등의 폭력 피해를 본 경험이 많을수록 학생 청소년이 노출되는 정신건강 문제의 심각성은 높았다.

따라서 평소 비학습 목적의 매체를 과도하게 이용하거나 타인으로부터 폭력 피해를 다수 경험한 학생 청소년은 그렇지 않은 학생 청소년과 비교해 정신건강 문제에 더 취약하게 노출될 개연성이 높으므로 이들에 대한 가족과 주변 보호자의 관심과 적극적 개입이 요구된다.

표 III-117 학생 청소년 회귀분석 결과 종합

독립변수	종속변수		ADHD		자해		신체화		우울		불안		자살		스트레스		CPDI	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	+	-.195			+	-.059	+	-.069	+	-.070	+	-.054	+	-.140	+	-.117		
긍정적 가족관계	-	.053	+	-.041			+	-.063			+	-.059	-	.039				
긍정적 사회 지지	-	.036			+	-.049	+	-.037	+	-.058			+	-.040				
학교 적응	+	-.177									-	.059	+	-.046				
학업 성적 만족 여부											-	.035	+	-.055	+	-.029		
학업 성적(중간)	+	-.148					+	-.074	+	-.051	+	-.059	+	-.032				
학업 성적(잘함)	+	-.178					+	-.049			+	-.062	+	-.035				
학습 목적 매체 이용 수준	+	-.039								-	.030			+	-.033			
비학습 목적 매체 이용 수준	-	.113	-	.034	-	.069	-	.051	-	.034	-	.046	-	.070	-	.051		
신체인지왜곡수준(정상)	+	-.053											+	-.027				
신체인지왜곡수준(과소)	+	-.032																
외모 만족 여부	+	-.039								-	.033	-	.041					
자아존중감	+	-.150	+	-.181	+	-.145	+	-.379	+	-.297	+	-.329	+	-.450	+	-.218		
진로성숙도	+	-.101														+	-.068	
권장 수면시간 충족 여부	-	.043																
피로회복 수면시간 충족 여부	+	-.052			+	-.082	+	-.077	+	-.114			+	-.069	+	-.087		
신체적 질병이나 장애 유무					+	-.123	+	-.024	+	-.038	+	-.024	+	-.021	+	-.067		
규칙 식사 여부					+	-.040										+	-.034	
영양 식사 여부	+	-.057			+	-.029	+	-.033	+	-.044			+	-.045	+	-.029		
주관적 건강 상태	+	-.042	+	-.029	+	-.119	+	-.079	+	-.096	+	-.030	+	-.033	+	-.080		
권장운동일수 충족 여부			-	.026	-	.037	-	.026	-	.035					-	.035		
비행			-	.083	-	.053					-	.124			-	.036		
가해	-	.082													-	.036		
피해			-	.079	-	.145	-	.142	-	.153	-	.122	-	.062	-	.110		
성별	+	-.105			-	.070	-	.033	-	.050	-	.059	-	.059				
나이	+	-.162	+	-.045			+	-.051			+	-.066	+	-.052	+	-.137		
가족과의 동거 여부							+	-.037	+	-.044	+	-.032	+	-.021				
부모의 혼인 상태							+	-.032	+	-.037	+	-.033			+	-.043		
다문화 가정 여부																		
가정 형편(중)	+	-.062			+	-.058	+	-.063								+	-.046	
가정 형편(상)	+	-.069																
가정형태																		

2) 학교 밖 청소년

(1) ADHD

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 ADHD 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.401이었고 적합도는 $F(29, 722)=18.372$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 또한, 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF)를 확인한 결과 임계치³⁴⁾를 넘는 경우가 없어 독립변수 간의 다중공선성 문제가 존재하지 않음이 확인됐다. 변수들의 영향력을 살펴보면 ADHD 문제와 부적 상관관계, 즉 ADHD 수준을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 학교 적응, 학습 목적의 매체 이용량, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 나이 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 과거 재학 당시 학교생활에 대한 적응 수준이 높았을수록, 평소 학습 목적으로 매체를 많이 이용할수록, 자아존중감과 진로 성숙도가 높을수록, 그리고 건강 행태적으로 피로에서 회복할 수 있을 만큼 충분히 자고 있고 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 마지막으로 나이가 많을수록 학교 밖 청소년이 경험하는 ADHD 문제의 심각성은 줄어들었다.

특히 이들 보호 요인 가운데 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 양호한 건강 상태 등의 표준화 계수가 여타 보호 요인의 표준화 계수보다 높게 나타났는데 이는 해당 변수들이 ADHD 문제의 심각성을 낮추는 데 있어 더 중요한 역할을 하고 있음을 말해준다.

34) 일반적으로 공차 한계(tolerance)가 .1보다 작거나 분산 팽창지수(VIF)가 10을 초과하는 경우 다중공선성 문제가 있다고 진단됨.

반대로 긍정적 가족관계, 비학습 목적의 매체 이용량, 권장 수면시간의 충족, 그리고 비행 및 가해 경험 등은 ADHD 문제의 심각성을 악화시키는 정적 상관관계를 보여주었다. 즉, 가족관계가 양호할수록, 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 컴퓨터와 스마트폰과 같은 매체를 많이 이용할수록, 권장 수면시간이 충족될수록, 그리고 타인에 대한 폭력 가해나 비행 경험이 많을수록 ADHD 문제의 심각성이 높아졌다.

이 가운데 양호한 가족관계가 ADHD의 심각성을 높이는 위험 요인으로 작용한 것은 학생 청소년을 대상으로 한 분석 결과와 같은데 앞서 지적하였듯이 이에 대한 인과적 해석은 주의를 요구한다. 즉, 가족관계가 실제 ADHD의 위험 요인으로 작용했다기보다는 ADHD 문제를 경험하는 청소년일수록 부모와 가족이 더 많은 관심과 보살핌을 제공할 수밖에 없으므로 이러한 일견 모순된 결과가 도출됐다고 추론할 수 있다.

따라서 위의 분석 결과를 종합하면, ADHD 문제를 경험하는 학교 밖 청소년에게는 부모(보호자)의 양육 태도와 가족관계가 모두 긍정적으로 작동하는 가정환경이 중요하며 당사자 자신도 자신을 가치 있고 소중한 존재로 인식하며 자신의 진로를 건설적으로 탐색하려는 노력이 필요하다. 또한 건강 행태적으로 평소 충분한 수면을 통해 피로가 누적되는 것을 막고 건강관리에 신경 쓰며 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 과도하게 이용하지 않도록 청소년 당사자와 보호자가 주의를 기울인다면 ADHD 증상 완화에 도움이 될 것이다.

표 III-118 학교 밖 청소년 ADHD에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	67.865	5.578		12.167	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.158	.034	-.227	-4.702	.000	.341	2.934
긍정적 가족관계	.317	.141	.106	2.249	.025	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.016	.157	-.004	-.099	.921	.606	1.650
학교 적응	-.129	.056	-.090	-2.323	.020	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	-.887	.404	-.071	-2.197	.028	.760	1.316
학업 성적(중간)	1.315	.642	.063	2.046	.041	.828	1.207
학업 성적(잘함)	-.158	.923	-.006	-.172	.864	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-2.351	1.265	-.068	-1.859	.063	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	-1.337	.858	-.054	-1.558	.120	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.315	.075	-.177	-4.180	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	-.289	.083	-.107	-3.472	.001	.838	1.193
외모 만족 여부	1.623	.774	.066	2.095	.036	.801	1.248
자아존중감	-1.691	.810	-.068	-2.089	.037	.741	1.349
진로성숙도	-1.332	1.119	-.035	-1.190	.235	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	-1.107	.898	-.045	-1.234	.218	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.125	.906	-.005	-.138	.890	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-3.362	.842	-.131	-3.994	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	-.193	.790	-.007	-.245	.807	.920	1.087
영양 식사 여부	1.184	.387	.115	3.062	.002	.560	1.784
주관적 건강 상태	1.596	.630	.087	2.534	.012	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	.212	.488	.014	.435	.664	.824	1.214
비행	-1.373	.776	-.054	-1.769	.077	.869	1.150
가해	-.732	.257	-.087	-2.850	.004	.859	1.163
피해	-1.304	1.249	-.031	-1.044	.297	.910	1.099
성별	-.104	1.080	-.004	-.096	.923	.486	2.057
나이	-1.264	1.726	-.021	-.732	.464	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-1.698	.872	-.069	-1.946	.052	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-1.832	1.043	-.063	-1.756	.080	.624	1.603
다문화 가정 여부	.315	1.039	.012	.303	.762	.499	2.003
가정 형편(중)	-1.308	.418	-.062	-3.130	.002	.266	3.757
가정 형편(상)	-1.441	.429	-.069	-3.354	.001	.250	4.001
가정형태	.201	.356	.007	.563	.573	.658	1.519

(2) 자해

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 자해 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.284이었고 적합도는 $F(29, 722)=11.257$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 또한, 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF)가 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

변수들의 영향력을 살펴보면 학교 밖 청소년의 자해 점수와 부적 상관관계, 즉 자해 위험성을 완화하는 보호 요인으로는 자아존중감과 양호한 건강 등이 있었다. 즉, 청소년 스스로 높은 자존감을 가지고 있을수록 그리고 자신의 건강 상태를 양호하게 평가할수록 자해 위험은 낮아졌다.

반대로 자해 위험을 높이는 위험 요인으로는 권장 운동 일수의 충족, 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등이 있었다. 부연하면 일상에서 권장 신체활동 일수를 채우는 경우일수록, 폭력 피해 및 비행 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 자해 위험도가 증가했다.

또한 보호 요인 중에서는 자아존중감의, 위험 요인 중에서는 폭력 피해 경험의 표준화 계수가 상대적으로 크게 집계됐는데 이는 자아존중감과 폭력 피해가 그만큼 학교 밖 청소년의 자해 위험을 완화 또는 악화시키는 데 있어 가장 중요한 역할을 하고 있음을 의미한다.

종합하면 자해 위험이 큰 학교 밖 청소년에게는 무엇보다 당사자가 자존감을 회복할 수 있도록 지원하는 것이 필요하며, 특히 비행 경험이 많거나 다른 사람으로부터 폭력 피해를 본 경험이 많은 학교 밖 청소년에 대해서는 자해 문제가 발생하지 않도록 가족, 친구, 또는 학교 밖 청소년 지원센터의 선생님 등 주변 지인과 보호자의 각별한 주의가 필요하다.

표Ⅲ-119 학교 밖 청소년 자해에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2.343	.926		2.531	.012		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.005	.006	-.045	-.850	.396	.341	2.934
긍정적 가족관계	.021	.023	.046	.891	.373	.357	2.798
긍정적 사회 지지	.016	.026	.024	.615	.538	.606	1.650
학교 적응	-.014	.009	-.065	-1.539	.124	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	-.037	.067	-.019	-.545	.586	.760	1.316
학업 성적(중간)	.106	.107	.034	.990	.323	.828	1.207
학업 성적(종합)	.355	.153	.091	2.317	.021	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.054	.210	-.010	-.255	.799	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	.044	.142	.012	.307	.759	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.081	.012	-.302	-6.510	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	.026	.014	.063	1.855	.064	.838	1.193
외모 만족 여부	-.032	.129	-.009	-.251	.802	.801	1.248
자아존중감	-.156	.134	-.042	-1.163	.245	.741	1.349
진로성숙도	.231	.186	.040	1.245	.213	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	.020	.149	.005	.135	.893	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	.218	.150	.059	1.449	.148	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-.528	.140	-.136	-3.781	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	.330	.131	.081	2.519	.012	.920	1.087
영양 식사 여부	.272	.064	.175	4.238	.000	.560	1.784
주관적 건강 상태	.118	.105	.042	1.129	.259	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	.330	.081	.139	4.074	.000	.824	1.214
비행	.282	.129	.072	2.187	.029	.869	1.150
가해	.006	.043	.005	.152	.879	.859	1.163
피해	.095	.207	.015	.458	.647	.910	1.099
성별	-.168	.179	-.041	-.936	.349	.486	2.057
나이	.387	.286	.043	1.351	.177	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-.195	.145	-.052	-1.348	.178	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.216	.173	-.049	-1.247	.213	.624	1.603
다문화 가정 여부	.044	.172	.011	.256	.798	.499	2.003
가정 형편(중)	.043	.066	.016	.649	.516	.266	3.757
가정 형편(상)	.052	.068	.019	.770	.441	.250	4.001
가정형태	.013	.056	.004	.230	.818	.658	1.519

(3) 신체화

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 신체화 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.344이었고 적합도는 $F(29, 722)=14.585$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

신체화 수준과 부적 관계에 있는, 즉 신체화 증상을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 폭력 가해 경험, 부모의 동거 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 청소년 당사자의 자존감이 높을수록, 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 있을수록, 건강 상태가 양호할수록, 폭력 가해 경험이 많을수록, 그리고 부모가 이혼, 사별, 별거 등을 하지 않고 함께 살고 있으면 학교 밖 청소년이 경험하는 신체화 증상의 심각성은 줄어들었다.

다만, 폭력 가해 경험의 긍정적 영향력을 액면대로 받아들이는 데는 문제가 있다. 신체화 증상을 완화하는 데 있어 가해 행동이 실제로 긍정적으로 작용하기보다는 신체화 증상이 없는 학교 밖 청소년 사이에서 가해 행동이 더 많이 발생하고 이로 인해 지금과 같은 분석 결과가 도출됐다고 추론하는 것이 더 타당할 것이다.

반대로 신체화 증상과 정적 관계에 있는, 즉 신체화 문제를 악화시키는 위험 요인으로는 학습 목적의 매체 이용량, 권장 운동 일수의 충족, 비행 경험, 폭력 피해 경험, 그리고 성별 등이 있었다. 부연하면 학습 목적의 매체 이용량이 많을수록, 권장 운동 일수를 충족할수록, 비행 경험과 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 여자일수록 신체화 점수가 높아졌다.

종합하면 신체화 증상을 호소하는 학교 밖 청소년에게는 부모/보호자가 긍정적 양육 태도를 보여주는 것이 중요하며 당사자가 자존감을 회복할 수 있도록 청소년 스스로 그리고 주변에서도 노력을 기울여야 한다. 또한 건강 행태적으로 평소 충분히 잠을 자 피로가 누적되지 않도록 하며 꾸준한 관리를 통해 양호한 건강 상태를 만드는 것이 중요하다.

이와 더불어 이혼, 별거, 사별 등으로 인해 부모가 함께 살고 있지 않은 가정에서 생활하고 있거나 비행 및 폭력 피해를 다수 경험한 학교 밖 청소년의 경우 신체화 증상이 더 심각하게 나타나므로 이들에 대한 가족, 주변 지인, 또는 지원센터 선생님의 관심과 관리가 요구된다.

표Ⅲ-120 학교 밖 청소년 신체화에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	12.647	3.727		3.393	.001		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.078	.022	-.176	-3.470	.001	.341	2.934
긍정적 가족관계	.175	.094	.092	1.853	.064	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.081	.105	-.029	-.770	.441	.606	1.650
학교 적응	-.008	.037	-.009	-.216	.829	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.911	.270	.114	3.377	.001	.760	1.316
학업 성적(중간)	.604	.429	.046	1.407	.160	.828	1.207
학업 성적(종합)	-.344	.617	-.021	-.558	.577	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.591	.845	-.027	-.700	.484	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	.062	.573	.004	.109	.913	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.200	.050	-.176	-3.971	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	-.021	.056	-.012	-.385	.701	.838	1.193
외모 만족 여부	.014	.517	.001	.027	.978	.801	1.248
자아존중감	-1.587	.541	-.101	-2.934	.003	.741	1.349
진로성숙도	-1.451	.748	-.060	-1.940	.053	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	.883	.600	.056	1.473	.141	.596	1.678

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	.205	.606	.013	.339	.734	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-3.874	.563	-.237	-6.888	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	1.863	.528	.109	3.529	.000	.920	1.087
영양 식사 여부	1.123	.258	.172	4.348	.000	.560	1.784
주관적 건강 상태	-.849	.421	-.073	-2.017	.044	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	1.317	.326	.132	4.041	.000	.824	1.214
비행	1.560	.519	.095	3.007	.003	.869	1.150
가해	.102	.172	.019	.597	.550	.859	1.163
피해	.673	.835	.025	.806	.420	.910	1.099
성별	-1.567	.722	-.092	-2.171	.030	.486	2.057
나이	1.287	1.153	.034	1.116	.265	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-.399	.583	-.025	-.684	.494	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.920	.697	-.049	-1.319	.187	.624	1.603
다문화 가정 여부	.825	.694	.050	1.188	.235	.499	2.003
가정 형편(중)	-.609	.234	-.058	-2.599	.009	.266	3.757
가정 형편(상)	-.272	.241	-.026	-1.129	.259	.250	4.001
가정형태	.168	.200	.012	.839	.402	.658	1.519

(4) 우울

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 우울 증상에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.524이었고 적합도는 $F(29, 722)=29.540$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 또한, 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF)가 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

우울 증상과 부적 관계에 있는, 즉 우울 증상을 호전시키는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 부모의 동거 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 청소년의 자존감이 높을수록 우울의 위험이 줄어들었고 건강 행태적으로는 평소 양호한 건강 상태를 유지하며 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 있을수록 우울의 위험이 줄어들었다. 가정환경 측면에서는 부모가 이혼, 별거, 또는 사별 등을 하지 않고 함께 생활하고 있는 경우 학교 밖 청소년의 우울 위험은 줄어들었다.

반대로 우울 증상과 정적 관계에 있는, 즉 우울 증상을 악화시키는 위험 요인으로는 긍정적 가족관계와 비행 및 폭력 피해 경험 등이 있었다. 부연하면 가족 간의 관계가 건강할수록, 청소년의 비행 및 폭력 피해 경험이 많을수록 청소년이 노출되는 우울의 위험은 증가했는데 이 가운데 긍정적 가족관계에 대한 해석은 주의를 요구한다. 이는 앞서 다른 분석에서도 동일하게 도출된 분석 결과로 건강한 가족관계가 학교 밖 청소년의 우울 증상을 악화시켰다기보다는 우울 증상을 경험하는 청소년일수록 가족이 더 많은 관심과 애정을 보여주고 있는 것을 해석하는 것이 타당하다.

종합하면, 우울 증상을 경험하는 학교 밖 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 부모의 동거 등 건강한 성장 및 가정환경이 중요하며 건강 행태 차원에서 해당 청소년이 평소 충분히 자며 양호한 건강 상태를 유지할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이와 함께 청소년이 자신의 가치를 긍정적으로 인식하고 자신을 소중하게 여기는 자존감을 기를 수 있도록 가족과 주변 지인, 그리고 지원 기관의 담당자가 돕는다면 우울 증상의 완화에 도움이 될 것이다. 특히 자아존중감의 표준화 계수가 여타 보호 및 위험 요인의 표준화 계수보다 큰 값을 보여주고 있는데 이는 학교 밖 청소년의 우울증 예방이나 완화에 있어 자아존중감의 확립보다 중요한 것이 없음을 의미한다.

이와 더불어 비행이나 폭력 피해의 경험이 많은 청소년일수록 우울 증상에 노출될 위험도 커지므로 이들에 대한 가족, 주변 보호자의 주의가 필요하다.

표Ⅲ-121 학교 밖 청소년 우울에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	35.456	5.110		6.938	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.130	.031	-.183	-4.248	.000	.341	2.934
긍정적 가족관계	.348	.129	.113	2.690	.007	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.200	.144	-.045	-1.394	.164	.606	1.650
학교 적응	.056	.051	.038	1.102	.271	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.724	.370	.056	1.957	.051	.760	1.316
학업 성적(중간)	.991	.589	.047	1.685	.093	.828	1.207
학업 성적(잘함)	.755	.846	.028	.893	.372	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.659	1.159	-.019	-.569	.570	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	-.362	.786	-.014	-.461	.645	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.805	.069	-.441	-11.667	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	.046	.076	.017	.601	.548	.838	1.193
외모 만족 여부	.837	.709	.033	1.179	.239	.801	1.248
자아존중감	-3.012	.742	-.119	-4.061	.000	.741	1.349
진로성숙도	.349	1.025	.009	.341	.733	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	-1.009	.822	-.040	-1.227	.220	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	.360	.830	.014	.434	.665	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-4.541	.771	-.173	-5.888	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	1.067	.724	.039	1.474	.141	.920	1.087
영양 식사 여부	1.412	.354	.134	3.987	.000	.560	1.784
주관적 건강 상태	-.643	.577	-.034	-1.114	.265	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	1.327	.447	.082	2.970	.003	.824	1.214
비행	1.326	.711	.050	1.864	.063	.869	1.150
가해	.040	.235	.005	.172	.864	.859	1.163
피해	1.550	1.144	.036	1.354	.176	.910	1.099
성별	-2.141	.989	-.078	-2.164	.031	.486	2.057
나이	-.110	1.581	-.002	-.069	.945	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-1.357	.799	-.054	-1.697	.090	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.337	.956	-.011	-.353	.724	.624	1.603
다문화 가정 여부	1.020	.952	.038	1.072	.284	.499	2.003
가정 형편(중)	-.983	.310	-.063	-3.168	.002	.266	3.757
가정 형편(상)	-.418	.319	-.027	-1.311	.190	.250	4.001
가정형태	.428	.265	.021	1.617	.106	.658	1.519

(5) 불안

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 불안 수준에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.487이었고 적합도는 $F(29, 722)=25.567$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

불안 수준과 부적 관계에 있는, 즉 불안 증상을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로 해소를 위한 충분한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 가정 형편 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 자아존중감이 높을수록, 평소 피로회복에 필요한 수면시간을 충분히 확보하고 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록, 그리고 가정 형편이 나쁘지 않을수록 학교 밖 청소년이 경험하는 불안 증상은 줄어들었다.

반대로 불안 수준과 정적 관계에 있는, 즉 불안 증상을 악화시키는 위험 요인으로는 긍정적 가족관계, 학습 목적의 매체 이용량, 권장 운동 일수의 충족, 비행 경험, 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등이 있었다.

부연하면, 가족 간의 관계가 좋을수록, 평소 학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 많이 이용할수록, 권장 운동 일수를 충족할수록, 비행 및 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다 여성일수록 불안 증상이 더욱 심했다. 이 가운데 긍정적 가족관계의 작용은 앞서 반복 소개한 내용과 동일하게 불안을 자극하는 부정적 원인이 아니라 불안으로 인한 결과로 이해하는 것이 타당하다.

따라서 불안 증상을 경험하는 학교 밖 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 건강한 가족관계가 증상 완화에 도움을 주며 건강 행태적으로는 평소

충분히 자 피로를 풀고 건강을 잘 관리하는 것이 필요하다. 이와 더불어 보호자와 가족은 비록 학업을 위한 목적이라도 청소년이 컴퓨터나 스마트폰 등의 매체를 과도하게 사용하지 않도록 하고 특히 비행이나 폭력 피해와 같은 부정적 사건이 청소년에게 발생했을 때는 이로 인해 당사자의 불안 문제가 가중되지 않도록 주의를 기울여야 한다. 그러나 무엇보다 가장 효과적이며 근본적인 보호책은 청소년 스스로 자존감을 키워 불안에 노출되는 위험을 최소화하는 것이다.

표Ⅲ-122 학교 밖 청소년 불안에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	34.278	4.744		7.226	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.121	.029	-.191	-4.258	.000	.341	2.934
긍정적 가족관계	.446	.120	.163	3.718	.000	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.215	.134	-.054	-1.610	.108	.606	1.650
학교 적응	-.024	.047	-.018	-.499	.618	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.995	.343	.087	2.899	.004	.760	1.316
학업 성적(중간)	-.084	.546	-.004	-.154	.878	.828	1.207
학업 성적(잘함)	.949	.785	.040	1.209	.227	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.185	1.076	-.006	-.172	.864	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	-.115	.730	-.005	-.157	.875	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.628	.064	-.385	-9.816	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	.037	.071	.015	.527	.599	.838	1.193
외모 만족 여부	.044	.659	.002	.066	.947	.801	1.248
자아존중감	-3.647	.688	-.161	-5.297	.000	.741	1.349
진로성숙도	-.913	.952	-.026	-.960	.338	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	.481	.763	.021	.630	.529	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.396	.771	-.018	-.513	.608	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-4.351	.716	-.185	-6.078	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	1.677	.672	.068	2.495	.013	.920	1.087
영양 식사 여부	1.189	.329	.126	3.615	.000	.560	1.784
주관적 건강 상태	-.032	.536	-.002	-.060	.952	.675	1.482

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
권장운동일수 충족 여부	1.335	.415	.093	3.218	.001	.824	1.214
비행	1.521	.660	.065	2.304	.022	.869	1.150
가해	-.122	.218	-.016	-.557	.578	.859	1.163
피해	1.064	1.062	.027	1.002	.317	.910	1.099
성별	-1.185	.918	-.048	-1.290	.197	.486	2.057
나이	.674	1.468	.012	.459	.646	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-1.600	.742	-.071	-2.156	.031	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.279	.887	-.010	-.314	.754	.624	1.603
다문화 가정 여부	.676	.883	.028	.766	.444	.499	2.003
가정 형편(중)	-.382	.284	-.028	-1.346	.178	.266	3.757
가정 형편(상)	.162	.292	.012	.554	.580	.250	4.001
가정형태	.436	.242	.024	1.803	.072	.658	1.519

(6) 자살

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 자살위험에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.420이었고 적합도는 $F(29, 722)=19.779$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

자살과 부적 관계에 있는, 즉 자살 위험을 완화하는 보호 요인으로서는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 그리고 양호한 건강 등이 있었다. 부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적이고 자아존중감이 높고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있을수록 자살 위험은 줄어들었다.

반대로 자살 위험을 높이는 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험, 그리고 성별(여성) 등이 있었다. 부연하면, 비학습 목적의 매체 이용에 과몰입할수록, 비행이나 폭력 피해 경험이 많을수록, 그리고 남성보다는 여성일수록 학교 밖 청소년의 자살 위험이 커졌다.

종합하면 자살 위험이 큰 학교 밖 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도가 중요하지만, 평소 건강관리를 통해 양호한 건강 상태를 유지할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이와 더불어 평소 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰과 같은 매체에 과몰입하거나 비행 및 폭력 피해 등의 부정적 경험에 자주 노출되는 것은 청소년의 자살 위험을 부추기는 결과를 초래하므로 이러한 행태 또는 경험이 반복되는 학교 밖 청소년에게는 자살위험에 대한 관리가 요구된다.

표Ⅲ-123 학교 밖 청소년 자살에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	7.672	1.565		4.903	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.022	.009	-.109	-2.292	.022	.341	2.934
긍정적 가족관계	.047	.040	.055	1.192	.234	.357	2.798
긍정적 사회 지지	.012	.044	.010	.274	.784	.606	1.650
학교 적응	.000	.016	-.001	-.017	.987	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.191	.113	.054	1.685	.092	.760	1.316
학업 성적(중간)	.392	.180	.066	2.175	.030	.828	1.207
학업 성적(잘함)	.203	.259	.028	.785	.433	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.256	.355	-.026	-.721	.471	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	.175	.241	.025	.728	.467	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.222	.021	-.438	-10.497	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	.044	.023	.057	1.869	.062	.838	1.193
외모 만족 여부	.347	.217	.050	1.598	.110	.801	1.248
자아존중감	-.394	.227	-.056	-1.735	.083	.741	1.349
진로성숙도	-.177	.314	-.016	-.564	.573	.908	1.101

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
권장 수면시간 충족 여부	-.101	.252	-.014	-.403	.687	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	.140	.254	.020	.551	.582	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-.952	.236	-.131	-4.031	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	.028	.222	.004	.129	.898	.920	1.087
영양 식사 여부	.594	.108	.203	5.476	.000	.560	1.784
주관적 건강 상태	-.228	.177	-.044	-1.289	.198	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	.545	.137	.122	3.980	.000	.824	1.214
비행	.529	.218	.072	2.427	.015	.869	1.150
가해	-.065	.072	-.027	-.902	.367	.859	1.163
피해	.020	.350	.002	.056	.955	.910	1.099
성별	-.020	.303	-.003	-.067	.946	.486	2.057
나이	.321	.484	.019	.664	.507	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-.133	.245	-.019	-.542	.588	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.127	.293	-.015	-.435	.663	.624	1.603
다문화 가정 여부	-.236	.291	-.032	-.808	.419	.499	2.003
가정 형편(중)	-.115	.074	-.034	-1.553	.120	.266	3.757
가정 형편(상)	.012	.076	.004	.156	.876	.250	4.001
가정형태	.106	.063	.024	1.671	.095	.658	1.519

(7) 스트레스

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년의 스트레스에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.543이었고 적합도는 $F(29, 722)=31.825$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

스트레스와 부적 관계에 있는, 즉 스트레스를 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 피로회복을 위한 충분한 수면시간 확보, 그리고 양호한 건강 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 청소년의 자아존중감이 높을수록 스트레스 위험은 줄어들었고 건강 행태 측면에서는 피로회복을 위한 충분한 수면시간을 확보하였을 때 그리고 평소 양호한 건강 상태를 유지하고 있는 경우 그렇지 않았을 때보다 스트레스 위험이 줄어들었다.

반대로 스트레스와 정적 관계에 있는, 즉 스트레스를 가중하는 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용량으로 평소 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 컴퓨터와 스마트폰과 같은 매체를 많이 이용할수록 스트레스는 높아졌다. 다만 두 변수 간의 이러한 인과성은 재해석의 여지를 남긴다. 즉, 매체에 대한 과몰입이 청소년의 스트레스를 유발할 수 있지만 반대로 스트레스를 많이 받을수록 스트레스 해소를 위해 매체에 대한 의존도가 높아질 수 있는 것이다.

종합하면 스트레스에 대한 학교 밖 청소년의 노출을 줄이는 데 있어 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 일상에서의 충분한 수면과 건강관리 등 건전한 건강 행태, 적정 수준의 매체 이용 등은 긍정적 결과를 가져올 수 있으며 보다 근본적인 대안으로는 스트레스와 같은 외부 자극에 노출됐을 때 청소년 스스로 자신을 보호할 수 있는 내면의 역량, 즉 자존감을 기르는 것이다.

표 III-124 학교 밖 청소년 스트레스에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	39.911	2.783		14.344	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.050	.017	-.126	-2.986	.003	.341	2.934
긍정적 가족관계	.063	.070	.037	.898	.369	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.113	.078	-.046	-1.444	.149	.606	1.650
학교 적응	-.039	.028	-.048	-1.424	.155	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.255	.201	.036	1.264	.207	.760	1.316
학업 성적(중간)	.725	.320	.061	2.261	.024	.828	1.207
학업 성적(종합)	.469	.461	.032	1.018	.309	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	-.280	.631	-.014	-.445	.657	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	-.070	.428	-.005	-.164	.870	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.536	.038	-.528	-14.276	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	-.023	.041	-.015	-.556	.578	.838	1.193
외모 만족 여부	.125	.386	.009	.323	.747	.801	1.248
자아존중감	-1.271	.404	-.090	-3.148	.002	.741	1.349
진로성숙도	-.564	.558	-.026	-1.011	.312	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	.167	.448	.012	.374	.709	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	-.281	.452	-.020	-.622	.534	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-1.183	.420	-.081	-2.816	.005	.736	1.359
규칙 식사 여부	.045	.394	.003	.114	.909	.920	1.087
영양 식사 여부	.148	.193	.025	.769	.442	.560	1.784
주관적 건강 상태	.018	.314	.002	.056	.955	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	.256	.243	.029	1.054	.292	.824	1.214
비행	.546	.387	.037	1.410	.159	.869	1.150
가해	-.005	.128	-.001	-.039	.969	.859	1.163
피해	.379	.623	.016	.608	.543	.910	1.099
성별	-.749	.539	-.049	-1.391	.165	.486	2.057
나이	-1.003	.861	-.029	-1.165	.244	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-.378	.435	-.027	-.869	.385	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-.766	.520	-.046	-1.471	.142	.624	1.603
다문화 가정 여부	.993	.518	.067	1.917	.056	.499	2.003
가정 형편(중)	-.164	.220	-.014	-.744	.457	.266	3.757
가정 형편(상)	-.201	.227	-.017	-.887	.375	.250	4.001
가정형태	.082	.188	.005	.436	.663	.658	1.519

(8) COVID-19 외상성 고통

아래 표는 독립변수의 동시 투입(enter) 방식에 기반한 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년이 체감하는 COVID-19 외상성 고통(이하 CPDI)에 유의한 영향력을 미친 보호 및 위험 요인을 판별한 결과다. 먼저, 회귀모델의 설명력은 Adjusted R Square=.298이었고 적합도는 $F(29, 722)=11.988$, $p<.001$ 로 통계적 유의성이 확인됐다. 또한, 모든 독립변수의 공차 한계(tolerance)와 분산 팽창 지수(VIF) 또한 임계치를 초과하지 않아 독립변수 간의 다중공선성 문제는 존재하지 않았다.

CPDI와 부적 관계에 있는, 즉 COVID-19로 인한 외상성 고통을 완화하는 보호 요인으로는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 자아존중감, 진로 성숙도, 피로회복을 위한 수면시간 확보, 양호한 건강, 그리고 가정 형편(중간) 등이 있었다.

부연하면 부모/보호자의 양육 태도가 긍정적일수록, 자아존중감과 진로 성숙도가 높을수록 COVID-19로 인한 외상성 고통이 줄어들었다. 건강 행태적으로는 평소 양호한 건강 상태를 유지하며 피로회복을 위해 충분히 잠을 자는 경우 고통 위험이 줄어들었다. 이와 함께 경제적으로는 가정 형편이 나쁘지 않을수록 고통 위험이 줄어들었다. 다만, 유의한 집단 차이는 가정 형편이 어려운 집단(준거집단)과 보통인 집단 사이에만 존재해 가정 형편에 의한 완화 효과는 제한적이었다.

반대로 긍정적 가족관계, 비학습 목적의 매체 이용, 폭력 경험 등은 고통 지수를 높이는 위험 요인으로 작용했다. 이 가운데 긍정적 가족관계의 부정적 작용은 앞서 다른 정신건강 문제를 분석한 결과에서 소개했듯이 문제를 악화시키는 원인이라기 보다 문제로부터 파생된 결과로 이해하는 것이 타당하다. COVID-19로 인한 외상성 고통이 비단 청소년뿐만 아니라 성인에게도 심각한 영향을 미치고 있는 상황에서 가족 간의 관계 증진은 심리적 고통으로부터 가족을 보호하려는 방안으로 이해하는 것이 타당할 것이다.

종합하면, COVID-19로 인해 다양한 외상성 고통(우울, 불안, 특정 공포증, 인지적 변화, 회피 및 강박 행동, 신체 증상, 사회적 기능의 감소 등)에 노출된 학교 밖 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도, 가족 간의 보살핌과 유대 강화, 자아존중감과 진로 성숙도의 제고 등이 도움을 줄 수 있으며, 해당 청소년이 평소 충분히 잠을 자며 자신의 건강 상태를 관리하는 등 건전한 건강 행태를 실천하도록 하는 것이 중요하다.

표Ⅲ-125 학교 밖 청소년 COVID-19 외상성 고통에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	39.376	6.505		6.053	.000		
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	-.196	.039	-.263	-5.019	.000	.341	2.934
긍정적 가족관계	.483	.165	.150	2.932	.003	.357	2.798
긍정적 사회 지지	-.124	.183	-.027	-.678	.498	.606	1.650
학교 적응	.090	.065	.058	1.391	.165	.532	1.881
학업 성적 만족 여부	.208	.471	.015	.442	.659	.760	1.316
학업 성적(중간)	2.051	.749	.092	2.738	.006	.828	1.207
학업 성적(잘함)	.841	1.077	.030	.781	.435	.625	1.601
학습 목적 매체 이용 수준	1.460	1.475	.039	.990	.323	.595	1.680
비학습목적 매체 이용 수준	-1.468	1.001	-.055	-1.467	.143	.653	1.531
신체인지왜곡수준(정상)	-.351	.088	-.183	-3.993	.000	.444	2.253
신체인지왜곡수준(과소)	-.193	.097	-.067	-1.994	.046	.838	1.193
외모 만족 여부	1.086	.903	.041	1.202	.230	.801	1.248
자아존중감	-3.798	.944	-.143	-4.022	.000	.741	1.349
진로성숙도	-2.446	1.305	-.060	-1.874	.061	.908	1.101
권장 수면시간 충족 여부	1.692	1.047	.064	1.617	.106	.596	1.678
피로회복을 위한 수면시간 충족 여부	.170	1.057	.006	.161	.872	.584	1.712
신체적 질병이나 장애 유무	-4.590	.982	-.167	-4.676	.000	.736	1.359
규칙 식사 여부	.803	.922	.028	.872	.384	.920	1.087
영양 식사 여부	.290	.451	.026	.644	.520	.560	1.784
주관적 건강 상태	1.204	.735	.061	1.639	.102	.675	1.482
권장운동일수 충족 여부	1.745	.569	.103	3.067	.002	.824	1.214

독립변수	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
비행	-.275	.905	-.010	-.303	.762	.869	1.150
가해	-.177	.299	-.019	-.591	.555	.859	1.163
피해	-.374	1.457	-.008	-.256	.798	.910	1.099
성별	-.066	1.260	-.002	-.053	.958	.486	2.057
나이	-.337	2.012	-.005	-.168	.867	.959	1.043
가족과의 동거 여부	-2.209	1.017	-.083	-2.171	.030	.635	1.575
부모의 혼인 상태	-1.393	1.217	-.044	-1.145	.253	.624	1.603
다문화 가정 여부	.301	1.212	.011	.249	.804	.499	2.003
가정 형편(중)	-.960	.461	-.046	-2.084	.037	.266	3.757
가정 형편(상)	-.230	.473	-.011	-.486	.627	.250	4.001
가정형태	.704	.393	.025	1.793	.073	.658	1.519

(9) 소결

우리는 지금까지 다중회귀분석을 이용해 학교 밖 청소년이 경험하는 ADHD, 자해, 신체화 증상, 우울, 불안, 자살, 스트레스, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통(CPDI) 등에 유의한 영향을 주는 보호 및 위험 요인을 살펴보았다.

분석 결과 우리는 정신건강 문제 유형에 따라 공통된 또는 다른 변수가 보호 또는 위험 요인으로 작용하고 있으며 해당 변수의 영향력 또한 다름을 확인할 수 있었다. 아래의 표는 이러한 변화 양상을 정신건강 문제 유형별로 일목요연하게 정리한 결과다. 통계적 유의성을 보여준 변수 중 해당 정신건강 문제의 심각성을 완화하는 보호 요인은 +로, 반대로 심각성을 악화하는 위험 요인은 -로 구분했으며 변수 간 영향력을 비교하고자 표준화 계수 값을 함께 제시하였다.

정신건강 문제 유형별로 가장 영향력 있는 보호 요인과 위험 요인을 각각 색인하면 ADHD 문제의 경우 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 비행 경험, 자해 경향의 경우 자아존중감과 비행 경험, 신체화 증상의 경우 주관적 건강 상태(평소 양호한 건강 상태를 유지)와 비행 경험, 우울의 경우 자아존중감과 비행 경험,

불안의 경우 자아존중감과 비행 경험³⁵⁾, 자살 경향성은 자아존중감과 비행 경험, 스트레스는 자아존중감과 비학습 목적의 매체 이용, 마지막으로 CPDI는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 폭력 피해 경험³⁶⁾이었다.

또한, 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 완화하는데 이바지한 보호 요인으로는 자아존중감, 양호한 건강 상태(평소 양호한 건강 상태를 유지함)와 건전한 건강 행태(피로회복을 위한 충분한 수면시간의 확보), 부모/보호자의 긍정적 양육 태도 등이 있었으며 이 가운데 특히 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 자아존중감이 최상위 또는 차상위의 표준화 계수를 보여줘 정신건강 문제의 가장 중요한 보호 요인임이 확인됐다. 즉, 평소 자신의 가치와 역량을 긍정적으로 그리고 소중하게 생각하며 부모 또는 보호자로부터 긍정적인 양육 태도를 경험하는 학교 밖 청소년은 그렇지 않은 학교 밖 청소년과 비교해 정신건강 문제에 노출될 위험이 낮으며 설령 문제에 노출되더라도 회복이 빠르며 피해 정도가 그만큼 작다.

이와 함께 학교 밖 청소년이 평소 피로가 누적되지 않도록 충분히 잠을 자고 자신의 건강을 잘 관리하는 등 일상에서 건전한 건강 행태를 실천하거나 실천할 수 있도록 지원하는 것 또한 정신건강 문제를 치유하는 데 도움이 된다.

반대로, 정신건강 문제 유형에 상관없이 일관성 있게 증상을 악화하는데 이바지한 위험 요인으로는 비학습 목적의 매체 이용량, 비행 및 폭력 피해 경험 등이 있었다. 평소 게임, 영화, 음악, 청소년 이용 불가 콘텐츠, 온라인 소통 등 비학습 목적으로 매체를 많이 이용할수록, 흡연, 음주, 가출, 패싸움, 절도, 도박 등의 비행 경험이 많을수록, 그리고 놀림, 조롱, 왕따, 협박, 금전 갈취, 성폭력이나 성희롱 등의 폭력 피해를 본 경험이 많을수록 정신건강 문제의 심각성은 높았다. 따라서 이러한 위험 요인에 많이 노출된 학교 밖 청소년에 대해서는 가족과 주변 지인, 그리고 학교 밖 청소년 지원 기관 담당자의 각별한 관심과 개입이 요구된다.

35) 불안의 위험 요인 중 긍정적 가족관계의 표준화 계수가 가장 크지만, 이는 불안 가중의 원인이 아닌 결과로 이해해야 함.

36) CPDI의 위험 요인 중 긍정적 가족관계의 표준화 계수가 가장 크지만, 이는 CPDI 가중의 원인이 아닌 결과로 이해해야 함.

표 III-126 학교 밖 청소년 회귀분석 결과 종합

독립변수	종속변수		ADHD		자해		신체화		우울		불안		자살		스트레스		CPDI	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	+	-.227			+	-.176			+	-.183	+	-.191	+	-.109	+	-.126	+	-.263
긍정적 가족관계	-	.106							-	.113	-	.163					-	.150
긍정적 사회 지지																		
학교 적응	+	-.090																
학습 목적 매체 이용 수준	+	-.071			-	.114					-	.087						
비학습목적 매체 이용 수준	-	.063											-	.066	-	.061	-	.092
신체인지왜곡수준(정상)					-	.091												
신체인지왜곡수준(과소)																		
외모 만족 여부																		
자아존중감	+	-.177	+	-.302	+	-.176	+	-.441	+	-.385	+	-.438	+	-.528	+	-.183		
진로성숙도	+	-.107															+	-.067
권장 수면시간 충족 여부	-	.066																
피로회복 수면시간 충족 여부	+	-.068			+	-.101	+	-.119	+	-.161					+	-.090	+	-.143
신체적 질병이나 장애 유무																		
규칙 식사 여부																		
영양 식사 여부																		
주관적 건강 상태	+	-.131	+	-.136	+	-.237	+	-.173	+	-.185	+	-.131	+	-.081	+	-.167		
권장운동일수 충족 여부			-	.081	-	.109					-	.068						
비행	-	.115	-	.175	-	.172	-	.134	-	.126	-	.203						
가해	-	.087			+	-.073												
피해			-	.139	-	.132	-	.082	-	.093	-	.122					-	.103
성별			-	.072	-	.095			-	.065	-	.072						
나이	+	-.087																
가족과의 동거 여부																		
부모의 혼인 상태					+	-.092	+	-.078										
다문화 가정 여부																		
가정 형편(중)											+	-.071					+	-.083
가정 형편(상)																		
가정형태																		

3) 학생 청소년과 학교 밖 청소년 간의 비교

우리는 지금까지 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제에 유의한 영향을 미치는 보호 요인과 위험 요인을 차례대로 살펴보았고 정신건강 문제 유형에 따라 공통된 또는 다른 유의성을 갖는 보호 요인과 위험 요인이 존재함을 확인할 수 있었다.

마지막으로 본 절에서는 학교 안팎 청소년의 정신건강 문제에 유의한 영향력을 미치는 보호 요인과 위험 요인의 집단 간 공통점과 차이점을 확인하고자 한다. 이를 위해 우리는 앞서 소개했던 두 청소년 집단의 회귀분석 결과를 정신건강 문제 유형별로 취합하였고 그 결과는 아래의 표와 같다. 부연하면, 통계적 유의성을 보여준 변수 중 해당 정신건강 문제의 심각성을 완화하는 보호 요인은 +로, 반대로 심각성을 악화하는 위험 요인은 -로 구분했으며 변수 간 영향력을 비교하고자 표준화 계수 값이 함께 제시됐다.

표Ⅲ-127 학생 청소년-학교 밖 청소년 회귀분석 결과 비교표

독립변수	종속변수		ADHD				자해				신체화				우울			
			학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	+	-.195	+	-.227							+	-.059	+	-.176	+	-.069	+	-.183
긍정적 가족관계	-	.053	-	.106	+	-.041									+	-.063	-	.113
긍정적 사회 지지	-	.036									+	-.049			+	-.037		
학교 적응	+	-.177	+	-.090														
학업 성적 만족 여부																		
학업 성적(중간)	+	-.148													+	-.074		
학업 성적(질함)	+	-.178													+	-.049		
학습 목적 매체 이용 수준	+	-.039	+	-.071									-	.114				
비학습목적 매체 이용 수준	-	.113	-	.063	-	.034					-	.069			-	.051		
신체인지왜곡수준(정상)	+	-.053					-	.091										
신체인지왜곡수준(과소)	+	-.032																
외모 만족 여부	+	-.039																

독립변수	종속변수		ADHD				자해				신체화				우울			
			학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
자아존중감	+	-.150	+	-.177	+	-.181	+	-.302	+	-.145	+	-.176	+	-.379	+	-.441		
진로성숙도	+	-.101	+	-.107														
권장 수면시간 충족 여부	-	.043	-	.066														
피로회복 수면시간 충족 여부	+	-.052	+	-.068							+	-.082	+	-.101	+	-.077	+	-.119
신체적 질병이나 장애 유무											+	-.123			+	-.024		
규칙 식사 여부											+	-.040						
영양 식사 여부	+	-.057									+	-.029			+	-.033		
주관적 건강 상태	+	-.042	+	-.131	+	-.029	+	-.136	+	-.119	+	-.237	+	-.079	+	-.173		
권장운동일수 충족 여부					-	.026	-	.081	-	.037	-	.109	-	.026				
비행			-	.115	-	.083	-	.175	-	.053	-	.172					-	.134
가해	-	.082	-	.087								+	-.073					
피해					-	.079	-	.139	-	.145	-	.132	-	.142	-	.082		
성별	+	-.105					-	.072	-	.070	-	.095	-	.033				
나이	+	-.162	+	-.087	+	-.045								+	-.051			
가족과의 동거 여부														+	-.037			
부모의 혼인 상태											+	-.092	+	-.032	+	-.078		
다문화 가정 여부																		
가정 형편(중)	+	-.062								+	-.058			+	-.063			
가정 형편(상)	+	-.069																
가정형태																		

학생 청소년-학교 밖 청소년 비교표(계속)

독립변수	종속변수		불안				자살				스트레스				CPDI			
			학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
부모/보호자의 긍정적 양육 태도	+	-.070	+	-.191	+	-.054	+	-.109	+	-.140	+	-.126	+	-.117	+	-.263		
긍정적 가족관계			-	.163	+	-.059			-	.039					-	.150		
긍정적 사회 지지	+	-.058							+	-.040								
학교 적응					-	.059			+	-.046								
학업 성적 만족 여부					-	.035			+	-.055			+	-.029				
학업 성적(중간)	+	-.051			+	-.059			+	-.032								
학업 성적(종합)					+	-.062			+	-.035								
학습 목적 매체 이용 수준	-	.030	-	.087					+	-.033								

독립변수	종속변수		불안				자살				스트레스				CPDI			
			학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖		학생		학교 밖	
	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β	구분	β
비학습목적 매체 이용 수준	-	.034					-	.046	-	.066	-	.070	-	.061	-	.051	-	.092
신체인지애곡수준(정상)											+	-.027						
신체인지애곡수준(과소)																		
외모 만족 여부	-	.033					-	.041										
자아존중감	+	-.297	+	-.385	+	-.329	+	-.438	+	-.450	+	-.528	+	-.218	+	-.183		
진로성숙도														+	-.068	+	-.067	
권장 수면시간 충족 여부																		
피로회복 수면시간 충족 여부	+	-.114	+	-.161							+	-.069	+	-.090	+	-.087	+	-.143
신체적 질병이나 장애 유무	+	-.038			+	-.024					+	-.021			+	-.067		
규칙 식사 여부															+	-.034		
영양 식사 여부	+	-.044									+	-.045			+	-.029		
주간적 건강 상태	+	-.096	+	-.185	+	-.030	+	-.131	+	-.033	+	-.081	+	-.080	+	-.167		
권장운동일수 충족 여부	-	.035	-	.068											-	.035		
비행			-	.126	-	.124	-	.203							-	.036		
가해															-	.036		
피해	-	.153	-	.093	-	.122	-	.122	-	.062					-	.110	-	.103
성별	-	.050	-	.065	-	.059	-	.072	-	.059								
나이					+	-.066			+	-.052				+	-.137			
가족과의 동거 여부	+	-.044			+	-.032			+	-.021								
부모의 혼인 상태	+	-.037			+	-.033								+	-.043			
다문화 가정 여부																		
가정 형편(중)			+	-.071										+	-.046	+	-.083	
가정 형편(상)																		
가정형태																		

(1) ADHD

우선 ADHD 증상을 완화하는 보호 요인으로는 두 집단 공통으로 부모/보호자의 긍정적 양육 태도가 가장 중요했고 그다음으로 자아존중감의 중요도가 높았다. 반면 위험 요인으로는 학생 청소년의 경우 비학습 목적의 매체 이용량이, 학교 밖 청소년의 경우 비행 경험이 가장 부정적인 영향력을 보여주었다. 이처럼 집단에

따라 개별 변수의 표준화 계수 크기는 상이하였지만, 변수들의 통계적 유의성과 작용 방향에 있어서는 높은 수준의 집단 간 일치도가 나타났다. 즉, 두 집단에서 보호 요인과 위험 요인으로 판별된 변수 대부분이 같았음을 의미한다.

(2) 자해

자해의 경우 보호 요인으로는 두 집단 공통으로 자아존중감이 가장 중요했다. 학교 안팎에 상관없이 자아존중감이 높은 청소년일수록 자해 위험이 가장 많이 줄었다. 위험 요인도 두 집단 공통으로 비행 및 폭력 피해 경험이 가장 부정적인 영향력을 미쳤다.

(3) 신체화

신체화 증상의 보호 요인으로는 학생 청소년의 경우 자아존중감이, 학교 밖 청소년에게는 양호한 건강 상태가 가장 중요하였다. 반대로 위험 요인으로는 학생 청소년의 경우 폭력 피해 경험이, 학교 밖 청소년에게는 비행 경험이 가장 부정적이었다. 또한, 학생 청소년의 경우 건강한 신체와 건전한 건강 행태, 즉 신체적 질병이나 장애의 부재와 규칙적이고 영양가 있는 식사 등은 유의한 보호 요인으로 작용했으나 학교 밖 청소년에게서는 유의성이 나타나지 않았다.

(4) 우울

우울의 보호 요인으로는 두 집단 공통으로 자아존중감이 가장 중요했다. 반대로 위험 요인으로는 학생 청소년의 경우 폭력 피해 경험, 학교 밖 청소년의 경우 비행 경험의 영향력이 가장 컸다.

(5) 불안

불안증의 보호 요인으로는 우울증과 마찬가지로 두 집단 공통으로 자아존중감의 중요도가 가장 컸다. 그 뒤를 이어 피로회복을 위한 충분한 수면시간의 확보가 중요한 보호 요인 역할을 하였다. 반대로 위험 요인으로는 학생 청소년의 경우 폭력 피해 경험이, 학교 밖 청소년의 경우 비행 경험이 가장 부정적인 영향을 주었다.

(6) 자살

자살의 경우도 두 집단 공통으로 자아존중감이 가장 중요한 보호 요인으로 작용했으며 반대로 비행 경험이 가장 부정적인 위험 요인으로 작용했다. 특히 학생 청소년의 경우 폭력 피해 경험은 비행 경험 못지않은 위험 요인으로 작용했다.

(7) 스트레스

마찬가지로 스트레스에서도 자아존중감은 두 집단 공통으로 가장 중요한 보호 요인으로 작용했다. 그 뒤를 이어 부모/보호자의 긍정적 양육 태도도 중요한 보호 요인으로 작용했다. 반대로 비학습 목적의 매체 이용은 가장 부정적인 위험 요인으로 작용했는데 특히 학교 밖 청소년 사이에서 비학습 목적의 매체 이용은 유일한 위험 요인으로 판별됐다. 다만 앞서 지적했듯이 비학습 목적의 매체 이용은 스트레스를 유발하는 직접적인 위험 요인이라기보다 스트레스 해소를 위한 방법, 즉 스트레스 해소를 위한 수단이자 스트레스 누적에 의한 결과로 해석하는 것이 더 타당할 것이다.

(8) COVID-19 외상성 고통

마지막으로 COVID-19에 의한 외상성 고통(CPTI)의 경우 학교 청소년 사이에서는 자아존중감이, 학교 밖 청소년 사이에서는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도가 가장 중요한 보호 요인으로 작용했다. 반대로 위험 요인으로는 두 집단 공통으로 폭력 피해 경험이 가장 부정적인 영향력을 미쳤다. 또한, 학생 청소년의 경우 건강한 신체와 건전한 건강 행태, 즉 신체적 질병이나 장애의 부재와 규칙적이고 영양가 있는 식사 습관 등이 학교 밖 청소년에게 해당하지 않는 보호 요인으로 작용했다.

(9) 소결

우리는 지금까지 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강 문제에 유의한 영향을 미치는 보호 요인과 위험 요인을 비교 분석하였고 두 집단의 보호 및 위험 요인을 판별한 결과는 매우 유사함을 확인할 수 있었다. 표준화 계수의 차이로 인해 각 변수가 보호 요인 또는 위험 요인으로서 해당 정신건강 문제에 작용하는 영향력만 다를 뿐 해당 변수의 통계적 유의성이나 작용 방식(즉, 해당 변수가 보호 요인으로 작용하는지 아니면 위험 요인으로 작용하는지 여부)에 대한 집단 간 차이는 미미했다.

정리하면 ADHD 증상을 경험하는 학교 안팎 청소년에게는 부모/보호자의 긍정적 양육 태도와 더불어 자아존중감의 확립이 가장 중요한 보호 요인으로 작용했다. 부모 또는 보호자가 ADHD 증상을 앓고 있는 청소년 자녀에 대해 평소 거부적, 강요적, 비일관적(변덕), 방임적, 그리고 학대적 양육 태도를 보이는 것은 증상을 악화시킬 뿐만 아니라 청소년 당사자의 위축된 자존감을 더욱 떨어뜨리는 부정적 결과를 초래한다. 따라서 ADHD 증상을 경험하는 청소년에게는 직접적인

약물 치료 외에도 당사자의 자존감을 회복시키는 심리치료, 부모나 보호자의 양육 태도 개선을 위한 상담 등이 병행되는 것이 중요하다. 이와 더불어 해당 청소년이 평소 컴퓨터나 스마트폰 등을 통해 게임, 영화, 음악, 도박, 성인물 등과 같이 비학습 목적의 콘텐츠를 과도하게 이용하지 않도록 부모와 가족 그리고 주변 보호자의 주의가 요구된다.

자해의 경우에도 자아존중감의 보호 역할이 가장 중요했다. 자해 위험에 노출된 청소년에게는 지금의 자해 원인을 해소하는 것도 중요하지만 근본적으로는 당사자 스스로 자존감을 회복하여 추후 새로운 위기 상황에 직면했을 때 자해 충동으로부터 자신을 보호할 수 있도록 내적 역량을 기르는 것이 중요하다. 또한, 비행은 저지르거나 폭력 피해를 본 경험이 많은 청소년의 경우에는 자해 위험에 대한 주변 보호자의 관리가 필요하다.

신체화 증상의 경우 학생 청소년에게는 자아존중감이, 학교 밖 청소년에게는 양호한 건강 상태가 가장 중요한 보호 요인으로 작용했다. 다만, 후자에게도 자아존중감과 부모/보호자의 긍정적 양육 태도 모두 두 번째로 중요한 보호 요인이었으므로 자아존중감은 두 집단의 공통된 주요 보호 요인이라고 할 수 있다. 이와 더불어 폭력 피해 및 비행 경험은 신체화 증상을 악화시키는 위험 요인이므로 신체화 증상을 호소하는 청소년의 보호자와 가족은 폭력 피해와 비행 경험 노출이 당사자의 신체화 증상을 유발했거나 악화시켰을 개연성을 염두에 두고 대처해야 한다.

우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스 등의 정신건강 문제에서도 두 집단 공통으로 가장 중요한 보호 요인은 자아존중감이었다. 그리고 가장 부정적인 위험 요인 역시 폭력 피해와 비행 경험이었다. ADHD나 신체화 문제와 달리 우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스 등은 외현화되기까지 시간이 걸리며 그사이 다양한 요인이 복합적으로 작용하게 되므로 청소년 당사자는 물론 주변 보호자와 가족이 초기 증상을 기민하게 인지하고 이에 대처하는 것은 매우 어려운 일이다. 따라서 이미

외현화된 우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스에 대해서는 즉각적인 상담과 약물 치료가 필요하겠지만 보다 근본적으로는 청소년 스스로 위기 상황을 극복할 수 있는 내적 역량, 즉 자아존중감을 확립하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

또한, 폭력 피해와 같은 외상을 경험한 청소년의 경우 우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스 등을 경험할 개연성이 높고 우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스에 대한 노출이 길어질수록 청소년의 비행 위험도 함께 증가할 수 있으므로 청소년의 우울, 불안, 자살, 그리고 스트레스 문제에 대한 접근에 있어 폭력 피해와 비행 경험에 관한 확인과 대처가 병행될 필요가 있다.

마지막으로 COVID-19에 의한 외상성 고통(CPDI)에 대한 보호 요인으로는 학교 청소년의 경우 자아존중감이, 학교 밖 청소년의 경우 부모/보호자의 긍정적 양육 태도가 가장 중요했다. 그뿐만 아니라 이 두 변수는 순서만 다를 뿐 각 집단에서 가장 그리고 그다음으로 중요한 보호 요인으로 판별됐는데 이를 종합하면 COVID-19에 의한 외상성 고통을 극복하는 데도 결국 자존감과 부모/보호자의 긍정적 양육 태도가 여타 정신건강 문제의 경우와 마찬가지로 가장 중요한 보호 요인으로 작용한 셈이다. 물론, CPDI로 측정되는 외상성 고통(우울, 불안, 신체화, 회피와 강박, 특정 공포증, 사회적 기능의 감소 등)에는 우리가 앞서 다뤘던 유형의 정신건강 문제가 중복으로 포함돼 있으므로 이러한 결과는 상당 부분 예견된 것이라 할 수 있다.

이와 함께 양호한 신체 건강과 건강한 식습관 등은 학생 청소년에게만 배타적으로 작용한 보호 요인이었는데 이는 COVID-19로 인한 외상성 고통을 호소하는 학생 청소년에게는 심리 상담과 같은 치료 서비스 외에도 이들이 일상에서 균형 잡힌 식단으로 규칙적으로 식사를 하며 신체적 질병이나 장애에 노출되지 않도록 필요 건강 행태를 실천할 수 있도록 지원하는 것 또한 증상을 개선하는 데 이바지할 수 있음을 말해준다.



제4장 10대 청소년의 정신건강 증진 서비스 지원 체계 분석

- 1. 연구의 필요성 및 목적
- 2. 청소년 정신건강 증진을 위한 중앙부처별 서비스 운영 현황 고찰
- 3. 청소년 정신건강 증진 지원 체계 연계 현황 진단
- 4. 소결

4장 개요

연구방법

- 청소년 정신건강 증진 서비스 지원체계 분석을 위해 선행연구를 고찰하고 관련 부처의 홈페이지 탐색.
- 청소년 정신건강 증진 서비스 지원 현황 및 문제점 분석, 대안 모색을 위한 전문가 대상 자문과 의견조사 수행.

주요내용

- 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등에서 운영되고 있는 청소년 정신건강 증진사업의 현황을 개관하고 전문가 의견조사를 통해 해당 사업의 문제점과 이에 대한 대안을 모색함.
- 교육부와 교육청의 대표 청소년 정신건강 증진 지원체계는 교육부의 학생정신건강지원센터와 청소년모바일상담센터, 병원학교, 교육청의 Wee사업 등임. 또한, 교육부는 학생 정서·행동 특성 검사를 모든 초등학교 1, 4학년, 중고등학교 1학년(고등 기술학교, 특수학교 포함)에게 실시해 학생 청소년의 문제적 정서와 행동 특성을 파악함.
- 교육부와 교육청 사업은 학교에 다니는 학생을 대상으로 학교 내 물리적 공간을 적극적으로 활용하면서 정신건강 증진사업을 진행하고 있으나 여전히 인프라가 부족함. 현재 전문상담(교)사의 교내 배치 수준을 고려해 볼 때, 고위험군 학생을 대상으로 서비스를 충분히 제공하는 것 역시 어려움.
- 여성가족부의 청소년 정신건강 증진사업의 대상은 학생과 학교 밖 청소년을 모두 포함함. 청소년상담복지센터, 1388 청소년 상담 채널, 꿈드림 센터, 국립중앙청소년디딤센터 등이 대표 지원 채널임. 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 학업 성적, 진로 고민, 대인 관계 등 청소년이 경험하는 다양한 심리적 및 정서적 어려움에 대한 상담을 제공하고 있다는 특징을 보여줌.
- 그러나 여성가족부의 인프라는 지역사회에 위치하기 때문에 청소년상담복지센터가 어떤 곳인지, 어떤 서비스를 제공하는지에 대해 잘 알지 못하면 이용하기가 어려운 제약이 있음. 또한, 실제로 정신건강 문제로 인해 치료해야 하는 고위험 학생에 대한 개입은 여성가족부 운영사업으로 진행하기에 제한적임. 청소년상담복지센터의 경우 시군구당 1개소씩 설치되어 있기는 하지만, 인력과 예산이 부족해서 상담 서비스를 해야 하는 청소년을 대상으로 충분히 서비스를 제공할 수 없는 구조임.

- 보건복지부의 정신건강정책국은 한국의 정신건강 정책을 총괄하는 곳으로 전국 기초 지자체에 정신건강복지센터를 설립하여 정신건강 증진 서비스를 제공하고 있음. 기초 지자체에 설치되어 있는 정신건강복지센터는 지역주민 모두의 정신건강 증진을 위한 사업을 운영하고 있으나 일부 센터의 경우 아동·청소년 정신건강 증진팀이 설치되어 있어 아동과 청소년에 특화된 서비스가 제공되고 있음.
- 보건복지부는 정신건강복지센터 외에도 정신질환을 앓고 있는 아동과 청소년을 대상으로 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 '아동·청소년 정신건강 지원시설'을 운영함. 이 시설은 정신질환자의 재활을 돕는 정신 재활시설(아이존, 푸른존)에 해당함.
- 그러나 정신건강복지센터의 경우 청소년에 타깃화된 사업이 아닌 전체 연령을 대상으로 하므로 다양한 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 데 한계가 있음. 청소년 전담 인력도 부족하다 보니 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 정신건강복지센터로 연계하는 것이 현실적으로 어려움. 또한, 청소년이 경험하는 다양한 유형의 정신건강 문제를 아우르지 못하는 한계가 있음.
- 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원은 산하 위탁집행형 준정부기관인 한국지능정보사회진흥원에서 운영하는 스마트쉼센터를 통해 이루어짐. 현재 광역지자체 단위로 총 18개의 센터가 운영됨. 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원체계는 명시적으로 스마트폰 과다사용으로 인한 어려움을 겪는 10대 청소년 전체를 대상으로 운영되고 있으므로 청소년 대상을 포괄적으로 아우르고 있음.
- 그러나 스마트쉼센터의 경우, 본인이나 가족이 인터넷이나 스마트폰 과의존 문제가 있다고 인식하고 서비스를 의뢰해 오는 경우에만 서비스를 제공하므로 소극적인 대상자 발굴 및 개입이 이루어지고 있음. 또한, 스마트쉼센터의 사업이 예방 및 건전 사용 촉진에 치우치다 보니 치유, 개입, 치료에 대한 서비스는 제한적이고 실무적인 치유와 개입은 여성가족부의 청소년상담복지센터로 연계되고 있음.
- 사행산업통합감독위원회의 한국도박문제관리센터는 학교 교육 기관과 연계해 청소년 대상의 도박중독 예방 교육, 청소년 도박중독에 관한 조사 및 연구 등을 수행함. 전국 15개 지자체에서 운영되고 있으며 도박중독 예방 교육에는 대상에 따라 특화된 교육 콘텐츠가 이용됨. 그러나 센터는 청소년 특화 인프라로 보기 어려우며 당사자와 보호자, 학교로부터 신청되고 의뢰된 때에만 서비스가 제공되고 있음.
- 종합하면 중앙 단위에서 운영되는 여러 청소년 정신건강 증진 지원 사업의 물리적 접근성이나 시간을 두고 개선되어 온 것은 사실이나 물리적 접근성, 인력 부족, 전문 역량 부족 문제는 여전히 존재함. 또한 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 적극적인 대상자 발굴을 통한 개입이라기보다 청소년 당사자와 가족, 교사의 자발적 의지 없이는 이용하기 어려운 구조로 서비스가 설계되어 있어 소극적 개입이 불가피함.

- 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업은 보편적인 청소년을 대상으로 예방적 교육이나 개입을 진행하기보다 고위험군 청소년 중심으로 서비스를 제공함. 더욱이 청소년 정신건강 증진 지원 사업은 주로 상담 중심이므로 정신건강 고위험군인 청소년에게 충분하고 효과적인 서비스가 되기에 역부족임.
- 기관 간 서비스가 분절적이고 단편적으로 구성돼 원활한 연계를 기대하기 어려우며 정신건강 서비스 이용에 대한 청소년 당사자의 심리적 제약이 장애로 작용함.

정책시사점

- 청소년 정신건강 증진 서비스 지원 강화를 위한 기관 인프라 확충 및 인력 확충 필요.
- 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 적극적 발굴 체계 구축 및 소외계층 청소년 정신건강 문제 개입 강화.
- 전체 청소년 대상 예방 교육 강화 및 정신건강 및 정신건강 증진 서비스 이용에 대한 인식도 제고를 위한 교육 및 홍보·캠페인 강화.
- 연계를 기반으로 한 통합적이고 지속적인 개입 강화.
- 청소년 대상 상담 매체와 콘텐츠의 다양화.
- 청소년 정신건강 증진 서비스 제공 인력 역량 강화를 위한 교육.
- 청소년 정신건강 증진 서비스 지원 체계 간 연계 강화를 위한 중앙정부 단위 거버넌스 구축, 지자체 단위 유관 자원 네트워크 구축 및 운영.

1. 연구의 필요성 및 목적

이 장의 목적은 10대 청소년의 정신건강 증진을 위한 서비스와 정책 운용 현황을 살펴보고 현재 청소년 대상 정신건강 증진 서비스 지원 체계가 가지는 문제점과 그에 대안 개선방안을 모색하는 데 있다. 청소년의 정신건강 증진을 위한 공공영역에서의 지원은 다양한 부처를 통해 이루어지고 있다. 교육부는 학교의 학생을 기반으로, 여성가족부와 보건복지부는 학교가 아닌 지역사회에서 청소년을 대상으로 정신건강 증진 서비스를 제공하고 있다. 그 외에도 사행산업 통합감독위원회의 한국도박문제관리센터, 과학기술정보통신부 한국지능정보사회진흥원의 스마트쉼센터 등 청소년이 경험하는 특정 정신건강 문제에 대한 서비스를 제공하는 기관도 다수 있다. 그러나 이러한 서비스가 구체적으로 누구를 대상으로 제공되고 있는지, 서비스에서 소외되거나 수요를 맞추지 못하는 청소년은 없는지, 서비스에 대한 접근성은 좋은지, 그리고 어떤 서비스가 더 필요한지 등에 대한 고찰은 충분히 이루어지지 못한 상태다. 따라서 우리는 10대 청소년의 정신건강 증진을 목적으로 운영되고 있는 서비스와 정책 운용 현황을 분석하며 현행 청소년 정신건강 증진 지원체계에서 개선되어야 하는 문제점과 이에 대한 개선 전략을 모색하고자 한다.

37) 이 장을 집필한 사람: 전진아 연구위원(한국보건사회연구원)

이를 위해 우리는 관련 선행연구를 고찰하고, 한국청소년정책연구원 연구윤리 심의위원회의 승인을 받아(승인 번호 202106-HR-고유-009) 청소년 정신건강 분야의 전문가들을 대상으로 한 서면 의견조사를 7월 한 달 동안 수행하였다³⁸⁾. 또한, 청소년 정신건강 증진 서비스 지원 체계에 대한 이해도를 높이고 문제점에 대한 개선방안을 모색하기 위해 관련 전문가를 대상으로 한 자문 회의 역시 개최하였다. 마지막으로, 우리는 본 연구의 실태조사를 통해 서비스의 실 수요자인 청소년이 정신건강 서비스에 대해 제기하는 문제점을 파악함으로써 현행 서비스가 더 청소년 친화적으로 나아갈 방안을 모색하였다.

2. 청소년 정신건강 증진을 위한 중앙부처별 서비스 운영 현황 고찰

우리는 10대 청소년의 정신건강 증진을 위한 지원체계 현황을 파악하기 위해 국내 선행연구는 물론 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등에서 운영되고 있는 청소년 정신건강 증진 체계의 홈페이지 및 관련 사업자료³⁹⁾, 보도자료 등을 고찰하였고 그 결과는 다음과 같다. 또한 전문가 대상 서면 의견조사를 통해 파악한 각 부처의 청소년 대상 정신건강 증진사업 및 서비스가 가지는 특성과 문제점을 함께 정리하여 제시하였다.

이 연구에서 시행한 전문가 대상 서면 의견조사에는 청소년 정신건강 업무 관련 공무원, 연구원, 그리고 학계와 현장 전문가 등 총 31명이 참여하였으며, 하단의 표와 같이 이들은 관련 분야에서 최소 3.5년에서 최대 28년의 활동 경력을 가지고 있었다.

38) 전문가 대상 서면 의견조사는 7월에 실시되었으며, 총 31명의 전문가(교수 8명, 연구기관 소속 연구원 4명, 청소년 정신건강 서비스 제공 기관의 현장 실무자 19명)가 참여하였다.

39) 매해 각 부처에서 관련 사업에 관한 사업안내 자료(예. 보건복지부의 2021 정신건강사업안내) 등을 의미한다.

표Ⅳ-1 전문가 대상 의견조사 참여자 현황

구분	사례수	경력		
		평균	최소	최대
교수	8	18.1	5	28
연구원	4	18.7	8	20
현장 실무자 (공무원 포함)	19	12.6	3.5	26

1) 교육부와 교육청의 청소년 정신건강 증진 지원체계

교육부와 교육청의 대표 청소년 정신건강 증진 지원체계는 교육부의 학생정신건강지원센터와 청소년모바일상담센터, 병원학교, 교육청의 Wee사업으로 압축된다. 우선 교육부의 학생정신건강지원센터는 학생 정신건강 관련 교육 및 프로그램 개발, 교육 및 연수를 진행하고 있으며, 학생 정서·행동 특성 검사를 지원하고 있다. 또한 센터는 국가 재난 상황 및 학생자살 등 학교 위기 상황에 대한 컨설팅과 즉각적 위기 개입을 진행하고 있기도 하다. 위기 개입이 필요한 경우 센터는 스쿨닥터를 배치하고 있으며, 재난 상황이나 유사시 학교에 이들을 파견하여 초기 응급 개입하고 있다. 또한, 청소년모바일상담센터는 청소년 눈높이에 맞는 접근성 높은 SNS를 활용하여 상담을 365일 24시간 제공하고 있다. 청소년 이용자는 청소년모바일상담센터를 다양한 경로로 이용할 수 있는데 직접 ‘다들어줄게’ 모바일 애플리케이션을 내려받거나, 카카오톡 또는 페이스북에서 ‘다들어줄게’를 검색해, 아니면 ‘1661-5004’에 문자를 보내는 방식 등으로 상담을 신청할 수 있다. 청소년모바일상담센터 홈페이지에 따르면 2018년 9월 1일부터 ‘다들어줄게’를 통해 주고받은 상담 메시지 수가 4,276,920건이라고 한다.⁴⁰⁾ 그리고 장기입원이나 통원치료로 인해 학교 교육을 받을 수 없는

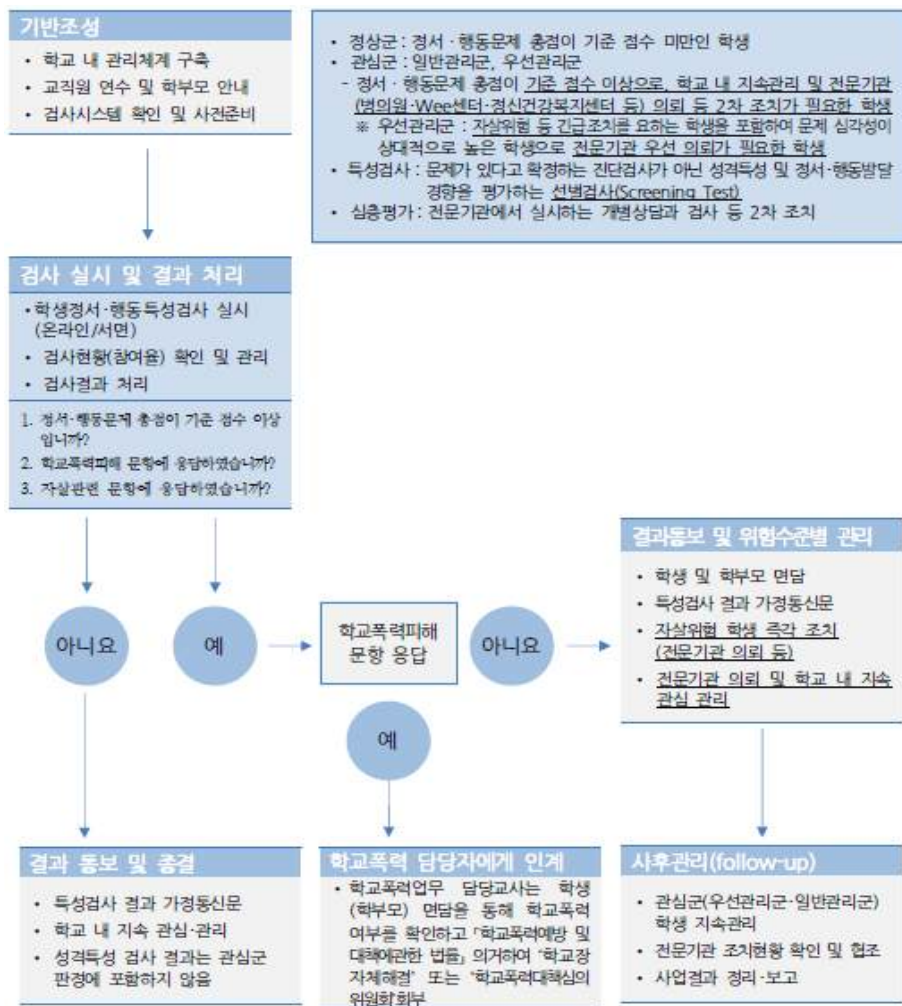
40) 청소년모바일상담센터 홈페이지. http://teentalk.or.kr/bbs/board.php?bo_table=0201에서 2021년 5월 31일 인출.

학생들을 위해 병원 내에 설치된 파견학급 형태의 병원학교가 있다. 병원학교에서는 학생의 건강 상태 및 학습 능력을 고려하여 주요교과인 국어, 수학, 사회, 과학, 영어 등 과목을 중심으로 다양한 교육 방법을 통해 개별 학생의 요구에 따른 교육을 제공하고 있으며, 미술치료나 놀이치료 등 다양한 특별활동 프로그램도 운영하고 있다.⁴¹⁾ 현재 전국에 37개의 병원학교가 있으며, 정신질환으로 인한 장기입원 또는 장기치료 때문에 학교 교육을 받을 수 없는 학생을 위해서는 국립정신의료기관 중 3개소(국립정신건강센터, 국립공주병원, 국립나주병원)가 병원학교를 운영 중이다. 이 중 국립정신건강센터에는 참다울 학교가 2006년 10월 24일 서울시의 성동광진교육지원청과 협약을 맺어 운영되고 있다.⁴²⁾

교육부의 청소년 정신건강 증진 지원체계로는 볼 수 없지만, 학생의 정서와 행동 특성을 파악하여 문제를 조기에 발견하고 학교 적응도를 높이기 위해 학생 정서·행동 특성 검사가 모든 초등학교 1, 4학년, 중고등학교 1학년(고등 기술학교, 특수학교 포함)을 대상으로 실시되고 있다. 학생 정서·행동 특성 검사는 「교육기본법」 제27조, 「학교보건법」 제2조, 제7조, 제7조의2, 제9조, 제11조, 제18조의2, 제19조, 「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제4조, 제11조의2, 제20조의4, 그리고 「초·중등교육법 시행령」 제54조 및 「학교건강검사규칙」 제4조의3에 법적 근거를 두고 있다. 교육부는 검사를 통해 일차적으로 관심을 기울여야 하는 학생을 파악하고, 해당 학생은 교육청의 Wee센터, 보건복지부의 정신건강복지센터, 여성가족부의 청소년상담복지센터, 의료 기관으로 연계되고 있다. 학생 정서·행동 특성 검사에는 청소년의 성격 특성(성실성, 자존감, 개방성, 타인 이해, 공동체 의식, 사회적 주도성), 정서와 행동(심리적 부담, 기분 문제, 불안 문제, 자기통제 부진), 위험 문항(학교폭력 피해, 자살)이 포함되며, 이 검사의 관리 흐름도는 다음과 같다.

41) 전국병원학교 홈페이지. <https://hospital.s4u.kr/usr/portal/hoschllIntro.do?cmkey=9958>에서 2021년 10월 02일 인출.

42) 보건복지부 국립정신건강센터 홈페이지. http://www.ncmh.go.kr/medical/html/content.do?depth=cr&menu_cd=03_02_03_01에서 2021년 10월 02일 인출.



* 출처: 교육부·학생정신건강지원센터(2021). 2021년도 학생 정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. 11페이지 발췌

그림Ⅳ-1 학생 정서·행동 특성 검사의 관리 흐름도

교육청의 Wee 사업은 학교, 교육청, 지역사회가 연계하여 학생의 건강한 학교 생활을 지원하기 위해 시작된 사업으로 학교에는 Wee클래스, 지역 교육청에는 Wee센터, 시도 교육청에는 Weeskool이 설치되어 운영 중이다. Wee클래스는

학교 안에 설치되어 있어 청소년은 자신의 진로 문제, 학업 문제, 학교 적응 문제, 친구 관계 등 다양한 고민을 학교 내 상담교사와 상담할 수 있다. Wee클래스의 역할은 학교 내 일차적 상담을 지원하는 학교 상담실로서, 학교폭력 피·가해 및 부적응 등을 경험하는 학생에게 일차적 상담, 치유, 교육을 지원하는 것이다. 그리고 Wee클래스를 이용하는 학생의 상담내용 및 위기 수준에 따라 대응하기 힘든 경우 지역에 설치되어 있는 Wee센터나 유관 상담 및 치료기관과 협업하고 있다.

하지만 Wee클래스가 전국의 모든 초중고등학교에 설치되어 있는 것은 아니다. 2019년 10월 기준 Wee클래스의 설치율은 61%이며 지역별로도 차이가 있다.⁴³⁾ 또한 Wee클래스에는 전문상담(교)사가 근무하기를 권장하고 있기는 하나 전문상담(교)사가 없는 학교는 상담 담당 교사가 근무하고 있는 구조이다.

표Ⅳ-2 전국 초중고등학교 Wee클래스 설치 현황

	위(Wee) 클래스 설치율			
	초	중	고	계
서울	40%	97%	82%	67%
경기	48%	94%	96%	68%
인천	70%	93%	94%	81%
세종	78%	92%	89%	86%
대전	62%	98%	100%	84%
광주	35%	98%	72%	61%
대구	93%	98%	99%	95%
울산	100%	62%	57%	90%
부산	78%	98%	92%	86%
충북	64%	100%	100%	79%
충남	33%	69%	99%	53%
경북	67%	100%	100%	89%
경남	27%	78%	77%	51%
전북	13%	50%	59%	31%
전남	32%	63%	58%	45%
강원	39%	74%	78%	55%
제주	26%	82%	97%	51%

* 출처: 윤상민 (2019.10.16.). 작년 학교폭력 3만3168건...상담 돕는 '위클래스' 설치는 61%에 그쳐. 아주경제. <https://www.ajunews.com/view/20191015095903974>에서 2021년 5월 13일 인출.

43) Wee클래스가 없는 경우에는 Wee센터를 통해(또는 순회 상담을 통해 학교 내에서) 같은 지원이 가능하게 되어 있기는 하다.

그 외에 교육부는 학교를 기반으로 하지는 않지만, 학교 밖에서 지역사회 관계 기관들과의 연계를 통해 상담, 심리검사, 서비스 연계 등 청소년에 맞춘 프로그램을 제공하는 Wee센터, 장기위탁 교육기관인 Wee스쿨, 가정적 돌봄과 대안교육이 필요한 학생들을 대상으로 하는 가정형 Wee센터⁴⁴⁾, 심리적·정서적 어려움을 겪고 있는 위기 학생들을 대상으로 하는 병원형 Wee센터⁴⁵⁾도 함께 운영하고 있다.⁴⁶⁾ 위(Wee) 프로젝트 홈페이지에 의하면⁴⁷⁾, 2020년 10월 기준으로 Wee센터는 204개소, Wee스쿨은 15개교, 가정형 Wee센터는 19개소, 병원형 Wee센터는 10개소가 운영 중이다.

이처럼 교육부와 교육청 사업은 학교에 다니는 학생을 대상으로 학교 내 물리적인 공간을 적극적으로 활용하면서 정신건강 증진사업을 진행하고 있다. 이와 관련하여 정신건강 전문가 대상 서면 의견조사에 참여한 전문가들은 학교 내 상담교사가 배치되고 지역마다 Wee스쿨, Wee센터 등이 설치되어 있어 접근성이 좋으며, 모바일 상담센터 역시 청소년이 익숙하게 인식하는 모바일 기반 서비스이기 때문에 교육부와 교육청의 사업은 청소년에게 접근성이 좋다고 인식하고 있었다. 또한 학교 내 학생을 대상으로 서비스를 제공하고 있으므로

44) 가정형 Wee센터는 보호, 상담, 교육을 통해 학생의 적응환경을 개선하여 가정 및 학교 복귀를 지원하는 중장기 위탁기관이다. 이 센터에서는 학교 위기 학생(장기결석, 등교 거부, 학교폭력 피해 및 피해 학생), 개인 및 사회적 위기 학생(정서·행동 문제, 은둔형, 범죄, 가출 등 기숙형 보호가 필요한 학생), 가정적 위기 학생(가정폭력, 학대 및 방임, 빈곤, 가정해체 등)을 대상으로 3개월간(필요하면 연장 가능) 서비스를 제공한다. (위(Wee) 프로젝트, 우리가 희망이다. 홈페이지. https://www.wee.go.kr/home/cms/cmsCont.do?cntnts_sn=23에서 2021년 10월 02일 인출.)

45) 병원형 Wee센터는 심리적, 정서적 어려움을 겪고 있는 위기 학생들에게 상담, 교육, 치료와 의료자문뿐만 아니라, 필요한 경우 전문의의 병원 치료까지 지원하는 위탁 치료형 대안교육 위탁기관이다. 병원형 Wee센터에는 정신건강의학과 전문의, 정신건강 사회복지사, 대안 교과 교사, 매체 치료사, 청소년 상담사, 간호사가 근무하고 있다. (위(Wee) 프로젝트, 우리가 희망이다. 홈페이지. https://www.wee.go.kr/home/cms/cmsCont.do?cntnts_sn=23에서 2021년 10월 02일 인출.)

46) Wee 프로젝트의 경우 시도교육청과 학교 사정에 따라 Wee클래스, Wee센터, Wee스쿨, 가정형 Wee센터, 병원형 Wee센터의 업무에 차이가 존재한다. Wee클래스는 학교 단위, Wee센터는 교육지원청 단위, Wee스쿨, 가정형 Wee센터, 병원형 Wee센터는 교육청 단위에 설치 및 운영되고 있다.

47) 위(Wee) 프로젝트, 우리가 희망이다. 홈페이지. https://www.wee.go.kr/home/cms/cmsCont.do?cntnts_sn=22에서 2021년 10월 02일 인출.

다른 부처에서 진행하는 청소년 대상 정신건강 증진사업과 비교해 보편성이 높다고 인식하고 있었다. 그리고 코로나19 유행 시기에 교직원과 학부모에게까지 정신건강 증진과 관련한 교육 및 상담을 진행하고자 하는 노력은 긍정적으로 평가하고 있었다.

이처럼 교육부와 교육청의 청소년 정신건강 증진사업이 접근성이 좋고 많은 수의 학교 내 학생을 대상으로 서비스를 제공하고 있기는 하지만 여전히 학생 수와 비교해 제공 인프라가 부족하다는 지적들이 이어지고 있으며, 학교 내 상담교사의 제한적인 역량도 한계도 제시되고 있다(박미나, 2013; 정환경, 2015; 이종연 외, 2017). 이 연구의 서면 의견조사에 참여한 전문가들은 학교 내 Wee클래스가 설치되어 있지 않은 비율에 지역별 편차가 존재한다고 지적하고 있으며, 전문상담사가 부족해서 정신건강 증진 서비스를 필요로 하는 학생을 대상으로 충분한 서비스를 제공하기 어렵다고 지적한다. 특히 학교 내 Wee클래스가 설치되어 있다고 해도 학교에 배치된 전문 상담 인력이 대체로 1명에 불과해, 많은 학생을 대상으로 상담을 제공하는 데는 한계가 있을 수밖에 없다고 지적한다. 다행스럽게도 지난 2021년 3월 교육부는 전문상담교사를 추가 선발하고, 초등학교 내 상담 인력을 배치하는 등 학생 정신건강 증진 지원을 위한 내용이 담긴 방침을 전국 시도교육장회의에서 밝혔다.⁴⁸⁾ 또한 전문가들은 전문상담사의 역량 역시 청소년이 경험하는 다양한 정신건강 문제에 대응하는데 제한적이라고 지적한다.

또한 조사에 참여한 전문가들은 교육부와 교육청이 학교 내 학생 모두를 정책 대상으로 설정하고 있음에도 불구하고, 실제로는 모든 학생이 아닌 정신건강

48) 보다 구체적으로 내용을 살펴보면, 교육부는 위클래스를 2021년 8,500개로 확대하고, 위클래스 화상 상담을 시범운영하고, 행정안전부 등과의 교원증원 협의를 통해 전문상담교사 추가 선발 및 전문상담교사 배치 비율이 낮은 초등학교와 교육청별 전문 상담 순회 교사 증원을 위해 노력하겠다고 밝혔다.(장재훈 (2021.03.21.). 교육부, 전문상담교사 추가 선발 추진..초등 상담인력 배치 확대할 듯. EduPress. <http://www.edupress.kr/news/articleView.html?idxno=7186>에서 2021년 10월 2일 인출.)

문제를 경험하는 학생 혹은 고위험군 학생이 대상이라고 언급하고 있다. 정서행동특성검사를 통해 선별된 고위험군을 대상으로 하는 제한적인 사업에 그치고 있다는 점을 지적하면서 학교 내 보편적인 학생을 대상으로 하는 예방적 개입이 필요하다고 강조하고 있다. 현재 학교 내 배치된 전문상담(교)사의 배치 수준을 고려해 볼 때, 고위험군 학생을 대상으로 서비스를 제공하는 것 역시 충분하게 이루어지기 어려운 것으로 보이며⁴⁹⁾, 앞서 교육부가 밝힌 것처럼 상담인력 배치가 선행되어야 보편적 학생을 대상으로 한 개입을 진행할 수 있을 것으로 보인다. 그리고 앞서 언급한 것처럼 전문가들은 전문상담사가 부족하고, 전문상담사의 역량이 제한적인 상황이기 때문에 학교 내 상담 등 개입만으로는 청소년이 경험하는 다양한 유형 및 수준의 정신건강 문제에 대한 대응이 어렵다고 지적하면서 학교 밖에서 설치 및 운영되는 관계 기관과의 연계 및 협업이 중요하다고 강조한다.

그 외에도 학교 내 Wee 클래스가 설치된 장소, 상담 환경에 대한 지적을 한 전문가들이 있었으며, 이들은 상담에 부적절한 상담 환경이 청소년에게 상담과 관련한 부정적인 인식을 줄 수 있다고 우려했다. 그리고 전문가들은 정서행동 특성검사가 이루어지지 않는 학령기에 학교 내 학생의 정신건강 문제에 대한 개입이 적절하게 이루어지지 않는다고 언급하면서 담임교사의 역량에 따라 개입 여부 및 개입 수준이 달라진다고 지적하기도 한다. 관련해서 조사에 참여한 전문가들은 전문상담(교)사 확충 및 상담교사 대상 역량 강화 교육도 필요하지만, 학교 내 일반 교사의 청소년 정신건강 문제에 관한 관심도 제고를 위한 교육이 필요하다고 강조하기도 했다.

49) 이철 (2018.05.18.). 선생님, 비밀인데...급한 아이가 1주일 기다려야 하는 한사람.

한겨레. <https://www.hani.co.kr/arti/society/schooling/845203.html>에서 2021년 10월 2일 인출.

2) 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원체계

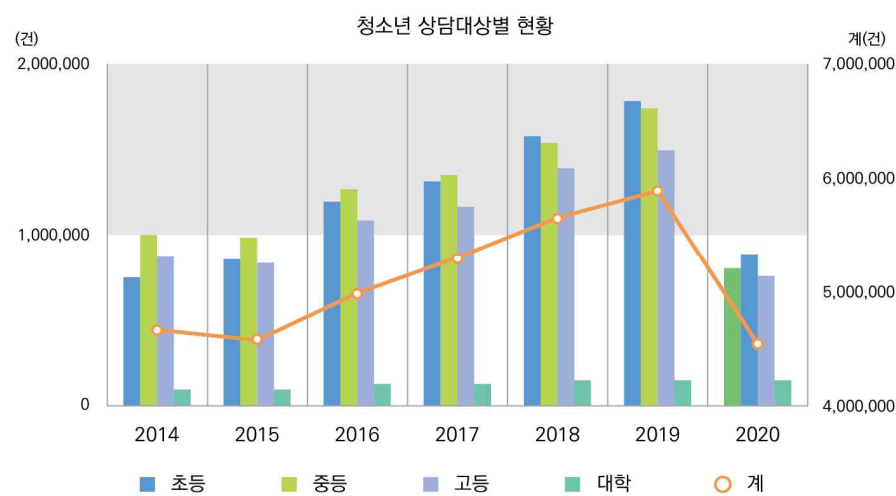
여성가족부는 「청소년복지지원법」에 근거하여 청소년의 정신건강 증진을 위해 상담을 기반으로 한 서비스를 제공하고 있다. 앞서 살펴본 교육부와 교육청의 청소년 정신건강 증진사업의 대상이 주로 학교에 다니는 학생이라고 한다면, 여성가족부의 청소년 정신건강 증진사업의 대상은 「청소년복지지원법」에 따라 학생과 학교 밖 청소년을 모두 포괄하는 ‘청소년’이다. 여성가족부는 청소년 정신건강 증진 지원 사업을 한국청소년상담복지개발원(이하 개발원)에 총괄 위임하고 있으며, 개발원은 다양한 채널을 통해 청소년 정신건강 증진 지원 사업을 진행하고 있다. 여성가족부의 다양한 청소년 상담 서비스 제공 주체 중 가장 대표적인 기관은 청소년상담복지센터로 전국에 238개소가 운영 중이다.⁵⁰⁾

청소년상담복지센터는 「청소년복지지원법」 제29조(청소년상담복지센터)에 근거하여 설치 및 운영되는 기관으로서, 청소년에 대한 상담, 긴급구조, 자활, 의료 지원 등의 업무를 수행하도록 법적으로 규정되어 있다. 부연하면 청소년상담복지센터는 청소년의 심리 상담, 진로 상담, 심리검사, 심리교육, 찾아가는 학교 상담, 그리고 청소년동아리 활동 등을 지원하고 있다. 또한 센터는 지역사회 청소년통합 지원체계인 청소년 안전망의 허브 기관으로도 기능하며 위기 청소년에 대한 긴급 구조 및 맞춤형 서비스를 원스톱(one-stop)으로 지원하고 있다. 센터의 상담은 전화 상담, 온라인(사이버), 또는 대면 방식으로 진행되고 있다. 「청소년기본법」 제3조(정의)에 따라 청소년상담복지센터를 이용할 수 있는 청소년은 만 9세~24세 사이로 대인 관계나 학교생활에의 어려움, 학업 및 진로에 대한 고민 등을 다양한 어려움에 대해 상담 서비스를 받을 수 있다. 또한, 센터는 청소년의 인터넷, 스마트폰 과의존 문제를 예방하고 치유하기 위한 상담, 치유캠프 등 특화 프로그램을 운영하고 있기도 하다.

50) 한국청소년상담복지개발원 홈페이지. <https://www.kyci.or.kr/userSite/cooperation/list.asp?basicNum=1>에서 2021년 5월 31일 인출.

청소년상담복지센터 외에도 여성가족부는 청소년 상담을 위한 다양한 채널을 운영하고 있다. 예를 들어 1388 청소년 상담 채널(청소년전화, 문자, 채팅 상담 등), 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」에 근거한 꿈드림 센터(학교 밖 청소년 지원 기관)가 대표적인 예다. 우선, 1388 청소년 상담 채널은 위기 청소년 상담 및 복지지원이 필요한 청소년을 발굴하는 기능을 수행하고 있으며, 365일 24시간 운영되고 있다. 그리고 꿈드림 센터의 경우 2021년 12월 기준으로 220개소가 전국에서 운영되고 있으며 센터는 학교 밖 청소년의 학업 복귀나 사회진입 외에도 이들의 심리 문제에 대한 상담을 지원하고 있다.

여성가족부의 「청소년백서 및 한국청소년상담복지개발원 상담통계」를 기반으로 매해 보고되는 e-나라 지표에 따르면, 청소년 상담 건수는 2019년을 전후로 상반된 추이를 보여주는데 2019년까지는 꾸준한 증가 추세가, 그 이후에는 감소 추세가 확인된다.



* 출처: e-나라 지표 홈페이지. http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1600&board_cd=INDX_001에서 2021월 5월 12일 인출.

그림Ⅳ-2 청소년 상담대상별 상담 건수

그리고 「청소년백서 및 한국청소년상담복지개발원 상담통계」에서 제시된 청소년 상담내용을 보면, 청소년이 경험하는 다양한 상황과 관계로 상담을 받고 있음을 알 수 있다. 하단의 표에 의하면 청소년의 상담 중 상당수는 대인 관계와 학업/진로와 관련된 상담이 차지하는 것을 알 수 있다.

여성가족부에서는 앞서 살펴본 청소년상담복지센터 등을 통한 청소년 상담뿐 아니라 국립중앙청소년디딤센터를 통해 정서 및 행동장애를 경험하는 청소년을 대상으로 서비스를 제공하고 있기도 하다. 국립중앙청소년디딤센터(이하 디딤센터)는 「청소년복지지원법」 제31조(청소년복지시설의 종류)에 제시된 청소년치료 재활센터로 학습, 정서, 행동상의 장애가 있는 청소년을 대상으로 정상적인 성장과 생활을 할 수 있도록 청소년에게 적합한 치료와 교육, 재활을 종합적으로 지원하는 거주형 시설이다.⁵¹⁾ 디딤센터에서는 개인, 집단, 부모 대상 상담과 치료(음악, 미술, 동작, 정서, 명상, 등), 학습권 보장을 위한 대안교육과 검정고시 준비, 동아리 활동 등 공동체 활동, 진로교육 및 사회 적응 행동, 대인 관계 기술 습득 등 다양한 프로그램이 제공되고 있다. 디딤센터는 장기치료 및 재활 과정과 단기 치료 및 재활 과정을 운영하고 있으며, 장기치료의 경우 정서 및 행동 영역에서 어려움을 경험하고 있는 만 9세~18세 청소년을 대상으로 서비스를 1~4개월간 제공하고 있다. 디딤센터의 장기치료를 이용하기 위해서는 청소년상담복지센터, 학교 밖 청소년 지원센터, 학교 및 시군구 교육지원청, 청소년쉼터, Wee센터, 청소년 또는 아동복지시설을 통해 신청해야 하며, 초기평가를 통해 이용 여부가 결정된다. 단기 치료 및 재활 과정의 경우 4박 5일 기간에 약 20~25명의 청소년을 대상으로 힐링캠프가 운영 중이며, 힐링캠프에 참여한 청소년을 대상으로 사후관리 프로그램(찾아가는 힐링 페스티벌)을 운영하고 있다.

이처럼 여성가족부의 청소년 정신건강 증진지원체계는 교육부와 달리 학생 및 학교 밖 청소년을 모두 포함하는 가장 포괄적인 범위의 대상을 가지고 있다. 또한

51) 국립중앙청소년디딤센터 홈페이지. <http://www.nyhc.or.kr/About020100>에서 2021년 10월 02일 인출.

앞서 살펴본 교육부가 주로 정서행동특성검사나 학교폭력 가·피해 등 정신건강 고위험군을 대상으로 학교에서 상담을 진행하고 있는 것과는 달리 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 학업 성적, 진로 고민, 대인 관계 등 청소년이 경험하는 다양한 심리적 및 정서적 어려움에 대한 상담을 제공하고 있다는 특징이 있다. 또한 디딤센터를 통해 실제 정서 및 행동장애를 경험하고 있는 청소년을 대상으로 서비스를 제공하고 있는 것을 볼 때 여성가족부의 사업은 청소년의 심리 정서 문제에서부터 정서 및 행동장애에 대한 개입까지 포괄적인 사업 범위를 가지고 있다고 볼 수 있다. 그리고 여성가족부의 대표적인 청소년 정신건강 증진 지원체계인 청소년상담복지센터가 시군구 단위에 1개소씩은 설치되어 있고, 1388 청소년 상담 채널 내 온라인 상담에 대한 인지도가 높아서 접근성은 좋은 편이라고 볼 수 있다. 또한 이 연구의 전문가 대상 서면 의견조사에 참여한 전문가들은 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원체계를 이용하는 것과 관련하여 대다수가 무료로 이용할 수 있으므로 비용부담도 높지 않다고 언급하기도 했다.

이러한 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들이 가장 포괄적인 정책 대상을 가지고 있다고 하더라도, 청소년 혹은 보호자의 자발적인 참여가 없거나 학교나 지역사회 내 관계 기관을 이용하지 않는 경우 대상자 발굴이 어렵다는 한계를 가지고 있다. 이 연구에 참여한 전문가들은 특히 정서 및 행동장애를 경험하고 있는 청소년을 대상으로 하는 디딤센터의 경우 지역사회 내 관계 기관을 통해 이용 신청이 가능한 구조로 사업이 설계되어 있으므로 지역사회 내 관계 기관을 이용하지 않는 경우 이용이 어렵다고 지적한다. 또한 전문가들은 교육부의 Wee사업들과 달리 여성가족부의 인프라는 지역사회에 위치하기 때문에 청소년상담복지센터가 어떤 곳인지, 어떤 서비스를 제공하는지에 대해 잘 알지 못하면 이용하기가 어렵다고 지적한다. 또한 청소년상담복지센터나 1388 청소년 상담 채널을 이용하고자 하는 청소년의 자발적인 의향이 없는 경우 상담을 시작하거나 지속하는 데 어려움이 있는 구조라고 전문가들은 지적하기도 한다.

또한 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들이 청소년이 경험하는 다양한 심리 정서적인 문제에 대해 대응을 하고 있다고 하더라도, 실제로 정신건강 문제로 인해 치료해야 하는 고위기 학생에 대한 개입은 여성가족부 운영사업으로 진행하기는 제한적이다. 이와 관련하여 이 연구에서 시행한 전문가 대상 서면 의견조사에 참여한 전문가들은 디딤센터 외에 여성가족부에서 운영하는 사업 중 정신건강 증진 서비스를 제공하는 기관이 있는지에 대한 의문을 다음의 두 가지 점에서 제기하기도 한다. 우선, 전문가들은 청소년상담복지센터의 경우 위기 청소년을 꿈드림의 경우 학교 밖 청소년을 지원하는 기관으로 청소년이 경험하는 어려움에 대한 심리 상담을 하기는 하지만 정신건강 증진과 관련한 상담이라기 보다는 일반적인 상담 수준이라고 지적한다. 그리고 디딤센터를 제외하고는 상담 중심의 개입으로 단기적인 개입 이후 지속적인 개입이 필요한 청소년을 대상으로 서비스를 제공하지 못한다고 전문가들은 지적하며, 상담만으로는 위기 청소년에 대한 집중심리지원과 통합사례관리를 하기 어렵다고 언급했다. 선행연구에서도 여성가족부의 대표적인 청소년 정신건강 증진 지원 인프라인 청소년 상담복지센터가 상담 중심의 서비스라고 지적하며, 유관 자원과의 연계와 협업을 통한 통합지원을 통해 지속적인 서비스를 지원하기 어려운 구조라고 지적하고 있다(박승곤, 2017). 그리고 디딤센터의 경우 정서 행동장애를 경험하는 청소년을 대상으로 거주형 프로그램을 제공하고 있기는 하나, 디딤센터에서 제공되는 서비스 역시 정신의학 치료적 개입이 들어가는 것이 아니라 상담이나 치유적 개입(예. 미술치료, 놀이치료 등)을 중심으로 서비스를 제공하고 있다고 언급했다. 둘째, 선행연구는 여성가족부의 청소년사이버상담센터, 청소년상담복지센터가 청소년복지법에 따라 종사자 자격을 두고 있는데, 정신건강 분야에 대한 요구 경력은 없고 상담복지 분야 또는 청소년 상담복지 분야에 한정되어 있어 정신건강에 대한 상담이나 대처에 한계가 존재한다고 지적하기도 한다(박진우, 허민숙, 2021). 이와 관련하여 전문가들은 여성가족부의 정신건강 증진 지원체계 내 정신건강 분야에 전문성을 가진 인력들이 포함되어야 한다고 제안하기도 했다.

마지막으로 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 지원의 대표적 인프라인 청소년상담복지센터의 경우 시군구당 1개소씩 설치되어 있기는 하지만, 인력과 예산이 부족해서 상담 서비스를 해야 하는 청소년을 대상으로 충분히 서비스를 제공할 수 없는 구조라고 전문가들은 지적한다. 특히 다른 부처와 달리 학생 및 학교 밖 청소년까지 사업 대상을 확대하고, 청소년이 경험하는 다양한 유형의 심리 정서 및 정신건강 상의 문제에 대한 개입을 강화하려는 정책적 움직임에도 불구하고, 청소년상담복지센터의 청소년 안전망 운영 예산이 낮다고 지적한다.⁵²⁾ 다행스럽게도 일부 지자체에서는 청소년상담복지센터의 인력과 시설을 확충하려는 계획을 세우고 있기도 하다. 서울시의 경우 2021년 6월 지역 내 위기 청소년에게 맞춤형 서비스를 제공할 기반을 마련하고자 향후 5년간 청소년상담복지센터 예산을 확대하고 상담인력을 2배로 확충하는 등의 내용이 담긴 ‘청소년상담복지센터 활성화 계획’을 마련해 발표했다⁵³⁾.

3) 보건복지부의 청소년 정신건강 증진 지원체계

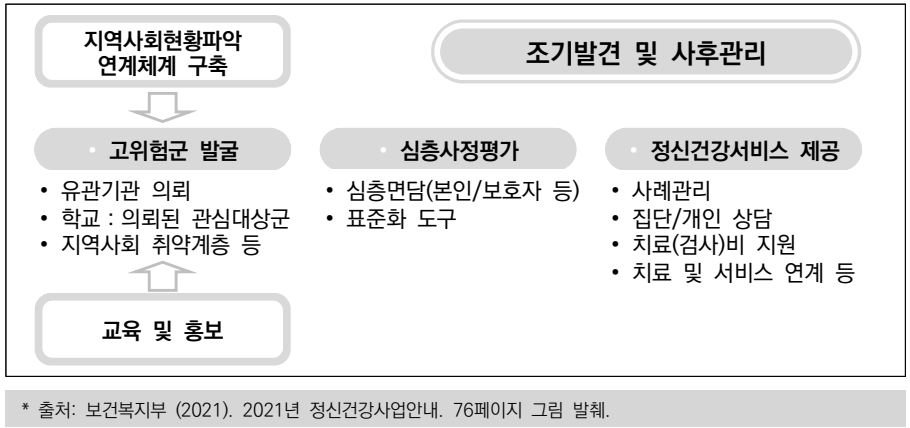
교육부나 여성가족부와 달리 보건복지부의 정신건강정책국은 한국의 정신건강 정책을 총괄하는 곳이다. 보건복지부는 전국의 기초 지자체에 정신건강복지센터를 설립하여 정신건강 증진 서비스를 제공하고 있다. 기초 지자체에 설치되어 있는 정신건강복지센터는 지역주민 모두의 정신건강 증진을 위한 사업을 운영하고 있으나 일부 센터의 경우 아동·청소년 정신건강 증진팀이 설치돼 있어 아동과 청소년에 특화된 서비스가 제공되고 있다.⁵⁴⁾

52) 이영일 (2020.06.26.). “너무 힘들다”, 열악한 청소년상담복지센터의 호소. <https://brunch.co.kr/@ngo201/41> 에서 2021년 10월 3일 인출.

53) 김현정 (2021.06.01.). ‘서울시, “청소년상담복지센터 인력·시설 늘린다”’. 메트로 신문. <https://www.metroseoul.co.kr/article/20210601500254>에서 2021년 10월 3일 인출.

54) 보건복지부의 2021년 정신건강사업 안내(2021)에 따르면 전국에 설립된 241개소의 기초정신건강복지센터 중 아동·청소년에 특화된 센터는 4개소(경기 수원시, 부천시, 고양시, 성남시)로 확인된다.

정신건강복지센터는 지역사회 네트워크⁵⁵⁾를 통해 발굴되거나 의뢰된 정신건강 문제를 경험하고 있는 청소년을 대상으로 심층 사정(assessment) 평가를 하며 집단 또는 개인 개입 프로그램, 사례관리 서비스⁵⁶⁾ 등을 제공한다. 또한 정신의학적 치료해야 하는 청소년에게는 지역 내 전문 정신의료기관을 연계해주거나 치료비(검사비)를 지원한다. 정신건강 문제를 경험하고 있는 청소년을 대상으로 한 서비스 외에도 센터는 청소년 대상 정신건강 증진 및 정신질환 예방 교육을 하는데 교육에는 스트레스 대처, 생명 존중 의식 함양, 정신질환 이해 등의 내용이 포함되어 있다. 다음은 기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강 증진사업 추진 체계도이다.



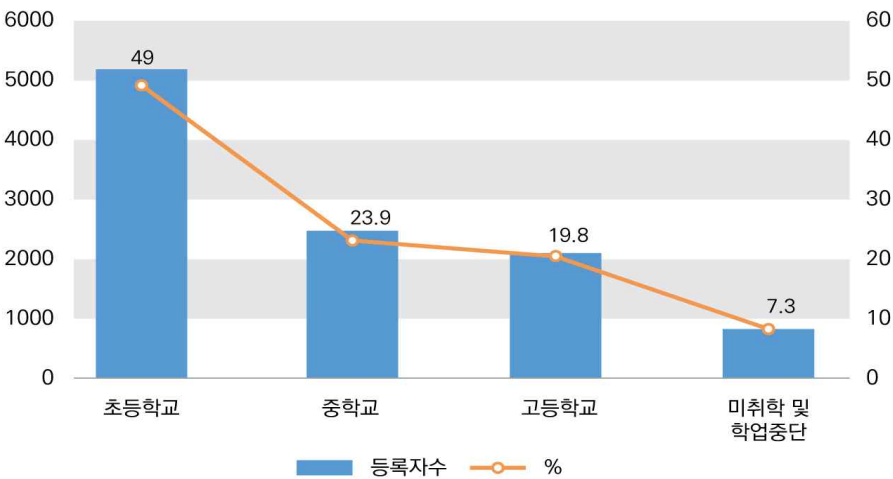
그림Ⅳ-3 정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강 증진사업 추진 체계도

기초정신건강복지센터는 기본적으로 지역사회 주민을 대상으로 한 사업으로, 교육청 및 학교와 협력하여 학생을 대상으로 서비스를 제공하고, 복지전달체제와

55) 기초 지자체에 설치되어 있는 정신건강복지센터는 지역사회 내 청소년 정신건강 관련 기관(정신의료기관 소아청소년 정신건강의학과, 교육청, 학교, 복지시설, 지역아동센터, 청소년상담복지센터 등)들과 네트워크를 구성하고 있으며, 이들 네트워크를 중심으로 한 연계가 이루어지고 있다.

56) 사례 관리자가 시설이나 학교를 방문하거나, 청소년이 센터를 방문하여 개별상담이나 집단 프로그램을 받도록 하는 등의 서비스가 포함된다. 전화 관리, 가정방문, 지역사회 방문을 통해 사례관리를 수행하고 있다.

협력하여 취약계층 대상자(북한 이탈 주민, 다문화가정, 조손가정, 한부모 가정, 청소년 쉼터(가출청소년 일시보호소), 공동생활가정, 아동복지시설 아동·청소년 등)를 포함해서 사업을 진행하고 있다. 국가 정신건강 현황 보고서 2019(보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2020:96)에 의하면 2019년 12월 31일 기준 전국 기초정신건강복지센터에 등록된 아동·청소년은 총 10,419명으로 이 중 43.7%가 중학생(2,487명)과 고등학생(2,066명)인 것으로 나타나며, 미취학 및 학업중단인 등록자는 756명으로 전체의 7.3%를 차지했다. 본 연구에서 초점을 두고 있는 10대 청소년의 점유율은 전체 대비 약 10.3%에 해당한다.⁵⁷⁾

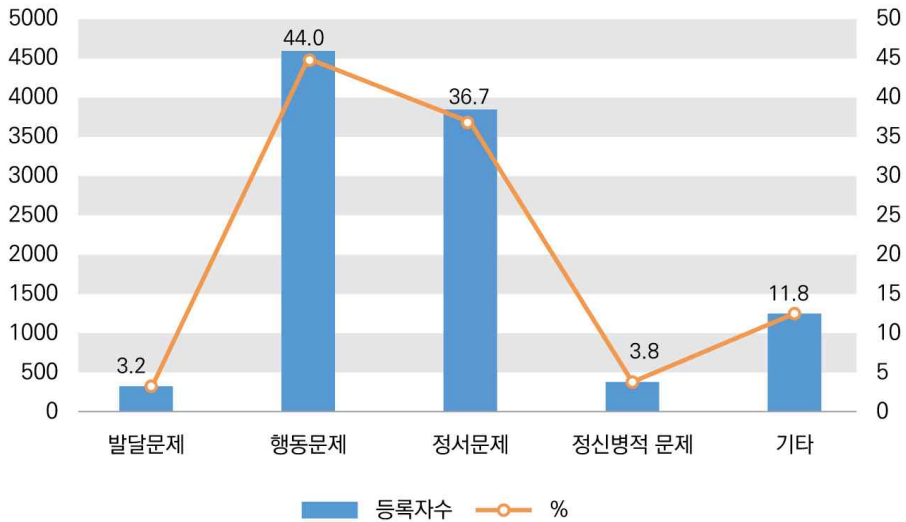


* 출처: 보건복지부 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원(2020). 국가 정신건강 현황 보고서 2019. 96페이지 <표 38>을 그래프로 재구성.

그림Ⅳ-4 기초정신건강복지센터에 등록된 아동·청소년의 학교별 재학 현황

57) 2019년 12월 31일 기준 전국 기초정신건강복지센터에 등록된 사람은 총 72,651명이며 이 중 10세부터 18세의 청소년 등록자는 7,518명으로 이는 전체의 10.3%에 해당한다.

또한 보고서(2020:98)에 따르면 기초정신건강복지센터에 등록된 아동·청소년은 주로 행동 문제와 정서 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 전체 10,419명 중 행동 문제는 4,588명, 정서 문제는 3,822명으로 각각 전체의 44%, 36.7%를 차지했다.



* 출처: 보건복지부 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원(2020). 국가 정신건강 현황 보고서 2019. 98페이지 <표 40>을 그래프로 재구성.

그림Ⅳ-5 기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강 문제 유형

보건복지부는 정신건강복지센터 외에도 정신질환을 앓고 있는 아동과 청소년을 대상으로 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 ‘아동·청소년 정신건강 지원시설’을 운영하고 있는데 이 시설은 정신질환자의 재활을 돕는 정신 재활시설에 해당한다. 현재 전국에는 10개소의 아동·청소년 정신건강 지원시설인 아이존이 운영되고 있으며 10개소 모두 서울에 있다. 이들 시설은 주로 10대 청소년보다는 초등학생에게 초점을 두고 주로 이들의 ADHD 치료를 위한 심리치료, 사회기술 훈련, 정서 조절, 부모교육 및 부모 양육 기술 등의 프로그램을 1년 반 동안 제공하고 있다(류정희 외, 2019).

아이존 외에도 서울시에는 청소년을 타깃화한 정신 재활시설인 푸른존이 2011년부터 설치되어 운영 중이다.⁵⁸⁾ 푸른존은 정신건강 문제를 경험하고 있는 초등학교 5학년부터 중학교 3학년까지의 청소년을 대상으로 다양한 정서·행동 문제를 예방하고 개입하고 있다. 푸른존에서는 정신건강의학과 전문의의 진단이나 소견을 받거나, 정신건강복지센터에서 의뢰된 경우, 학교와 지역사회 내 청소년 관련 기관으로부터 의뢰된 경우나 지역사회 내 취약계층의 청소년을 우선 지원하고 있다. 푸른존을 이용하는 청소년의 경우 아이존과 유사하게 1년 6개월 정도까지 서비스를 이용할 수 있으며, 국민기초생활수급권자이거나 의료급여수급권자인 청소년의 경우 무료로 서비스를 이용할 수 있으며, 차상위, 한 부모, 일반가정의 청소년의 경우 소정의 비용⁵⁹⁾을 지급하고 서비스를 이용하게 된다. 푸른존에서 청소년이 이용하는 서비스는 개별 프로그램(개별상담, 놀이치료, 모래놀이 치료, 심리평가 및 진단, 학습/정서 멘토링 등)과 집단 프로그램(사회기술훈련, 사회적응 훈련, 심리정서자원 증진, 증상교육 등)으로 구분된다. 청소년을 대상으로 하는 프로그램 외에도 부모와 가족을 대상으로 양육 코칭, 가족 교육, 가족 상담, 가족 활동 등의 프로그램을 진행하고 있기도 하다.⁶⁰⁾

보건복지부의 정신건강 증진 지원체계는 정신건강복지센터를 주축으로 제공되고 있으며 정신건강복지센터가 시군구 단위에 1개소씩 설치되어 있고, 정신건강복지센터를 이용하는 것과 관련하여 이용 대상 연령층을 제한하고 있지 않기 때문에 지역사회 주민이라면 누구든지 정신건강복지센터를 이용할 수 있다는 것이 앞서 살펴본 교육부와 여성가족부의 사업과는 다른 점이다.⁶¹⁾ 또한

58) 푸른존은 서울시 지원 청소년 정신 재활시설로 서울사이버대학교가 서울시로부터 위탁받아 운영하는 기관이다.
59) 차상위가정이나 법정 한부모 가정의 청소년이면 월 3만 원의 이용료가 부과되며, 일반가정의 청소년이면 월 6만 원의 이용료가 부과된다. 또한 푸른존에서 실시하는 종합심리검사의 경우 국민기초생활수급권자, 의료급여수급권자, 차상위가정이나 법정 한부모 가정의 청소년은 무료로 검사를 받을 수 있으나 일반가정의 청소년의 경우 최초 종합심리검사의 경우 10만 원, 재검사의 경우 5만 원을 지급해야 한다.

60) 푸른존에 관한 내용은 푸른존 홈페이지를 바탕으로 작성하였음. <http://proonzon.com>에서 2021년 10월 5일 인출.

61) 물론 아이존과 푸른존과 같이 아동·청소년을 타깃화한 정신 재활시설이 있기는 하나 서울시에 한정되어 설치 및 운영되고 있으므로 보건복지부의 청소년 대상 정신건강 증진 지원체계는 주로 정신건강복지센터를

앞서 살펴본 다른 부처와는 달리 정신건강 전문요원(정신건강 간호사, 정신건강 사회복지사, 정신건강 임상심리사)에 의한 서비스가 제공되고 있으므로 센터에서 제공하는 정신건강 서비스의 전문성 역시 높은 편이다(이상훈, 2020).⁶²⁾ 그리고 보건복지부의 정신건강 증진 지원체계의 경우 정신의료기관이 전달체계로 포함되고, 대다수의 정신건강복지센터의 센터장이 정신의학과 전문의임을 고려해 볼 때, 정신의학적 치료와의 연계가 다른 부처보다는 원활하게 이루어지고 있다는 점 역시 특성이라고 볼 수 있다.

다만 보건복지부의 정신건강 증진 지원체계의 대표적인 인프라인 정신건강복지센터의 경우 청소년에 타깃화된 사업이 아닌 전체 연령을 대상으로 하므로 다양한 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 데 한계가 있다. 이 연구에 참여한 전문가들은 정신건강복지센터의 경우 주로 조현병이나 조울증, 반복성 우울장애를 앓는 중증 정신질환자 혹은 정신장애인을 대상으로 사례관리 서비스를 제공하고 있으므로 청소년 대상 정신건강 증진사업은 사업의 우선순위에서 밀린다고 지적한다. 또한 전문가들은 정신건강복지센터에서 아동·청소년 대상 사업이 운영되고 있기는 하지만 전담 인력의 부족으로 서비스가 충분하게 진행되지 못한다는 한계를 가진다고 지적했다. 이와 관련하여 이 연구에 참여한 정신건강복지센터 외 다른 기관에 근무하는 현장 전문가들은 정신건강복지센터가 청소년을 대상으로 하는 기관이 아니고, 청소년 전담 인력도 부족하다 보니 정신건강 문제를 경험하는 청소년을 정신건강복지센터로 연계하는 것이 현실적으로 어렵다고 호소하기도 했다. 또한 전문가들은 정신질환을 앓고 있는 사람들이 이용하는 기관이라는 인식이 있으므로 청소년이 정신건강복지센터를 이용하는 것과 관련하여 심리적 접근성이 낮다고 지적하기도 했다.

중심으로 서술하고자 한다.

62) 정신건강 전문요원제 의한 서비스가 제공되고 있기는 하나 정신건강복지센터 내 서비스 제공인력이 모두 정신건강 전문 요원은 아니며, 정신건강복지센터에서도 정신건강 전문 요원을 확보하는 데 어려움을 경험하고 있다. 이상훈(2020)은 정신건강복지센터의 정신건강 전문 요원 채용 비율이 63% 수준에 그쳐 정신건강 전문 요원 인력 부족 문제가 심각하다고 보고하였다.

그리고 보건복지부의 정신건강 증진 지원체계의 경우 청소년에 타깃화되어 있지 않기 때문에 청소년이 경험하는 다양한 유형의 정신건강 문제를 아우르지 못한다는 지적이 자문 회의 및 전문가 대상 서면 의견조사에서 두드러졌다. 청소년의 정신질환 문제에 대한 개입은 정신건강복지센터 등록회원에만 사례관리를 통해 이루어지고 있기는 하나, 청소년이 경험하는 다양한 정신건강 문제에 대한 개입은 정신건강복지센터에서의 심리 상담을 통해 진행되는 구조이다. 정신건강복지 센터의 심리 상담은 일반상담이라는 용어로 통용되고 있으며, 이 일반상담은 앞서 살펴본 교육부와 여성가족부의 심리 상담과 유사하게 6~8회기로 단기적으로 이루어지고 있다. 또한 정신건강복지센터가 지역주민의 정신건강에 대한 통합적 서비스를 제공하는 허브 기관으로 서비스를 강화하려고 하는 정책적 움직임이 있기는 하나(관계부처합동, 2021), 전문가들은 현재까지 센터의 사업이 청소년을 대상으로 예방 교육, 부모교육, 일반상담 등 단발적이고 분절적인 개입을 중심으로 하고 있다고 지적한다.

4) 과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원체계

과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원은 산하 위탁집행형 준정부 기관인 한국지능정보사회진흥원에서 운영하는 스마트쉼센터(영문명: Internet Addiction Prevention Center)를 통해 이루어지고 있다⁶³⁾. 스마트쉼센터는 2002년 서울에서 인터넷과의존예방상담센터로 개소한 이후, 2015년 스마트쉼센터로 이름이 변경됐고 현재 광역지자체 단위로 총 18개의 센터가 운영되고 있다⁶⁴⁾. 스마트쉼센터는 기관명에서 유추할 수 있듯 인터넷 및 스마트폰 과의존 문제를

63) 스마트쉼센터는 2002년 설립 및 운영 초기 인터넷과의존예방상담센터로 개소하였으며, 중독에 대한 부정적 이미지를 해소하기 위하여 2015년 스마트쉼센터로 개명했다.

64) 17개 광역 시도에 설치되어 있으며, 경기도의 경우 지리적 크기를 고려하여 경기 남부 및 북부에 2개소가 설치되어 운영 중이다.

해소하기 위해 설치된 기관이다. 센터는 인터넷 및 스마트폰 과다사용 문제뿐만 아니라 이로 인한 학교 부적응, 진로 문제, 대인 관계 문제, 가족 갈등 등 다양한 문제에 대한 심리검사 및 상담 서비스를 제공하고 있으며, 학교, 기관 또는 시설을 방문하여 스마트폰 과의존 예방 교육을 하고 있다. 스마트쉼센터에서의 상담은 대면, 전화, 온라인 등으로 이루어지고 있으며 청소년의 수요에 따라 개인 혹은 집단상담이 제공된다. 센터에 직접 방문하거나 전화나 온라인 상담이 어려운 경우 센터는 가정방문 상담 서비스도 제공하고 있다. 이러한 상담 서비스 외에도 센터는 인터넷 및 스마트폰에 관한 과의존 연구를 수행하고 있으며, 과의존 예방 전문 인력도 양성하고 있다.⁶⁵⁾

과학기술정보통신부의 청소년 정신건강 증진 지원체계는 명시적으로 스마트폰 과다사용으로 인한 어려움을 겪는 10대 청소년 전체를 대상으로 운영되고 있으므로 청소년 대상을 포괄적으로 아우르고 있다고 볼 수 있다. 또한 정책 지원 대상을 구체적으로 타깃화하고 있으므로 정책 접근의 목표도 뚜렷하다고 볼 수 있다. 하지만 이 연구에 참여한 전문가들은 과학기술정보통신부의 대표적인 청소년 정신건강 증진 지원체계인 스마트쉼센터의 경우, 구체적인 정책 대상을 제시하고 있는 것은 긍정적으로 평가하나, 본인이나 가족이 인터넷 및 스마트폰 과의존 문제가 있다고 인식하고 서비스를 의뢰해 오는 청소년만을 대상으로 하고 있어, 소극적인 대상자 발굴 및 개입이 이루어지고 있다고 지적한다. 이와 관련하여 타기팅 된 대상만큼이나 타기팅 된 문제 영역을 다루다 보니 스마트폰 과의존에 대한 전문성은 있을 수 있으나 청소년이 다양한 관계 및 환경요소로 인해 인터넷 및 스마트폰 문제를 보이는 만큼 다른 기관과의 협업과 연계가 필수적이나 연계와 협력이 충분하지 않다고 전문가들은 지적한다.

그리고 현재 스마트쉼센터의 사업이 예방 및 건전 사용 촉진에 치우치다 보니 치유, 개입, 치료에 대한 서비스는 제한적으로 이루어지고, 실제 실무적인 치유와 개입을

65) 스마트쉼센터 홈페이지 (www.iapc.or.kr) 내용을 연구자가 정리하였음(2021년 5월 12일 인출).

위한 사업은 여성가족부의 청소년상담복지센터로 연계되고 있다고 전문가들은 지적한다. 이와 관련하여 일부 전문가들은 여성가족부의 청소년상담복지센터에서 운영하는 ‘인터넷과의존치유사업’과의 기능중복 문제가 있다고 지적하기도 하나 스마트쉼센터 인프라가 광역 단위에 1개 기관 정도로 설치되어 있는 만큼, 기능상에 중복은 있으나 실제 서비스를 이용하는 것과 관련하여 중복문제는 그리 크지 않다고 인식하고 있었다.

그 외에도 이 연구에 참여한 전문가들은 스마트쉼센터에 대한 인지도가 낮다고 지적하기도 한다. 스마트쉼센터에서의 사업에 대한 홍보가 부족하여 실제 청소년 관련 기관에 근무하고 있는 종사자들의 스마트쉼센터에 대한 체감도 및 센터 활용도가 낮다고 지적한다. 또한 스마트쉼센터에서 온라인, 전화, 방문 상담을 지원하고 있기는 하나 기관별 홈페이지가 부재한 때도 있어 접근성이 좋다고 보기 어렵다고 전문가들은 지적한다.

5) 사행산업통합감독위원회의 청소년 정신건강 증진 지원체계

「사행산업통합감독위원회법」 제14조 제1항에 따라 사행산업통합감독위원회(이하 사감위)는 도박 문제에 대한 예방 교육, 조사 연구, 전문 인력 양성, 치료 연계, 중독자 치유 재활 지원 등의 사업을 목적으로 한국도박문제관리센터를 운영하고 있다. 한국도박문제관리센터는 같은 법 제14조의 2에 근거 사행산업자가 내는 중독예방 치유부담금을 재원으로 이용하고 있으며⁶⁶⁾, 같은 법에 따라 사감위는 한국도박문제관리센터를 통해 「교육기본법」에 따른 학교 교육 기관과 연계해 청소년 대상의 도박중독 예방 교육, 청소년 도박중독에 관한 조사 및 연구 등을 수행하고 있다. 그리고 사행산업으로부터의 청소년 보호 대책을 종합계획에 포함할 것을 법에서 규정하고 있다.

66) 중독예방 치유부담금: 사행산업 사업자의 전년도 순매출액 * .35%(건전화 평가, 총량 준수 등에 따라 40% 이내에서 감경 가능)

한국도박문제관리센터는 전국 15개 지자체⁶⁷⁾에서 운영되고 있는데 2014년부터 청소년에게 제공돼 온 도박중독 예방 교육에는 대상에 따라 특화된 교육 콘텐츠가 이용된다. 현재 대부분의 지자체는⁶⁸⁾ 학생 도박 예방 교육에 관한 조례를 제정하였는데 센터는 학생들에게 일방적인 지식과 정보의 전달보다 영상, 예방 교육연극(예: ‘사건번호 1336’) 등 방식을 활용해 예방 교육의 효과를 높이는 노력을 하고 있다.

표Ⅳ-3 한국도박문제관리센터의 청소년 대상 예방 교육 주제 및 내용

대상	주제	내용
초등학생 (고학년)	친구들과 함께 놀아요	• 욕심이란 개념을 이해하고 잘못된 욕심을 지나치게 부릴 경우의 결과를 확인 • 내기 놀이 속에 숨겨진 욕심에 대한 이해
중학생	게임과 도박 구별하기	• 게임과 도박의 차이 • 사행성 게임과 도박 이해
고등학생	게임과 도박 구별하기	• 사행성 게임의 종류 및 도박중독의 과정 • 도박 문제 예방법 및 도움 요청 방법

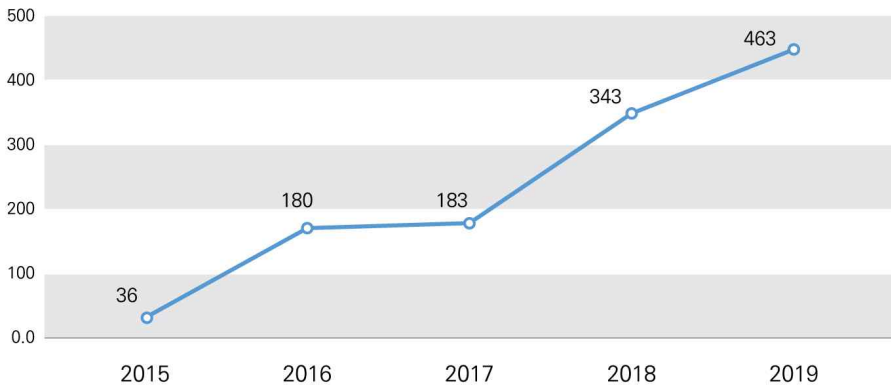
* 출처: 한국도박문제관리센터 홈페이지 내용 일부를 발췌 및 정리.
<https://www.kcgp.or.kr/ii/mainBsns/2/prevntActNdPrStrngth.do>에서 2021년 5월 12일 인출.

예방 교육 외에도 한국도박문제관리센터는 도박 문제를 가진 사람과 가족의 치유와 재활을 목적으로 교육, 상담, 회복 프로그램(여가문화 생활, 동아리 활동 등), 그리고 사례관리 서비스 등을 제공하고 있다. 앞서 살펴본 예방교육과 달리 치유와 재활 서비스는 대상에 따라 특화되어 있지 않지만, 기본적으로 상담 서비스가 전화, 온라인, 센터 방문, 가정방문 등 다양한 방식으로 제공되고 있다. 한국도박문제관리센터 홈페이지에 따르면, 2015년 센터를 이용한 19세 미만의

67) 서울센터, 경기 북부센터, 경기 남부센터, 인천센터, 강원센터, 정선도박문제회복센터, 대전·충남센터, 대구센터, 경북센터, 경남센터, 광주·전남센터, 부산·울산센터, 세종·충북센터, 제주센터, 전북센터

68) 학생 도박 예방 교육 조례 제정을 한 지자체는 2017년 경남과 전북을 시작으로 2019년 16개 시도에서 조례 제정이 완료되었다.

도박자는 36명에 불과하나 2016년 180명, 2017년 183명, 2018년 343명, 그리고 2019년 463명으로 청소년 이용자가 가파르게 증가하고 있다.



* 출처: 한국도박문제관리센터 홈페이지의 도박자 현황(2015~2019년) 통계를 그래프로 재구성.
<https://www.kcgp.or.kr/np/stats/2/stats.do>에서 2021년 5월 13일 인출.

그림Ⅳ-6 한국도박문제관리센터의 19세 미만 이용자 수(2015~2019년)

사행산업통합감독위원회의 한국도박문제관리센터는 앞서 살펴본 과학기술정보통신부의 스마트쉼센터와 유사하게 특정 문제에 대한 지원을 목적으로 설립된 기관이기 때문에 도박 문제에 대한 예방 및 개입에서의 전문성을 가지고 있다. 하지만 보건복지부의 정신건강복지센터와 유사하게 전체 연령을 아우르는 기관이므로 청소년도 사업 대상으로 포함되기는 하나 청소년에게 특화되었다고 보기는 어려운 인프라이다. 이 연구에 참여한 전문가들은 한국도박문제관리센터는 주로 성인 대상 서비스 제공기관이라는 인식이 있다고 지적했다. 앞서 살펴본 다른 중앙부처의 사업들과 유사하게 당사자 및 보호자, 학교로부터 신청되고 의뢰된 때에만 서비스가 제공되고 있는 구조이다.

또한 전문가들은 한국도박문제관리센터의 서비스는 도박이라는 특정 문제에 초점이 되기 때문에 청소년이 경험하는 관계 및 상황에 대한 통합적인 고려에

기반을 둔 통합적 지원을 기대하기 어렵다고 지적한다. 또한 한국도박문제관리센터의 경우 전국에 15개소밖에 없고 센터에 대한 인지도도 낮아 학교에서 도박문제관리센터로 사례가 의뢰되는 경우는 매우 제한적이라고 이 연구에 참여한 전문가들은 지적했다. 또한 앞서 살펴본 보건복지부의 정신건강복지센터가 정신질환자가 이용하는 기관이라는 인식으로 인해 심리적 접근성이 낮았던 것처럼 도박문제관리센터 역시 도박이라는 단어가 주는 낙인감이 커 서비스 이용에의 심리적 제약이 크게 존재한다고 전문가들은 지적한다.

3. 청소년 정신건강 증진 지원체계 연계 현황 진단

1) 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계 수준

청소년 정신건강 증진 지원은 앞서 살펴본 것처럼 각 중앙부처가 고유 인프라를 활용하여 다양한 사업들을 진행하고 있다. 주요 인프라를 중심으로 생각해 보면, 교육부와 교육청은 학교 내 학생들을 대상으로 Wee클래스 등을 운영하고 있으며, 여성가족부는 시군구마다 설치되어 있는 청소년상담복지센터를 활용하여 학생 및 학교 밖 청소년을 대상으로 심리 정서 지원을 위한 상담 서비스를 제공하고 있다. 보건복지부 역시 시군구마다 설치되어 있는 정신건강복지센터를 통해 정신질환을 경험하는 청소년 대상 사례관리 및 심리 정서상 어려움을 경험하는 청소년 대상 일반상담을 진행하고 있다. 그 외에도 스마트쉼센터와 한국도박문제관리센터를 통해 특정 정신건강 문제에 대해 대응을 하고 있기도 하다. 스마트쉼센터와 한국도박문제관리센터의 경우 인프라가 다른 부처의 사업들과 달리 현저하게 부족하기는 하나, Wee 프로젝트는 전국 초중고의 61%에 설치되어 있고, 청소년상담복지센터와 정신건강복지센터는 시군구마다 설치되어 있어 청소년 정신건강 증진 지원 관련 접근성은 좋은 편으로 볼 수 있다.

앞서 살펴본 것처럼 각 인프라는 정신건강 증진 서비스에의 접근성, 정책 대상의 포괄성, 서비스의 전문성 차원에서 긍정적인 특성을 가지기도 하지만 제한적으로 작용하는 특성들도 동시에 가지고 있다. 예를 들어 여성가족부의 청소년상담복지센터의 경우 가장 포괄적인 의미의 청소년을 정책 대상으로 하고는 있지만, 정신건강과 관련한 전문성을 가진 인력에 의한 서비스는 제한적으로 이루어지고 있다는 지적이 있었다. 또한 교육부의 Wee클래스의 경우 접근성은 좋은 편이나, 인력 부족 문제로 인해 학교 내 학생을 대상으로 한 보편적인 서비스보다는 고위험군 청소년 대상 상담을 제공하기에도 역부족인 상황이라는 지적이 있었다.

이와 관련하여 이 연구의 전문가 대상 서면 의견조사에 참여한 전문가들은 청소년의 정신건강 문제에 관한 관심이 높아지는 사회적 분위기를 고려하고 청소년의 정신건강 문제가 단순한 개인의 내재적인 문제가 아니라 청소년이 경험하는 관계와 상황들을 통합적으로 고려해야 한다고 강조하며, 하나의 기관에서 청소년이 경험하는 정신건강 문제에 대한 대응을 충분히 하기는 어려운 상황이라고 강조한다. 선행연구에서도 청소년 정신건강 증진과 관련하여 이미 지역사회, 특히 시군구 단위에 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 여러 인프라가 설치되어 있는 만큼 관계 기관 간 협업과 연계가 필수적이라고 강조한다(류정희 외, 2019). 또한 해외에서도 청소년 정신건강 증진 지원을 위해 한 기관에서 종합 서비스를 제공하기보다 유관 자원 간 네트워크를 구축해서 서비스를 제공하고 있다(박진우, 허민숙, 2021).

또한 류정희 외(2019) 연구에서는 청소년이 경험하는 각 지자체가 보유한 청소년 정신건강 증진 지원체계를 활용하되, 정신건강 문제의 특성에 따라 연계 및 협업 구조가 달라져야 한다고 언급하기도 한다. 비록 지역마다 설치 및 운영되고 있는 기관들이 유사하다고 하더라도 기관의 특성을 살려 청소년이 경험하는 문제 유형이나 특성에 따라 협업을 하되 사례관리 하는 주체는 달라질 수 있다고 언급한다. 예를 들어 폭력/학대와 같은 사건을 경험한 청소년을 대상

으로 하는 협업 및 네트워크와 정신질환을 경험하는 청소년을 대상으로 하는 협업, 혹은 성적 스트레스나 대인 관계 스트레스를 경험하는 청소년을 대상으로 하는 협업의 형태와 주된 서비스 제공 주체는 달라질 수 있다고 언급한다. 이와 관련하여 류정희 외(2019) 연구에서는 초기 정신증이 있는 청소년의 경우 정신건강복지센터를 주축으로, 학업 스트레스나 또래 관계 스트레스를 경험하는 청소년의 경우 Wee클래스나 청소년상담복지센터를 주축으로 연계 및 협업 구조를 구성하는 것을 제안한다.

물론 현재 시군구 단위의 지방자치단체에 청소년 관련 관계 기관 간 협업과 연계를 위한 체계가 전혀 없는 것은 아니다. 대다수의 지자체에는 이미 청소년 안전망이 구축되어 있고, 청소년이 경험하는 문제에 대한 개입을 위한 다양한 지역 내 전문기관과 전문가들이 함께 논의하는 회의체들이 있는 상황이다. 그리고 선행연구에서도 청소년 정신건강 증진 서비스 전달체계가 교육부에서 시행하는 학생정서·행동특성검사를 통해 개입이 필요한 청소년을 식별하고 이후 학교 내 Wee클래스에서 1차 개입이 이뤄지고 이후 지역사회 내 청소년상담복지센터나 정신건강복지센터로 연계가 이뤄지는 구조로 운영되고 있다고 언급하기도 했다(류정희 외, 2019).

표Ⅳ-4 학생정서·행동특성검사 이후 사후관리 조치에 제시된 연계 체계

● (사후관리) 검사 결과 위험 수준별 관리체계 구축	
관심군	• (학교 내 관리체계 구축) 업무 총괄(부장 교사 이상) 지정 의무화, 협의체(관리자·상담·담임·보건 등) 운영 등 • (학교 내 지속 관리) 학교 상담 정례화(분기별 1회 이상), 생명 존중 및 자살 예방 교육 강화(연 4시간 이상) 등 • (전문기관 연계) Wee센터·정신건강복지센터·청소년상담복지센터 등 연계, 전문기관 2차 조치 등
우선 관리	• (학교 내 집중관리) 학교장·교사·학부모, 전문기관·병·의원 관계자 등으로 구성된 위기대응팀 운영 의무화, 학교 상담 강화(월 1회 이상) 등 • (병·의원 즉시 의뢰) 검사 절차와 관계없이 자살 위험 학생 등 긴급을 요하는 학생 확인 즉시 전문기관·병·의원 의뢰체계 구축, 운영

* 출처: 교육부, 학생정신건강지원센터 (2021). 2021년도 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. 세종: 교육부.

또한 이 연구에 참여한 전문가들은 Wee프로젝트, 청소년상담복지센터와 정신건강복지센터에 대한 실무자들의 인지도가 높은 상황이고, 이미 다년간의 경험을 통해 학교와 지역사회 내 청소년상담복지센터와 정신건강복지센터 간 연계가 이루어지고 있다고 언급했다. 또한 정신건강 분야와 관련하여 지자체에서 진행 중인 다양한 회의체 혹은 협의체(예. 지역사회보장협의체, 지역사회보장 실무협의체 등)를 통해 각 기관이 어떠한 업무를 수행하는지에 대한 이해도는 높은 편이라고 볼 수 있다.

하지만 선행연구 고찰 및 전문가 대상 서면 의견조사에 따르면, 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 관계 기관 간 연계 및 협업 수준은 높다고 보기 어렵다(류정희 외, 2019). 상당수의 선행연구와 전문가들이 청소년 정신건강 증진을 위해서는 서비스 제공 주체 간 연계가 필수적이라고 강조하지만, 연계가 잘 이루어지지 않는 이유는 무엇인가? 이 연구에서는 전문가 서면 의견조사를 통해 그 이유에 대한 전문가들의 의견을 취합하였으며, 정리한 결과는 다음과 같다.

우선, 이 연구에 참여한 전문가들은 지역별로 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 인프라 보유 수준이 다르므로 연계 수준이 지역별로 차이를 보인다고 강조한다. 즉 지자체 내 연계와 협업할 자원이 없는 경우, 연계와 협력이 이루어지기 어렵다는 것이다. 특히 스마트쉼센터와 한국도박문제관리센터의 경우 인프라가 광역 단위에 설치되는 등 매우 제한적이기 때문에 스마트폰 과의존, 도박 문제 등 특수 문제를 경험하는 청소년을 위한 서비스는 매우 제한적으로 이루어질 수밖에 없다.

둘째, 전문가들은 부처별 성과관리 체계로 인해 연계가 어렵다고 지적한다. 전문가들은 한 부처 내에서 여러 사업을 진행하는 경우 기관 간 및 사업 간, 서비스 간 연계가 잘 이루어지는 데 반해 다른 부처 사업 간 연계는 사업별로 차이가 존재한다고 지적한다. 예를 들어 여성가족부의 청소년상담복지센터, 학교 밖 청소년 지원센터, 청소년 상담 1388 사이의 연계는 매우 잘 이루어지고 있으나,

다른 부처에서 진행 중인 사업들과의 연계는 원활하지 않다는 것이다. 또한 전문가들은 중앙부처 간 사업들이 칸막이가 쳐져 있으면, 실제 지자체 및 서비스 제공 현장 단위에서 사업들을 연계하기가 어렵다고 호소한다. 부처별 소관부서별 성과관리를 하고 있고, 성과를 공동으로 가져갈 수가 없으므로 자신의 사업에서 성과를 내는 것에 몰두하지, 연계를 통해 청소년에게 통합적인 서비스를 제공하는 것에 초점을 두지 않는다는 것이다.

셋째, 전문가들은 현재의 기관 간 연계는 청소년의 수요에 따른 서비스의 연속선상에서 이루어지는 것이 아니라 사례 이전에 불과한 수준의 연계라고 지적한다. 이와 관련하여 일부 전문가들은 기관 간 연계와 협업을 통해 정신건강 상 어려움을 경험하는 청소년에 대한 통합적 지원을 하기보다 사례를 한 기관에서 다른 기관으로 이전하는 것에 그친다고 지적한다. 이 때문에 연계를 받는 기관에서는 청소년이 어떤 문제로 어떤 서비스를 그동안 받아왔는지에 대한 사항을 알지 못하기 때문에 사정 평가(assessment)부터 다시 시작하게 되는 일이 종종 발생한다는 것이다.

넷째, 전문가들은 기관 간 연계를 하기에는 각 기관이 서로 유사한 서비스를 제공하고 있는 상황을 지적하며, 이 때문에 연계가 안 된다고 지적한다. 기관이 주요 타깃으로 하는 청소년 대상이 유사하고, 주요 사업 내용 및 지원 가능한 서비스 수준 등이 유사한 경우들이 많아 타 기관과의 연계가 필요치 않다는 것이다⁶⁹⁾. 예를 들어 앞서 살펴본 각 부처의 사업들이 보편적인 청소년을 대상으로 서비스를 제공하기보다 정서·행동특성검사를 통해 선별된 청소년, 학교폭력 가·피해 경험이 있는 위기 청소년, 정서·행동 장애를 경험하는 청소년 등 고위험군 청소년을 대상으로 하는 상황이다. 또한 정신질환을 경험하고 있어 정신건강복지

69) 이와 관련하여 청소년 정신건강 증진 지원 서비스의 중복에 대해 지적을 하는 전문가들이 상당수이기는 하나 일부 전문가는 현재 청소년 대상 정신건강 증진 지원을 위한 물리적 인프라가 충분하다고 보기 어려우므로 유사한 서비스가 중복적으로 제공되더라도 이용자인 청소년은 다양한 채널을 이용하여 본인에게 맞는 서비스를 선택할 수 있다는 점에서 긍정적으로 인식하기도 하였다.

센터의 등록 사례관리를 받는 청소년이나 국립중앙청소년디딤센터에서 거주하면서 서비스를 받는 청소년을 제외하고 기관 대다수에서는 단발적인 상담 중심의 서비스를 제공하고 있다. 이와 관련하여 일부 전문가는 기관 간 유사한 사업 대상과 사업 내용으로 인해 오히려 사각지대에 있는 청소년이 생기는 경우가 발생한다고 언급하기도 한다.

다섯째, 전문가들은 기관장, 학교장, 지자체장 등 청소년 정신건강 문제에 관한 관심과 기관 간 연계 필요성에 대한 인식 차이로 연계 수준에의 편차가 존재한다고 지적한다(임성은, 2019). 임성은(2019) 연구는 이와 관련하여 리더십의 성향과 관심 정도에 따라 정신건강 인력 확보 및 정신건강 서비스 활성화 여부가 좌우된다고 언급하고 있다. 또한 청소년의 수요에 따라 기관 간 연계가 체계적으로 이루어지는 것이 아니라 사례담당자나 교사 등 개인의 역량과 열정에 의해 연계가 이루어지고 있다고 지적한다. 이와 관련하여 이 연구의 조사에 참여한 전문가의 상당수는 부처별 청소년 정신건강 증진 지원 사업에 대해 조정하거나 관리할 수 있는 지자체 내 주관 부서나 기관이 있어야 한다고 강조하기도 했다. 앞서 살펴본 것처럼 현재의 청소년 정신건강 증진 지원 인프라들이 서로 유사한 대상의 청소년을 타깃으로 유사한 수준의 서비스를 제공하고 있으므로 기관의 역할을 명확히 하고, 서로 간의 서비스 수준을 조정할 수 있는 거버넌스가 필요하다고 전문가들은 강조한다.

여섯째, 전문가들은 청소년 정신건강 증진 지원 사업에 대한 인지도가 낮으므로 연계가 어렵다고 지적한다. 정신건강 증진 지원 사업에 어떠한 것들이 있는지, 어떻게 하면 이용할 수 있는지에 대한 정보들이 부족하므로 오히려 청소년이 경험하는 다양한 유형의 정신건강 문제에 대한 서비스를 이용하는 것에 심리적 제약이 존재한다는 것이다. 이와 관련하여 일부 전문가들은 특히 학교에서 다른 기관으로 연계하여 청소년이 지속적인 서비스를 이용할 수 있도록 해주고 싶지만, 학부모나 학생들이 정신건강 서비스를 이용하는 것에 대해 불편한 마음을 가지는

경우들이 존재한다고 언급하면서, 정신건강에 대한 인식 개선 및 정신건강 증진 지원 사업에 대해 올바르게 정확한 정보와 함께 홍보가 강화되어야 한다고 강조한다. 이처럼 학생이나 학부모, 교사의 낮은 정신건강 증진 지원 사업에 대한 인지도도 연계를 어렵게 하는 요인이기는 하지만, 청소년 관련 기관에 종사하는 실무자들의 정신건강 증진사업 제공 주체에 대한 낮은 인지도나 서비스에 대한 정보 부족 역시 연계를 저해하는 요인이라고 전문가들은 지적한다.

2) 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계 강화를 위한 제언

청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계의 필요성과 중요성에 대해서는 이견의 여지가 없으나, 앞서 살펴본 다양한 이유로 인해 청소년 정신건강 증진을 위한 지원체계 간 연계 수준은 높지 않다고 볼 수 있다. 그럼 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계를 현재 수준보다 높이기 위해서는 어떤 것들이 필요한가? 이 연구에서는 전문가 대상 서면 의견조사를 통해 청소년 정신건강 증진 지원체계 간 연계를 강화하는 방안에 대한 전문가의 의견을 취합하였으며, 정리된 결과를 다음과 같이 제시하였다.

지역사회 내 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 관계 기관 간 연계가 강화되기 위해서는 기관 차원의 노력이 필요하겠지만, 각 기관의 지자체별 설치 비율이 다르고, 사업을 관장하는 중앙부처가 다르므로 현장 기관의 노력만으로는 연계가 강화되기 어렵다. 따라서 이 연구에서는 연계 강화를 위한 제언을 중앙부처, 시도나 시군구 단위의 지방자치단체, 그리고 현장 기관 차원으로 구분하여 제시하였다.

우선 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 기관 간 연계를 위해서는 중앙 단위에 청소년 대상 정신건강 증진 지원 서비스 연계를 위한 조정을 위한 거버넌스가 구축되는 것이 필요하다. 현재 청소년 관련 주무 부처인 여성가족부나 정신건강과

관련한 주무 부처인 보건복지부를 중심으로 청소년 대상 정신건강 증진 지원을 하는 관계 부처들이 함께하는 협의체를 구성하고, 청소년 정신건강 문제에 대한 협의를 이행하는 것이 필요하다. 이 중앙 단위 거버넌스에서는 각 부처, 각 기관에서 수행하는 사업의 성격을 차별화하고 중복되지 않도록 조정하는 것이 필요하다. 예를 들어 교육부와 교육청의 경우 보편적인 예방 및 개입을 학교 내 학생을 대상으로 진행하는 것을 보다 강화하고, 정신건강 고위험군인 학생을 대상으로 하는 사업들은 지역사회 내 청소년상담복지센터나 정신건강복지센터에서 진행하는 것을 강화하는 것이 하나의 방안일 수 있다.

그리고 이같이 각 기관의 수행사업의 성격들을 구분하게 되면, 정리된 기관별 역할에 대한 공유작업이 필요하다. 보다 구체적으로 다양한 부처에서 진행 중인 청소년 정신건강 사업을 한눈에 확인할 수 있는 정보 공간이 우선 필요하다. 이와 동시에 기관별로 홈페이지에 자신의 기관이 어떠한 사업에 특화되어 있다는 것을 나열하는 수준이 아니라 지자체별로 어떠한 기관들이 있는지, 각 기관에서는 어떤 역할과 기능에 특화되어 있는지 등의 구체적인 내용을 포함한 매뉴얼을 만들고, 이를 청소년 관련 관계 기관에 공유하는 작업이 필요하다. 이와 관련하여 일부 전문가들은 이러한 매뉴얼은 이용 대상에 맞게 청소년에게 공유하는 버전, 부모 등 보호자에게 공유하는 버전, 교사를 위한 버전 등 다양한 버전으로 구성하고, 온라인이나 모바일, 출력물 버전 등 다양한 매체를 활용해서 작성하고 공유하는 것이 필요하다고 언급하기도 했다.

또한 중앙부처 단위에서는 각 부처의 사업에서 진행하는 평가 체계에 연계 실적을 지표로 반영하고, 연계에 대한 인센티브를 부여하는 등의 제도적 노력이 함께 수반되는 것이 필요하다. 그리고 앞서 언급한 것처럼 지역 내 연계 및 협업할 자원이 없는 경우 연계가 이루어지지 않는다는 점을 고려해 볼 때 중앙 단위에서는 인프라 확대가 필요한 기관 유형들을 파악하고, 청소년의 정신건강 증진 서비스 이용에의 접근성을 높일 수 있도록 노력하는 것이 필요하다.

그 외에도 청소년 개개인이나 가족, 교사나 현장 실무자들이 가지는 정신건강 증진 지원 서비스에 대한 낮은 인지도 및 높은 심리적 제약으로 인해 서비스 연계가 어려운 것을 고려해 볼 때, 중앙 단위에서 청소년 정신건강에 대한 대국민 홍보를 강화하여 정신건강 및 정신건강 증진 서비스 이용에 대한 인식 개선 노력도 필요하다.

둘째, 광역 및 기초 지방자치단체에서도 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 관계 기관 간 네트워크 협의체 혹은 회의체를 구성하고 운영하는 것이 필요하다. 임성은 외(2020) 연구에 의하면 지자체의 아동 종합계획 이행 모니터링 지표로 아동·청소년 대상 정신건강 증진을 위한 네트워크를 구성했는지와 네트워크 운영과 관련한 사항이 포함되어 있다. 회의체 혹은 협의체가 구성되지 않은 지자체의 경우 네트워크 회의체를 구성하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 자신의 지자체 내 어떠한 청소년 관련 기관들이 있는지, 청소년 정신건강 증진 지원 서비스를 제공하는 기관들은 어떤 곳들인지를 먼저 파악하는 것이 필요하며, 취합한 정보들은 지역사회 내 청소년 관계 기관들과 공유하는 것이 선행되어야 한다. 이미 네트워크가 구성된 지자체의 경우 기관 간 연계가 더 잘 이루어질 수 있도록 네트워크 회의를 정기적으로 개최하고, 실제 사례들을 연계하는 활동을 더 강화하는 것이 필요하다.

그 외에도 일부 전문가들은 광역 및 기초 지자체에서는 지자체의 특성에 맞는 지자체 특화 사업을 운영하는 것이 필요하다고 언급하기도 했다. 학교 밖 청소년이 많은 지역의 경우 학교 밖 청소년을 대상으로 하는 정신건강 증진사업을, 발달장애 청소년이 많은 지역의 경우 발달장애 청소년을 대상으로 하는 정신건강 증진사업 등을 개발하는 것이 필요하다는 것이다. 이들 사업을 운영하는 것과 관련해서는 별도 인프라를 추가로 설치하는 것보다, 기존 지자체가 보유하고 있는 자원들에 예산과 인력을 추가로 지원하면서 사업을 운영할 수 있도록 하는 것이 더 효과적일 수 있다고 언급한다. 예를 들어 발달장애 청소년이 정신건강 문제를 경험할 때,

지자체가 보유한 정신건강복지센터나 청소년상담복지센터에 추가적인 인력과 예산을 배치하여 정신건강 문제를 경험하는 발달장애 청소년을 발굴하고 이들이 정신건강에 대한 상담을 받을 수 있도록 조치하는 것이 필요하다는 것이다.

마지막으로 청소년 대상 정신건강 증진 지원을 위해서는 실제 현장에서 청소년에게 서비스를 제공하는 기관 실무자들의 인식 개선이 필요하다. 전문가들은 전반적인 사례 관리자의 역할과 정신건강 문제별 치유 서비스 제공자의 역할이 다르다는 것을 인식하고, 사례 연계나 의뢰를 경쟁적 관점에서 해석하는 것이 아니라 청소년을 중심에 놓고 이들을 위한 통합적 지원에 무게를 두는 것이 필요하다고 강조한다. 또한 기관 내 자원 연계 및 네트워크를 담당하는 인력을 별도로 두어 지역사회 내 유관 자원 간 연계가 상시로 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다고 언급한다.

4. 소결

이 장에서는 선행연구를 고찰하고 전문가 대상 서면 의견조사 및 자문 회의를 시행하여 현재 국내에서 진행되고 있는 청소년 대상 정신건강 증진 지원체계 현황을 고찰하고 각 지원체계가 가지는 특성과 문제점들을 정리하여 제시하였다. 또한 최근 들어 개인의 정신건강 문제에 대한 분절적, 단편적 개입보다 개인이 맺고 있는 관계, 개인이 처한 상황과 환경 등을 종합적으로 고려한 개입에 관한 관심이 고조되고 있는 만큼 우리는 현행 청소년 정신건강 증진 지원체계 간의 연계 수준에 대해서도 살펴보았다.

앞서 살펴본 중앙부처의 사업들을 살펴보면, 그동안 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 인프라들은 지속해서 확충되어 온 것으로 보이며, 이전보다 청소년이 이용 가능한 정신건강 증진 지원체계는 늘어나, 물리적 접근성은 좋아져 온 것으로 보인다. Wee클래스의 전국 설치율은 61%에 불과하나 학생의 정신건강 증진에

대한 정책적 관심도가 제고됨에 따라 확충될 예정이며, 이미 청소년상담복지센터나 기초정신건강복지센터는 시군구에 1개소씩 설치되어 운영 중이다. 물리적 접근성과 관련하여 중앙부처에서는 청소년이 익숙해하는 매체인 온라인, 모바일 등을 활용한 상담 채널을 개설하여 365일 24시간 운영 중이기도 하다. 예를 들어 교육부의 ‘다들어줄개’와 같이 모바일 기반의 온라인 상담 서비스가 활성화되고 있다. 기존의 기관 방문 상담 방식에서 탈피해 온라인과 전화 등을 이용한 비대면 상담 방식이 활성화되고 있는 것은 분명 정신건강 서비스에 대한 청소년의 물리적 접근성을 강화하는 주요 전략으로 볼 수 있다. 또한 보건복지부의 정신건강복지센터의 경우 아동·청소년 전담 인력을 확보한 센터는 매우 제한적이기는 했으나, 아동 종합계획에 따라 지자체에는 센터에 아동·청소년 전담 인력을 확보하는 것이 주요한 성과 지표로 포함되기도 하였다(임성은 외, 2020). 이를 보면 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 물리적 접근성은 지속해서 개선되어 온 것으로 보인다.

하지만 앞서 살펴본 것처럼 중앙부처의 여러 청소년 정신건강 증진 지원 사업은 다음의 차원에서 공통적인 한계를 가지고 있다. 우선, 앞에서 살펴본 물리적 접근성이 개선되어 온 것은 사실이지만은 하나 여전히 물리적 접근성 차원에서 한계점은 존재한다. 여러 번 지적한 것처럼 Wee클래스가 모든 학교에 설치된 것은 아니며, 청소년의 스마트폰 과의존 및 도박, 게임 이용 장애에 대한 문제가 두드러지고 있음에도 불구하고, 이들 문제에 대한 예방 및 개입을 위한 인프라는 매우 적다. 또한 인프라를 시설이 아닌 인력 차원에서 보면, Wee클래스의 경우 전문상담(교)사의 수가 부족하고, 청소년상담복지센터의 경우 정신건강 분야의 경력을 요구하지 않는다는 한계, 정신건강복지센터의 경우 청소년을 전담하는 전문인력이 배치되어 있지 않다는 점에서 인력 부족 및 역량 부족 이슈는 여전히 존재한다.

둘째, 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 적극적인 대상자 발굴을 통한 개입이라기보다 청소년 개개인 또는 가족, 교사의 자발적인 의지 없이는 이용하기 어려운 구조로 서비스가 설계되어 있다는 점에서 소극적 개입이라고

볼 수 있다. 물론 학교에서는 정서행동특성검사를 통해 주기적으로 정신건강에 대한 스크리닝이 이루어질 수는 있으나, 정서행동특성검사가 이루어지지 않는 시기에는 발굴 및 개입이 어렵다는 점을 이 연구에 참여한 다수의 전문가가 지적하였다. 물론 현재의 인프라 수준과 인력 수준에서 적극적으로 대상자를 찾아 나서고 개입을 하는 것은 어려운 수준이기는 하다. 하지만 정신건강에 대한 부정적인 인식 및 정신건강 증진 지원체계 이용에 대한 부정적인 인식이 있는 상황에서 청소년 개개인이나 가족, 교사를 통한 개입은 한계가 있을 수밖에 없다.

셋째, 중앙부처의 청소년 정신건강 증진 지원 사업들은 사업 대상과 관련하여 주로 초점을 두는 집단이 고위험군인 청소년이라는 공통적인 특성을 가진다. 물론 고위험군인 청소년을 대상으로 충분한 서비스가 제공되고 있는가에 대한 논의가 추가로 필요하기는 하나, 현재 사업들을 보게 되면 보편적인 청소년을 대상으로 정신건강 증진을 위한 예방적 교육이나 개입이 이루어지는 것이 아니라 문제를 경험하고 있는 청소년을 대상으로 하는 고위험군 청소년 중심의 서비스라는 데 공통적인 특성이 있다. 고위험군 청소년에 대한 개입은 중요하기는 하나 이에 앞서 대다수 청소년을 대상으로 한 정신건강에 대한 인식 제고를 위한 교육, 정신건강 자가관리를 위한 역량 강화 등의 내용이 포함된 예방 교육 역시 중요하다. 이와 관련하여 선행연구들에서는 학생을 대상으로 한 정신건강 예방 교육이 고위험군 대상 개입과 동등한 수준으로 중요하다고 강조해왔다(전진아 외, 2019; 류정희 외, 2019).

넷째, 청소년 정신건강 증진 지원 사업들이 제공하는 서비스 내용을 살펴보면 주로 상담 중심이라는 데 특성을 가진다. 정신건강복지센터에서는 정신질환을 경험하고 있는 청소년을 대상으로 등록 사례관리를 제공하고, 일부 아동·청소년 대상 정신 재활시설에서는 1년 반 동안 프로그램을, 국립중앙청소년디딤센터에서는 최대 4개월까지의 거주형 프로그램을 제공하고 있기는 하지만, 그 외의 기관에서는 6~10회기의 상담 중심의 서비스를 제공하고 있다⁷⁰⁾. 물론 청소년

대상 심리 상담을 통해 청소년이 경험하는 문제(예. 대인 관계, 학업 및 성적 스트레스, 진로 등)가 완화될 수는 있지만, 현재의 심리 상담이 길어도 10회기 정도의 단기간에 이루어진다는 점에서 과연 정신건강 고위험군인 청소년에게 충분하고 효과적인 서비스가 될 수 있는가에 대한 의문이 있다. 이 연구에 참여한 전문가들은 10회기 정도의 상담을 통해 효과를 볼 수도 있지만, 지속적인 상담이나 치유 혹은 치료가 필요한 청소년이 지속해서 서비스를 받을 수 있는 곳은 매우 제한적이라고 공통으로 지적했다.

다섯째, 청소년 정신건강 증진체계는 앞서 살펴본 다양한 이유로 기관 간 연계가 필요하다고 인식하기는 하나 연계가 잘 이루어지지 않고 있다는 것에 한계를 가진다. 즉, 서비스가 분절적이고 단편적으로 구성되어 있다는 점에서 한계가 있다. 최근 들어 지역사회 내 자원 간 네트워크를 구성하여 서비스를 이용하는 대상자들에게 통합적인 지원을 도모하고자 하는 정책적 움직임(예. 지역사회 통합돌봄 사업 등)이 있기는 하나 청소년 영역에서는 이에 대한 뚜렷한 움직임은 없는 상황이다. 또한 청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 주체가 다양하고, 정신건강에 대한 서비스를 제공하는 주체가 다양하므로 이들 기관을 조정하고 협의를 도모할 수 있는 회의체나 협의체가 필요하다는 지적들이 이 연구에서 상당수 제기되었다.

여섯째, 청소년 정신건강 증진 지원체계가 공통으로 안고 있는 문제에는 정신건강 서비스 이용에 대한 심리적 제약이 있다. 여가부의 청소년상담복지센터의 경우 청소년 안전망의 허브 기관으로 운영되고 있고, 기관명에 정신건강에 대한 의미가 부여되기보다 상담을 제공하는 기관이라는 것이 명시되어 있다. 하지만 Wee클래스의 경우 정서행동특성검사를 통해 선별된 청소년이, 학교폭력 가·피해 청소년 등 어떠한 문제가 있는 청소년이 이용하는 곳이라는 인식이 있으며(전진아

70) 정신건강복지센터에서도 등록 사례관리를 받는 청소년이 아닌 경우 다른 기관들과 유사하게 '일반상담'이라는 용어로 통용되는 6~8회기의 상담을 제공하고 있다.

외, 2019), 정신건강복지센터나 정신 재활시설의 경우 정신질환자가 이용하는 곳이라는 인식이 존재한다. 더군다나 한국도박문제관리센터의 경우 ‘도박’이라는 용어가 기관명에 있다 보니 기관을 이용하는 것에 대한 심리적 거리감이 상당하다는 전문가들의 지적이 있었다. 또한 전진아 외(2019)의 연구에 의하면, 청소년은 정신질환 및 정신건강 서비스에 대한 정확한 정보를 가지고 있지 못하고, 어디에서 관련 정보를 얻어야 하는지도 잘 모르기 때문에 정신건강 서비스 지원 체계를 이용하는 것 자체에 관해 부담을 느끼고 있음이 확인됐다. 연구에 따르면 청소년은 대중 매체에 의해 형성된 정신건강, 정신질환, 정신건강서비스에 대한 인식을 여과 없이 받아들이고 있으며 서비스 이용 시 본인에 대한 정보가 노출되는 것을 우려하거나 본인의 정신건강 문제가 서비스를 통해 개선될 수 있을지에 대한 의구심을 갖는 것으로 나타났다. 즉 정신건강 및 정신건강 증진 서비스 이용에 대한 심리적 거리감을 좁힐 수 있는 교육이나 홍보 등이 더 강화될 필요가 있다.



제5장 정책제언

- 1. 정책과제 도출과정 개요
- 2. 정책목표별 정책과제

5장 개요

연구방법

- 우리나라 10대 청소년의 정신건강 보호와 증진을 위한 정책과제 도출을 위해 관련 선행연구에 대한 체계적 고찰과 네트워크 분석, 건강보험심사평가원의 보건 의료 빅데이터를 이용한 10대 청소년의 정신 및 행동장애 진료 추이 분석, 학교 안팎의 10대 청소년을 전국 단위에서 표집한 대규모 실태조사, 그리고 청소년 정신건강 관련 학계 및 현장 전문가 집단에 대한 의견조사 등을 실시함.

주요내용

- 정책목표 1. 정신건강 기초 역량 강화
 - 과제1. 청소년의 회복탄력성 강화
 - 과제2. 일상에서의 건전한 건강 행태 실천
 - 과제3. 긍정적 양육 태도 실천을 위한 부모(보호자) 교육 강화
 - 과제4. 현장 실무자 대상 직무 교육 강화
- 정책목표 2. 정신건강 서비스 개선
 - 과제1. 서비스 인프라 및 전문인력 확충
 - 과제2. 학교 밖 청소년과 여자 청소년 등 정신건강 취약 집단의 발굴과 개입 강화
 - 과제3. 연계를 기반으로 한 통합적이고 지속적인 개입 체계 강화
 - 과제4. 청소년 대상 예방 교육 강화, 정신건강과 정신건강 증진 서비스 이용에 관한 인식도 제고 교육 및 홍보·캠페인 강화
 - 과제5. 청소년 상담 방식의 다양화
- 정책목표 3. 정신건강 정책 환경 개선
 - 과제1. 청소년 정신건강 정책 총괄 거버넌스의 구축
 - 과제2. 증거기반의 정책 수립을 위한 기초자료 축적

1. 정책과제 도출과정 개요

신체 건강과 더불어 정신건강은 인간이 온전한 사회인으로 성장 및 발전하기 위한 필요조건이자 인간다운 삶을 영위하기 위해 보장받아야 할 권리이기도 하다. 따라서 인간의 생애 과정 중 정신건강이 중요하지 않은 시기는 존재하지 않는다. 그러나 우리가 청소년기의 정신건강에 더 많은 관심과 주의를 기울여야 하는 이유는 역학적으로 정신건강 문제의 초기 발현 시점이 청소년기에 집중되는 경향이 있고 이 시기 조기 검진과 치료의 적기를 놓친 정신건강 문제는 증증이나 만성질환으로 악화하여 남은 생애 전반에 걸쳐 부작용을 초래하기 때문이다.

그러나 우리 사회에서 청소년의 정신건강 문제는 청소년기 발달 특성에 대한 보호자의 몰이해와 간과, 정신질환에 대한 사회적 편견과 낙인에 대한 두려움, 그리고 치료 인프라 등의 부재로 인해 사안의 중요성과 심각성에 응당한 정책 배려를 받고 있지 못한 실정이다.

본 연구는 이러한 현실에 대한 문제의식을 기반으로 우리나라 10대 청소년의 정신건강에 관해 이론적, 실증적으로 고찰하였다. 우선, 우리는 인간의 생애주기에서 청소년기를 특징짓는 주요 생물학적, 인지적, 그리고 정서적 발달 특성에 대한 문헌 리뷰를 하였고 이를 통해 청소년기의 질풍노도적 발달 속성이 정신건강에 미치는 영향력을 고찰함으로써 청소년 정신건강에 대한 이론적 이해를 높였다.

71) 이 장을 집필한 사람들: 최정원 연구위원(한국청소년정책연구원), 문호영 연구위원(한국청소년정책연구원)

이와 더불어 우리는 청소년 정신건강 문제를 실증적으로 다룬 선행연구에 대한 체계적 리뷰를 통해 청소년 정신건강에 대한 지난 10년간의 연구 동향을 분석하고 네트워크 분석을 활용해 선행연구에서 다뤄진 다양한 정신건강 문제와 이에 유의하게 작용한 보호 및 위험 요인을 범주화함으로써 청소년 정신건강에 대한 경험론적 이해를 높였다.

또한, 우리는 한국의 10대 청소년이 처한 정신건강의 현주소를 실측하고자 전국 초중고에 재학 중인 학생 청소년 5,937명과 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년을 표집하여 ADHD, 자해, 신체화, 불안, 우울, 스트레스, 자살, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통 등 청소년기에 집중되는 그리고 작금의 COVID-19 사태가 유발하는 주요 정신건강 문제에 대한 노출 실태, 이러한 정신건강 문제에 영향력을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태, 그리고 주요 정신건강 서비스에 대한 인지와 경험 실태 등을 온라인 자기기입식 설문으로 조사하였다.

이와 함께 우리는 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부 등 중앙부처가 공공영역에서 운영 중인 다양한 청소년 정신건강 증진 서비스의 현황을 살펴보고 청소년 정신건강 분야의 공무원, 연구원, 그리고 학계와 현장 전문가 집단을 대상으로 해당 서비스들의 문제점과 개선방안에 관해 의견조사 및 자문을 시행하였다.

우리는 상술한 일련의 연구 과정을 거쳐 우리나라 10대 청소년의 정신건강을 보호하고 증진하는 데 이바지할 수 있는 정책목표와 과제를 아래와 같이 도출하였다.

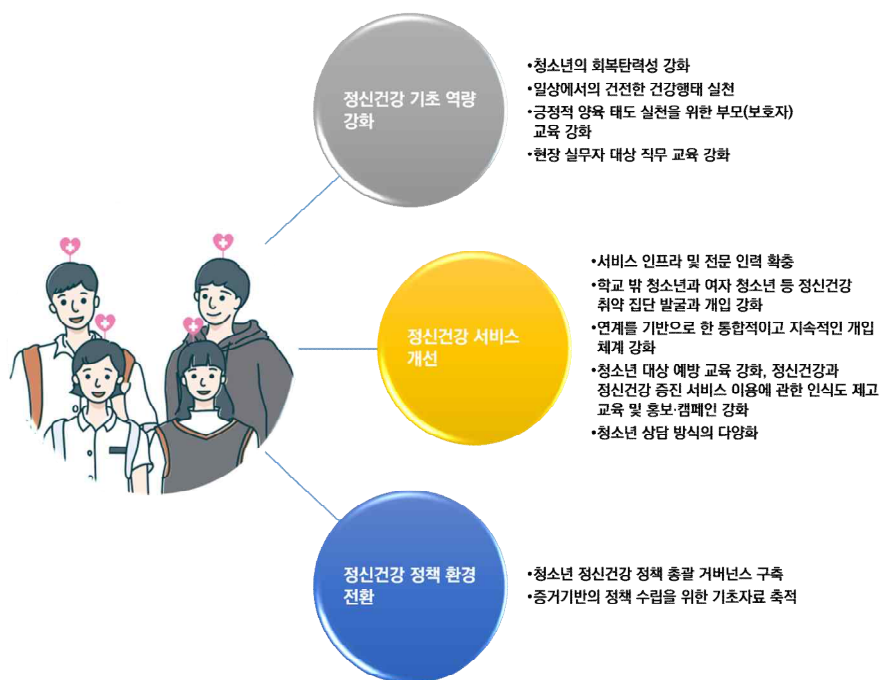


그림 V-1 3개 정책목표와 11개 정책과제

2. 정책목표별 정책과제

1) 정신건강 기초 역량 강화

(1) 청소년의 회복탄력성 강화

우리는 청소년의 질풍노도적 발달 특징에 대한 이론적, 경험론적 고찰을 통해 인간의 생애 과정 중 청소년기가 왜 정신건강 문제에 취약해질 수밖에 없는지를 확인할 수 있었다. 물론 개인에 따라 청소년기의 불안정한 정서와 문제 행동이 이 시기만의 급격한 생물적, 인지적, 정서적 변화에 대한 일시적 반작용, 즉 격동적

변화에 적응하는 과정에서 생겨나는 자연스러운 성장통이 아닌 임상적 진단과 전문 치료를 필요로 하는 정신장애의 예후나 징후일 개연성도 존재한다.

어떤 경우든 정신건강 문제에 취약하게 노출되는 생애주기를 보내는 청소년에게 다양한 위험 요인으로부터 자신의 정신건강을 보호하고 증진하는 데 가장 필요한 기초 역량은 회복탄력성일 것이다. 이는 청소년 정신건강 문제를 실증적으로 다룬 선행연구에 대한 네트워크 분석 결과와 본 연구의 실태조사 분석 결과 중 자아존중감이 보호 요인으로서 보여준 높은 효능을 통해 입증됐다. 부연하면 네트워크 분석 결과에서 자아존중감은 보호 및 위험 요인 가운데 다양한 정신건강 문제와 높은 연결중심성과 매개중심성을 보여주었고, 실태조사에서도 자아존중감은 ADHD, 자해, 신체화 증상, 우울 증상, 불안 증상, 자살 위험성, 스트레스, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통 등 이번 조사에 포함된 모든 정신건강 문제의 중증도를 유의하게 그리고 크게 낮추는 데 이바지한 보호 요인 중 하나였다.

물론, 지금의 정신건강 문제를 완화하는 데 있어 즉각적이고 직접적인 효과를 내는 것은 약물치료나 상담일 것이다. 그러나 청소년기의 취약한 정신건강에 대한 보다 근본적인 대처는 청소년에게 정신건강을 위협하는 다양한 위험 요인이나 위기 상황으로부터 자신을 지켜낼 수 있는 내적 역량을 기를 수 있게 도움을 주는 것이다. 그리고 자아존중감은 정신건강 문제를 극복하는 데 있어 매우 중요한 기초 역량으로 작용한다.

그러므로 자아존중감 향상 프로그램을 반드시 정신건강 위기 상황과 결부 짓거나 정신건강 문제에 노출된 일부 청소년에게 한정하기보다 일상에서 모든 청소년이 자유롭게 참여할 수 있는 여건을 구축하는 것이 중요하다. 이를 위해 청소년활동진흥센터, 청소년상담복지센터, 꿈드림 센터 등 학교 안팎의 청소년이 일상에서 그리고 지역사회에서 쉽게 접근할 수 있는 청소년 전용 시설이 중심이 돼 프로그램을 제공하되 해당 프로그램이 자아존중감 향상을 단일 목표로, 회기는 10~20회 사이, 그리고 미술, 음악, 놀이와 같은 예능 활동을 포함되도록 설계된다면 교육의 효과는 더 커질 수 있을 것이다(이상정, 정익중, 2018).

(2) 일상에서의 건전한 건강 행태 실천

청소년의 수면, 식습관 등은 이들의 정신건강에 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 왔으며, 이러한 점들은 2장의 정신건강에 관한 연구 동향, 3장의 정신건강 실태조사 등에서도 반복적으로 확인할 수 있다. 특히, 평소 피로가 누적되지 않도록 충분히 잠을 자고 자신의 건강을 잘 관리하는 등 일상에서 건전한 건강 행태를 실천하는 것은 정신건강 문제를 완화하는데 긍정적으로 작용하는 것으로 나타났다. 이에 반하여 청소년의 수면 충족 정도는 4점 척도 중 평균 3점(충분한 편이다)을 밑도는 높지 않은 수준으로 보고되었으며, 또한 학교 밖 청소년의 경우 전체 응답자의 과반수가, 학생 청소년의 경우 30% 정도가 규칙적이며 균형 잡힌 식사를 하지 않는다고 보고하는 등 청소년의 건강관리가 제대로 이루어지지 않고 있음을 확인할 수 있다. 이러한 결과는 청소년의 정신건강 증진을 위해 충분한 수면시간 확보와 함께 올바른 식습관 및 영양 관리를 지원하기 위한 노력이 필요함을 시사한다.

먼저는 충분한 수면시간을 확보하기 위한 노력이 요구된다. 그중 컴퓨터 및 스마트폰 사용이 학업과 함께 청소년의 수면을 가장 방해하는 요인임(임희진, 백혜정, 김동식, 2019)을 주목할 필요가 있다. 아울러 본 연구의 분석 결과, 평소 비학습 목적으로 컴퓨터나 스마트폰을 과도하게 이용한 청소년이 그렇지 않은 청소년에 비해 정신건강 문제에 더 취약하게 노출될 개연성이 높다는 점도 중요하게 고려되어야 한다. 종합해 보면, 청소년의 충분한 수면시간 확보 및 정신건강 증진을 위해 과다한 컴퓨터 및 스마트폰 사용 특히, 비학습 목적의 매체 이용을 줄이기 위한 노력이 필요해 보인다. 예를 들어, 컴퓨터나 스마트폰의 올바른 사용 습관 및 조절 능력을 기를 수 있도록 온·오프라인에서 관련 교육 및 정보를 지속해서 제공하며, 여가를 유익하게 보낼 수 있게 다양한 놀이를 개발·소개하고 청소년활동의 참여를 활성화하는 등 보다 적극적인 대책 마련이 필요하다.

이와 함께 올바른 식습관 및 영양 관리를 지원하기 위한 노력도 요구된다. 우선은 결식 우려가 있는 청소년이 규칙적이고 균형 있는 식사를 할 수 있도록 다각적인 지원 방안을 마련하여 그들의 건강한 성장을 도와야 한다. 이와 함께 청소년이 올바른 식습관을 형성하기 위한 교육과 정보의 제공도 지속적, 반복적으로 실시할 필요가 있다.

(3) 긍정적 양육 태도 실천을 위한 부모(보호자) 교육 강화

청소년기 정신건강의 보호와 증진을 위한 기초 역량 증진에서 자아존중감의 함양이 청소년 당사자를 염두에 둔 것이라면 긍정적 양육 태도는 청소년을 보호하는 부모 또는 보호자의 역량이다. 우리는 앞서 청소년 정신건강 문제를 실증적으로 분석한 선행연구에 대한 네트워크 분석 결과와 본 연구의 실태조사 분석 결과를 통해 부모(보호자)의 양육 태도가 청소년의 정신건강에 매우 중요한 영향력을 미치고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

부연하면 네트워크 분석 결과에서 부모(보호자)의 양육 태도는 다양한 정신건강 문제와 높은 연결중심성을 보여주었고, 실태조사에서도 학교 안팎 청소년 공통으로 자해를 제외한 모든 정신건강 문제, 즉 ADHD, 신체화 증상, 우울 증상, 불안 증상, 자살 위험성, 스트레스, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통 등의 중증도를 유의하게 낮추는 데 크게 이바지한 보호 요인이었다.

따라서 청소년기 자녀를 둔 부모(보호자)는 자녀의 정신건강을 위해 긍정적 양육 태도의 중요성은 물론 문제적 양육 태도에 대한 진단과 개선 필요성을 인지해야 한다. 양육 태도의 진단과 개선은 자녀와의 갈등 심화와 같은 위기 상황에만 필요한 사후조치가 아니라 청소년 자녀의 정신건강 보호와 증진을 위해 부모(보호자)가 일상에서 실천할 수 있는 예방적 조치이기 때문이다.

이와 관련해 1388청소년사이버상담센터와 청소년상담복지센터에서 운영되는 이음부모교육(온라인의 경우 이음-e)은 공공영역에서 찾아볼 수 있는 대표적인

부모교육 프로그램이다. 부모의 자기 성장과 부모로서의 자질 향상을 통해 부모-자녀 관계의 발전을 추구하는 본 교육은 지역 내 청소년상담복지센터에서 신청자 모집 후 오프라인 집단상담 방식으로 이루어지고 오프라인 교육 참여가 어려운 부모는 PC나 모바일 등을 이용해 1388청소년사이버상담센터의 온라인 교육프로그램(이음-e)을 이용할 수 있다. 온라인 교육의 경우 총 4회기로 구성돼 있고 회기 당 교육 시간은 15분~20분이다.⁷²⁾



그림 V-2 1388 청소년사이버상담센터 이음-e 안내 홈페이지

72) 1388 청소년사이버상담센터 이음-e 안내 홈페이지 https://www.cyber1388.kr:447/new/_counsel2_youth/counseldata/e-um/eum_e1_page01.asp에서 2021년 10월 10일 인출.

(4) 현장 실무자 대상 직무 교육 강화

우리가 청소년 정신건강에 관한 연구의 첫 단계로 청소년기의 생물학적, 인지적, 그리고 정서적 발달 특성을 살펴보았던 이유는 청소년의 정신건강이 청소년기에 발현하는 다양한 발달 특성의 복합 작용으로 만들어지는 결과물이기 때문이다. 따라서 청소년지도자(지도사와 상담사), 교사 등 일선에서 청소년의 육성을 책임지는 사람일수록 청소년기의 다양한 발달 특성 간의 상호작용에 대한 통합적 이해를 기반으로 청소년의 문제적 심리와 행동에 대한 최적의 개입과 대안을 고민할 수 있어야 한다. 청소년기 정신건강 문제에 대한 질풍노도 관점의 기계적 적용은 문제의 심각성을 과소 또는 과대평가하는 오류를 가져올 수밖에 없다.

이와 더불어 전문가 의견조사에서 지적됐듯이 정신건강 증진사업 운영 주체와 관련 서비스에 관한 현장 실무자(교사와 청소년 관련 기관 종사자 등)의 낮은 인지도와 지식 부족은 서비스 간 연계는 물론 청소년 정신건강 문제에 대한 조기 개입을 저해하는 원인으로 작용하고 있다. 물론, 전문가들은 해당 정보에 대한 청소년 당사자와 부모(보호자)의 낮은 인지도와 지식 부족에 대해서도 동일하게 문제를 제기했지만, 청소년과 부모(보호자)에 우선해(그리고 이들을 대신해) 문제를 처리하고 대안을 제시해야 할 현장 실무자의 책무에 비춰볼 때 관련 주제에 대한 실무자 대상 교육의 필요성과 시급성이 더 크다.

마지막으로 일선에서 정신건강 문제로 청소년 당사자 또는 부모(보호자)를 직접 상담해야 하는 실무자에게는 상담의 전문성을 높일 수 있도록 정신건강 관련 직무연수 참여, 슈퍼비전 등의 기회를 제공해야 한다.

2) 정신건강 서비스 개선

(1) 서비스 인프라 및 전문인력 확충

앞서 4장에서 자세하게 논의됐듯이 현재 청소년 정신건강증진을 위한 다양한 공공부문의 사업이 여러 중앙부처를 통해 운영되고 있으며 이들의 물리적 접근성은 점진적으로 개선돼 왔다는 평가를 받고 있다. 그러나 전문가 의견조사와 선행연구 리뷰에서 잘 드러났듯이 이들 사업은 여전히 인프라와 인력 부족이라는 만성적 문제에서 벗어나지 못하고 있다.

예를 들어 전국 초중고등학교의 Wee클래스 설치율은 2020년 기준 60%대에 머물고 있고 아동·청소년 전문 기초정신건강복지센터는 4개소, 아동·청소년 정신건강 지원시설은 13개소에 그치고 있다. 정서 및 행동장애 청소년의 전문 치유를 담당하는 국립중앙청소년디딤센터는 1개소에 불과하다. 인력 차원에서도 Wee클래스의 전문상담(교)사 규모는 상담 수요를 감당하기에 충분하지 못하며 청소년사이버상담센터, 청소년상담복지센터의 종사 인력 역시 일반 상담복지 또는 청소년 상담복지에 관한 지식과 실무경력 외에 정신건강에 대한 전문성을 갖추지 못해(현행법은 해당 시설의 종사자 자격으로 정신건강 분야 경력을 요구하지 않고 있음) 청소년 정신건강 문제에 대한 내실 있는 상담과 대응이 어렵다. 정신건강복지센터의 경우 여타 기관과 비교해 정신건강 문제에 관한 전문성은 가장 높지만, 청소년을 전담할 수 있는 전문인력이 모든 센터에 배치되어 있지 않다는 한계를 안고 있다.

종합하면 현재 다양한 중앙부처를 통해 청소년 정신건강 보호 및 증진을 위한 나름의 지원 사업이 진행되고 있지만 어떤 사업도 소기의 목표 달성에 필요한 인프라와 전문인력을 충분히 확보하고 있지 못한 한계를 보여주고 있다. 따라서 아동·청소년 전문 기초정신건강복지센터와 정신건강 지원시설의 단계별(권역→

광역지자체→기초지자체 등) 확충, 전국 초중고등학교 내 Wee클래스 설치, 병원 학교나 국립중앙청소년디딤센터의 확충 등 청소년 정신건강에 특화된 인프라의 확충이 필요하다. 인프라의 확충과 더불어 해당 시설에서 근무할 수 있는 전문인력의 양성과 고용 확대 또한 요구된다. 일반 상담복지 또는 청소년 상담복지에 관한 지식과 실무경력 외에도 정신건강과 관련된 전문 지식과 실무경력을 보유한 전문인력의 양성과 현장 배치를 통해 일반적인 심리 상담 이상의 실효성 있는 개입과 치유가 구현될 수 있도록 해야 한다.

(2) 학교 밖 청소년과 여자 청소년 등 정신건강 취약 집단의 발굴과 개입 강화

전문가 의견조사뿐만 아니라 실태조사를 통해서 더 분명하게 드러난 현안 중 하나는 정신건강 취약 집단에 대한 선제적 발굴과 개입의 필요성이다. 전문가 집단의 문제 제기처럼 현행 청소년 정신건강 서비스는 능동적이고 보편적 특성을 띠기보다 수동적, 선별적 특성을 보인다. 예를 들어 교육부의 정신건강 서비스는 모든 학생 청소년의 보편적 정신건강 증진에 초점을 두기보다는 정서행동특성 검사를 통해 선별된 고위험군에 제한적으로 적용되고 있다. 더욱이 앞서 언급한 교내 전문 상담인력의 부족으로 인해 고위험군에 대한 개입도 원만하지 않은 실정이다. 또한, 현행 정서행동특성검사는 초등학교 1, 4학년과 중고등학교 1학년만을 대상으로 진행돼 검사 대상이 아닌 여타 학생 청소년의 정신건강 문제는 방치될 수밖에 없다.

학교 밖 청소년의 정신건강 문제에 대한 발굴과 개입은 더 취약하다. 이번 실태조사를 통해 드러났듯이 학교 밖 청소년은 ADHD, 자해, 신체화 증상, 불안, 우울, 스트레스, 자살 위험성, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통 등 모든 유형의 정신건강 문제에서 학생 청소년보다 유의하게 높은 증증도를 보여주었다. 특히 우울, 불안, 그리고 자살 위험성 등에서는 정도 이상의 임상적 증증도에

해당하는 학교 밖 청소년의 비율이 학생 청소년 대비 2배 이상이었다. 그뿐만 아니라 학교 밖 청소년의 경우 학생 청소년과 비교해 정신건강 문제의 보호 요인(부모의 긍정적 양육 태도, 사회 지지, 자아존중감 등)에 대한 노출은 낮고 반대로 위험 요인(비행 경험, 폭력 가·피해 경험 등)에 대한 노출은 높았다.

이처럼 학교 밖 청소년의 정신건강 문제와 위기 개연성은 학생 청소년보다 심각하지만, 일선에서 이들의 정신건강 문제를 발굴하는 데 활용할 수 있는 대표 인프라는 청소년상담복지센터(1388 청소년사이버상담센터)와 꿈드림 센터 정도며 이마저도 학교 밖 청소년 당사자 또는 보호자가 자발적으로 기관을 찾아오는 경우에만 개입할 수 있다. 더욱이 앞서 지정한 정신건강 전문 상담인력의 부재로 인해 개입의 수준과 효과 또한 제한적이다.

따라서 정신건강 문제에 더 취약하게 노출된 학교 밖 청소년을 위한 서비스 강화가 필요하다. 이와 관련해 여성가족부가 9세 이상 18세 이하의 학교 밖 청소년을 대상으로 제공하는 건강검진 서비스는 이들의 정신건강 문제에 대한 선제적 발굴과 개입에 도움을 줄 수 있다. 문진 및 진찰, 신체 계측, 혈액검사, 간염 검사(B형 및 C형), 결핵 검사 및 구강 검사 등 신체건강 중심의 검진 외에도 정신건강 검진이 추가된다면 위험군의 선제적 발굴과 조기 치료가 더욱 원활하게 이루어질 수 있다.

KakaoTalk
학교 밖 청소년 건강검진
여성가족부
보건위원회
h-well
국민건강보험

학교 밖 청소년의 건강을 응원합니다!

학교 밖 청소년 건강검진

집중검진기간 실시
2021년 8월 5일(목)~9월 30일(목)

※ 학교 밖 청소년 건강검진은 연중 상시 진행됩니다

01 누가 받을 수 있나요?
만 9세 이상 18세 이하 학교 밖 청소년이 대상입니다.
※ 입원치료를 받은 전역 국고부담이 미 반영부담은 없습니다

02 어디서 받나요?
지정된 학교 밖 청소년 건강검진기관에서 받을 수 있습니다. 방문하거나 전화주세요.

03 어떻게 신청하나요?
가까운 학교밖청소년지원센터로 방문하거나 전화주세요.

건강 상담

신체 계측

혈액 검사

소변 검사

영상 검사

학교 밖 청소년 건강검진, 자세한 내용이 궁금하다면?

| 전국 공동임센터 | www.kdream.or.kr | 국민건강보험 | 1577-1000

출처: 꿈드림 센터 홈페이지. https://www.kdream.or.kr:446/FileData/board/pjtkj_oyydsqvczdwrefi.jpeg에서 2021년 10월 11일 인출.

그림 V-3 학교 밖 청소년 건강검진 안내 포스터

이와 더불어 실태조사에서 여자 청소년의 정신건강이 남자 청소년과 비교해 더 취약한 것으로 나타났는데 이는 정신건강 문제의 증증도가 성별에 따라서도 유의하게 달라짐을 의미한다. 따라서 청소년 정신건강 보호와 증진을 위한 정책 수립에 있어 학교 안팎에 대한 고려와 더불어 성별도 주요 변인으로 고려할 필요가 있다.

(3) 연계를 기반으로 한 통합적이고 지속적인 개입 체계 강화

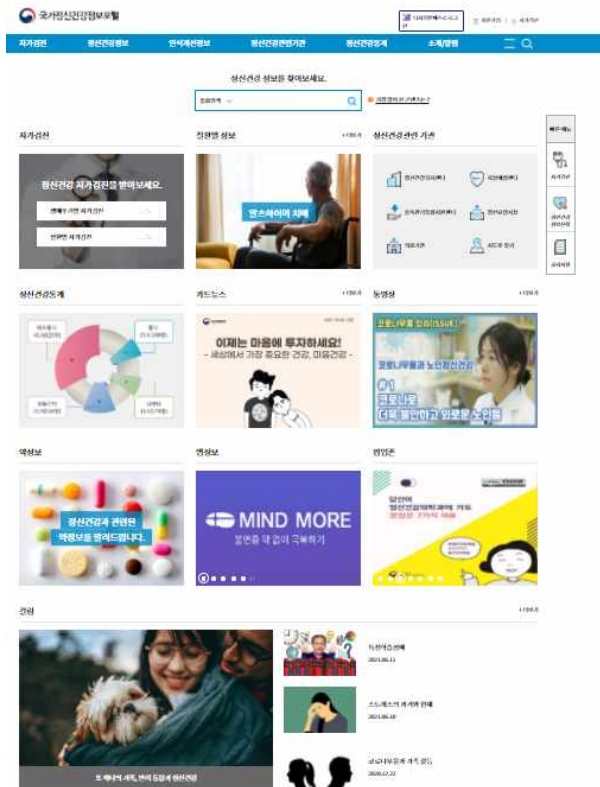
4장에서 심도 있게 논의됐듯이 현행 청소년 정신건강 서비스가 안고 있는 근본적 문제점 중 하나는 다양한 사업 주체 사이의 협력과 연계 부족으로 서비스 사각지대가 방치되고 있다는 것이다. 예산 부족에 따른 인프라와 전문인력의 부족은 모든 부처가 직면하고 있는 공통현안인 만큼 정신건강 서비스의 사각지대(수혜 대상과 서비스 내용 모두)를 해소하는 유일한 해법은 여러 사업 주체가 협력과 연계를 통해 가용 자원을 효율적으로 공유하고 사용하는 것이다.

이를 위해서는 부처별 청소년 정신건강 사업을 총괄하는 최상위 조정기구가 운용될 필요가 있다. 이와 관련해 사회부총리를 의장으로, 학생 청소년의 정신건강을 관장하는 교육부, 일반 청소년과 학교 밖 청소년의 정신건강을 관장하는 여성가족부, 그리고 우리나라 정신건강 정책 전반을 관장하는 보건복지부 등 3개 부처가 협의체를 구성하고 각 부처의 모든 청소년 정신건강 증진사업을 서비스 대상자와 내용으로 구분해 사업 간 존재하는 중복 정도와 이로 인한 사각지대를 엄밀하게 파악해야 한다.

각 부처의 모든 청소년 정신건강 사업에 대한 매핑이 끝나면 협의체는 각 부처가 관장해야 할 사업 대상자와 서비스를 중복되지 않게 구분하고 사업 대상자별, 서비스별 가용 자원에 대한 매뉴얼을 제작해 현장 기관은 물론 서비스 수혜자인 청소년과 보호자에게 제공해야 한다. 인쇄물 형태의 매뉴얼 제작도 필요하겠지만 자원 정보의 변동 사항에 대한 신속한 업데이트와 이용자 공지를 위해 전용 온라인 플랫폼을 구축하는 것이 더 효율적이다.

이와 관련해 보건복지부 산하 국립정신건강센터가 운영 중인 국가정신건강 정보포털은 좋은 벤치마킹 사례라 할 수 있다. 국가정신건강정보포털에서는 생애 주기별, 질환별 자가 검진, 정신건강 정보, 관계 기관 정보, 정신건강 통계 등이 제공되고 있는데 청소년 정신건강 전용 포털에서도 청소년 스스로(또는 청소년을

대신해 서비스를 의뢰하는 보호자나 현장 실무자가) 청소년기 주요 정신건강 문제에 대한 자신의(또는 의뢰받은 청소년의) 노출 정도를 진단할 수 있고 진단 결과에 관한 전문 상담이나 진료가 필요할 경우 자신이(또는 의뢰받은 청소년이) 거주하는 지역 내에서 제공되는 무료 또는 유료 서비스 기관의 탐색과 예약을 한 번에 해결할 수 있는 원스톱 포털서비스를 구축하는 것은 좋은 대안이라고 할 수 있다.



출처: 국가정신건강정보포털 홈페이지. <http://www.mentalhealth.go.kr/portal/main/index.do>에서 2021년 10월 11일 인출.

그림 V-4 국가정신건강정보포털 홈페이지

마찬가지로 광역 및 기초 지방자치단체 수준에서도 지방자치단체장을 의장으로 관련 행정부서와 지역 내 서비스 기관이 협의체를 구성하여 중앙 단위에서 이행되는 청소년 정신건강 증진사업에 대한 원활한 지원과 더불어 해당 지역사회에 필요한 정신건강 서비스를 보강해야 한다. 이때 중요한 것은 중앙과 지방 수준에서 구성되는 협의체 사이에도 지속적인 소통과 연계가 존재해야 한다는 것이다. 지방 협의체에서 해결할 수 없는 청소년 정신건강 문제에 대해서는 중앙 협의체가, 반대로 중앙 협의체가 파악하지 못하는 지역 내 청소년 정신건강 문제에 대해서는 지방 협의체가 주도적으로 개입하여 지방과 중앙 사이의 서비스 중첩으로 인한 자원 낭비 또는 서비스 누락으로 인한 사각지대를 최소화해야 한다.

결국 청소년의 정신건강 증진과 보호를 위한 정책이 효율적으로 집행되고 집행 과정에서의 사각지대를 최소화하기 위해서는 중앙 협의체 안에서의 연계와 협력, 지역 협의체 안에서의 연계와 협력, 그리고 중앙과 지방 협의체 간의 연계와 협력 모두가 유기적으로 이루어져야 한다. 그리고 이러한 다양한 주체 간의 유기적 연계와 협력이 성공적으로 이루어지기 위해서는 무엇보다 사업성과를 둘러싼 부처와 부처, 기관과 기관, 그리고 중앙과 지방 사이의 칸막이와 경쟁 구도 탈피가 선행되어야 한다.

(4) 청소년 대상 예방 교육 강화, 정신건강과 정신건강 증진 서비스 이용에 관한 인식도 제고 교육 및 홍보·캠페인 강화

청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙부처의 지원 사업들을 살펴본 결과, 주로 고위험군 청소년을 위한 서비스가 대부분이며, 청소년 정신건강의 보편적 증진을 위한 예방적 교육이나 개입은 부족한 실정으로 파악되었다. 고위험군 청소년에 대한 개입이 중요한 것은 사실이지만, 정신건강 문제가 발생하지 않도록 모든 청소년을 대상으로 예방교육을 시행하는 것 역시 못지않게 중요하다. 이와 관련하여 선행연구에서도 청소년에 대한 정신건강 예방교육이 고위험군 대상

개입과 동등한 수준으로 중요하다고 강조한 바 있다(전진아 외, 2019; 류정희 외, 2019).

한편, 청소년은 정신질환이나 정신건강 서비스에 대한 정확한 정보가 부족하고, 관련 정보를 어디에서 얻어야 하는지도 잘 모르기 때문에 정신건강 서비스를 이용하는 것에 대해 부담을 느끼고 있으며, 서비스 이용 시 본인에 대한 정보가 노출되는 것을 우려하거나 본인의 정신건강 문제가 서비스를 통해 개선될 수 있을지에 대한 의구심을 갖는 것으로 알려졌다(전진아 외, 2019). 이와 유사하게 본 연구의 실태조사 결과에서도 정신건강 관련 기관 혹은 서비스에 대한 청소년의 인지도가 대체로 높지 않았으며, 사람들이 정신건강 서비스를 받는 데 있어서 가장 큰 장애요인으로 학생 청소년과 학교 밖 청소년은 각각 1순위와 2순위로 타인의 시선을 선택하였다. 이러한 결과는 청소년의 정신건강 증진을 위해 정신건강 서비스에 대한 정확한 정보제공과 함께 잘못된 인식이나 편견을 개선하기 위한 노력이 필요함을 의미한다.

이상의 내용을 종합해 볼 때, 청소년이 스스로 정신건강을 올바르게 관리하며, 정신건강 서비스 이용에 대한 심리적 거리감을 좁히고 접근성을 향상할 수 있는 구체적인 방안을 모색할 필요가 있다. 예를 들어, 학교, 학교 밖 청소년지원센터, 청소년상담복지센터 등의 관련 기관을 중심으로 정신건강의 중요성에 대한 인식 제고와 청소년 스스로 정신건강을 관리할 수 있는 역량 강화를 위한 예방 교육프로그램을 정기적으로 실시할 필요가 있다. 그리고 정신건강 서비스에 대한 잘못된 인식과 편견을 개선하고 심리적 거리감을 좁히기 위해 청소년이 많이 찾는 장소, 자주 사용하는 매체 등을 활용해 홍보 및 캠페인을 강화하고, 청소년 대상 정신건강 공모전을 개최하는 등의 노력이 요구된다. 아울러 서비스 이용에 관한 구체적인 정보들을 담은 매뉴얼을 온·오프라인을 통해 제작·배포하는 등 정신건강 서비스에 대한 인지도와 접근성을 높일 수 있는 적극적인 방안이 필요하다.

(5) 청소년 상담 방식의 다양화

본 연구의 실태조사에 따르면 정신건강 상담 선호 방식과 관련해 대다수의 10대 청소년은 직접 만나서 하는 1:1 개인상담을 선호하는 것으로 나타났고, 10명 중 2명 정도는 화상 상담을 제외한 온라인 상담을 희망하는 것으로 확인됐다. 따라서 청소년이 1:1 오프라인 대면상담을 원활하게 받을 수 있도록 대면상담에 대한 심리적·물리적 접근성을 향상해주는 노력이 필요하며, 얼굴을 마주 보며 대화하는 것이 부담스럽거나 어려운 청소년에게는 다양한 비대면 형태의 상담 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

그러나 상담 방식을 떠나 중요한 것은 상담에 대한 청소년의 심리적·물리적 접근성을 향상해 상담 서비스가 필요한 경우 언제든지 전문가의 상담을 받을 수 있도록 하는 것이다. 청소년이 상담을 올바르게 인식하도록 다양한 채널을 통해 관련 정보를 지속해서 제공하며, 관계 기관과의 연계를 통해 지역 내 상담실 외에 접근성, 안정성, 독립성이 보장된 상담 공간을 추가로 확보해 청소년이 심리적으로나 물리적으로 더 가까운 공간에서 상담 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 방안도 고려돼야 한다.

또한, 기존의 전화, 모바일 등을 활용한 비대면 상담뿐 아니라 메타버스 플랫폼과 같이 최근 새롭게 부상하는 가상공간을 활용한 버추얼 상담과 같이 COVID-19 상황에서 청소년이 친숙하게 접근할 수 있는 매체와 플랫폼을 활용한 서비스가 개발돼야 한다.

3) 정신건강 정책 환경 개선

(1) 청소년 정신건강 정책 총괄 거버넌스의 구축

중앙 부처 간, 지자체 내, 그리고 중앙과 지자체 간 청소년 정신건강 사업의 중복, 이로 인한 자원의 낭비와 서비스 사각지대(서비스 수혜자와 서비스 내용 모두에서)의 발생을 미리 방지하기 위해서는 앞서 강조하였듯이 청소년 정신건강 사업을 총괄할 수 있는 거버넌스가 중앙과 지방 단위에서 구축되고 둘 사이의 원활한 협력과 조율이 이루어져야 한다.

비단 청소년 정신건강 정책뿐만 아니라 모든 정책에서 선택과 집중은 자원을 효율적으로 이용하는 데 필요한 기본 원칙인 동시에 유한한 자원 환경에서 따를 수밖에 없는 전략이기도 하다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 고찰했던 많은 선행연구와 전문가 의견조사에서 공통으로 문제 제기됐듯이 청소년 정신건강의 보호와 증진을 목표로 중앙 단위에서 수립 및 시행되는 많은 정책 사업에는 선택과 집중의 원칙과 전략이 제대로 적용되지 않고 있다.

선택과 집중의 전략 구현을 위한 구체적인 방안에 관해 우리는 ‘(3) 연계를 기반으로 한 통합적이고 지속적인 개입 체계 강화’에서 자세하게 제안하였다. 따라서 여기서 같은 내용의 반복 기술은 불필요할 것이다. 다만, 우리가 다시 강조하고픈 결론적 제언은 청소년 정신건강 정책 환경의 전환을 위해 다양한 사업 주체 간의 유기적 연계와 협력이 선행돼야 하며 이를 위해 중앙의 관계 부처, 지자체, 그리고 지역 실무 기관은 같은 대상자와 서비스를 두고 벌이는 칸막이 경쟁을 지양해야 한다는 것이다.

(2) 증거기반의 정책 수립을 위한 기초자료 축적

청소년 정신건강 정책의 효율성과 효과성 제고를 위해 우리가 해결해야 할 또 다른 과제는 청소년 정신건강 현황에 관한 기초자료 축적이다. 청소년의

정신건강 증진을 위한 인권위(2018)의 정책 권고에서 잘 드러나듯이 현재 우리나라에는 전국 단위의 표본추출을 통해 10대 청소년이 경험하고 있는 정신건강 문제의 실태를 임상적으로 그리고 통계적으로 추정할 수 있는 기초자료가 존재하지 않는다.

물론, 본 연구에서도 활용된 건강보험심사평가원의 보건 의료 빅데이터 경우 우리는 데이터 분석을 통해 10대 청소년의 정신 및 행동장애(F00-99) 진료 추이를 파악할 수는 있다. 그러나 이를 통해 우리가 파악할 수 있는 정보는 청소년기 인구 집단이 진료를 많이 받는 정신질환의 유형일 뿐 각 질환의 중증도, 해당 질환을 앓고 있는 청소년의 인구 사회학적 배경, 정신건강 서비스 이용 실태 등 정치한 정책 수립에 필요한 정보는 존재하지 않는다. 더욱이 해당 자료는 치료 의지를 가지고 자발적으로 의료 기관을 찾은 청소년 환자의 진료 통계이므로 그렇지 못한 청소년, 즉 정신건강 문제에 노출은 됐으나 진료를 받지 못하는 또는 거부하는 청소년이 빠져 문제의 심각성이 실제보다 과소 추정될 소지가 크다.

따라서 청소년의 정신건강 실태를 임상적으로 그리고 통계적으로 추정할 수 있는 실태조사가 도입돼야 한다. 이와 관련해 보건복지부가 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제10조에 근거, 2001년부터 5년 주기로 만 18세 이상의 조사대상자를 다단계 지역표본추출법으로 표집해 수행해 온 정신질환실태 역학조사는 좋은 대안이다. 보건복지부는 조사를 통해 주요 정신질환의 유병률, 인구 사회학적 변인, 자살 관련 행동(자살 사고, 자살 계획, 자살 시도)의 여부와 시기, 도박중독, 인터넷 중독의 실태, 그리고 정신건강서비스 이용 실태 등 대상자의 정신건강과 부가 정보를 광범위하게 수집하고 있다. 표본의 크기, 표본의 연령 범위, 조사 질환의 종류 등은 조사 시기마다 다른데, 가장 최근 이루어진 2016년 제4차 조사는 만 18세~74세의 일반 성인 인구 5,102명을 대상으로 총 17개 유형의 정신질환 유병률을 확인했다(보건복지부, 삼성서울 병원, 2017).

따라서 조사 플랫폼과 관계 법령을 새롭게 신설하는 수고보다 현행 역학조사를

청소년기 인구집단으로 확대해 시행하고 조사 주기 또한 현행 5년에서 1년 주기로 단축하는 것이 필요하다. 실제로 보건복지부가 관계 부처 합동으로 수립한 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)에는 이러한 정책과제가 반영돼 있어 본 제언처럼 청소년 정신건강 기초자료의 수집과 축적이 앞으로 체계적으로 이루어질 것으로 전망된다(관계부처합동, 2021).

또한, 청소년 정신건강 기초자료의 수집과 축적에서 주의할 점은 학교 밖 청소년에 대한 조사가 이루어져야 한다는 것이다. 본 연구의 실태조사를 통해 드러났듯이 학교 밖 청소년은 학생 청소년과 비교해 모든 유형의 정신건강 문제에서 높은 증증도를 보여주었다. 특히 우울, 불안, 그리고 자살 위험과 관련해 정도 이상의 임상적 증증도를 경험하고 있는 학교 밖 청소년의 비율은 학생 청소년 대비 2배 이상 높았다. 따라서 우리가 앞서 강조한 선택과 집중이라는 전략과 원칙에 비춰볼 때 청소년 정신건강 정책의 수립과 집행에서 학교 밖 청소년에 대한 우선순위가 고려돼야 한다. 이와 관련해 여성가족부는 전국 220개소의 꿈드림 센터, 238개소의 청소년상담복지센터 등 대표적인 학교 밖 청소년 지원 인프라를 거점으로 해당 시설을 방문하는 학교 밖 청소년의 정신건강 문제 실태를 조사하고 이를 통해 발굴된 문제 청소년에게는 지역 내 정신건강복지센터와의 연계를 통해 전문적인 진료와 치료 기회를 제공해야 한다. 다만, 이와 관련해 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)에 명시된 것처럼 학교 밖 청소년을 대상으로 정서·행동특성검사를 시행하는 것이 정신질환실태 역학조사와 비교해 학교 밖 청소년의 정신건강 문제를 정확하게 진단하고 문제에 대한 대안을 모색하는 데 얼마나 도움이 될 수 있을지에 대한 면밀한 검토가 요구된다.

학교 밖 청소년과 학생 청소년 사이의 격차 외에도 우리는 본 연구를 통해 남자 청소년과 여자 청소년 사이에 존재하는 정신건강 격차 문제도 확인할 수 있었는데 이는 성별에 특화된 청소년 정신건강 정책의 수립과 집행 역시 필요함을 시사한다.



참고문헌

참고문헌

- 1388 청소년사이버상담센터 이음-e 안내 홈페이지. https://www.cyber1388.kr:447/new_/counsel2_/youth/counseldata/e-um/eum_e1_page01.asp에서 2021년 10월 10일 인출.
- e-나라지표 홈페이지. **청소년 상담대상별 상담건수**. http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1600&board_cd=INDX_001에서 2021년 5월 12일 인출.
- 건강보험심사평가원. 보건 의료 빅데이터 개방 시스템. 건강보험심사평가원_3단 상병별 성별 연령군별 통계_20181231 파일. <https://www.data.go.kr/data/15072907/fileData.do>에서 2021년 3월 1일 인출.
- 고려대학교 부설 행동과학연구소 편 (2000). **심리척도핸드북 I**. 서울: 학지사.
- 관계부처합동 (2021). **온국민 마음건강 종합대책: 제2차 정신건강복지기본계획**. 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019a). **제15차(2019년) 청소년건강행태조사 통계 추이 엑셀 결과표_정신건강**. 청주: 질병관리본부.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2019b). **제15차(2019년) 청소년건강행태조사 통계**. 청주: 질병관리본부.
- 교육부, 학생정신건강지원센터 (2021). **2021년도 학생 정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼**. 세종: 교육부.
- 국가인권위원회 (2018). **아동·청소년의 정신건강 및 인권 증진을 위한 정책 권고**. 서울: 국가인권위원회. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&pagesize=10&boardtypeid=24&boardid=7604071>에서 2021년 1월 18일 인출.

국가정신건강정보포털 홈페이지. <http://www.mentalhealth.go.kr/portal/main/index.do>에서 2021년 10월 11일 인출.

국립중앙청소년디딤센터 홈페이지. <http://www.nyhc.or.kr/About020100>에서 2021년 10월 02일 인출.

권형진 (2018.03.06.). **지난해 초중고생 114명 극단적 선택…2년 연속 증가**. 뉴스1. <https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=421&aid=0003243998>에서 2021년 5월 12일 인출.

김기현, 문호영, 황세영, 유민상, 김균희, 이용해 (2021). **2020년 청소년종합실태 조사**. 서울: 여성가족부.

김세원 (2003). **사회적 지지가 학대경험 아동의 적응에 미치는 영향**. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

김소정, 우성범, 구훈정, 이종선 (2019). 한국판 자해 척도(K-SHI) 타당화 연구. **인지행동치료**, 19(2), 205-228.

김준범, 한광현 (2020). 청소년의 불안-우울 공존 양상과 자살시도 : 부모의 낮은 정신건강 관심정도의 가중효과. **정신건강과 사회복지**, 48(3), 5-34.

김태명, 이은주 (2017). 한국판 청소년용 동기모형 부모양육태도척도(PSCQ_KA)의 타당화. **청소년학연구**, 24(3), 313-333.

김현정 (2021.06.01.). ‘서울시, “청소년상담복지센터 인력·시설 늘린다”’. 메트로신문. <https://www.metroseoul.co.kr/article/20210601500254>에서 2021년 10월 3일 인출.

꿈드림 센터 홈페이지. https://www.kdream.or.kr:446/FileData/board/pjt_kjoyydsqvzcdwrefi.jpeg에서 2021년 10월 11일 인출.

류정희, 전진아, 임성은, 김성식, 김지경, 신나리, 정선영, 정익중, 최영, 정희선, 허은영 (2019). **제2차 아동정책기본계획 수립 연구**. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

- 박미나 (2013). **학교상담제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구: Wee 프로젝트를 중심으로**. 원광대학교대학원 석사학위논문.
- 박승곤 (2017). 지역사회 내 시·군·구 청소년상담복지센터의 운영 실태에 관한 분석. **한국지역사회복지학**, 62, 59-88.
- 박주섭, 김나람, 한은정 (2018). 키워드 네트워크 분석을 활용한 과학기술동향 분석. **한국산업정보학회논문지**, 23(2), 63-73.
- 박진우, 허민숙 (2021). **아동·청소년의 정신건강 현황, 지원제도 및 개선 방향**. NARS 현안 분석 제200호. 서울: 국회입법조사처.
- 반건호, 신민섭, 조수철, 홍강의 (2001). 청소년 ADHD 평가 도구 개발을 위한 예비연구-CASS(S)의 신뢰도 및 타당도 연구. **소아청소년정신의학**, 12(2), 218-224.
- 보건복지부 (2021). **2021년 정신건강사업안내**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 국립정신건강센터 홈페이지. http://www.ncmh.go.kr/medical/html/content.do?depth=cr&menu_cd=03_02_03_01에서 2021년 10월 02일 인출.
- 보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). **국가 정신건강현황 보고서 2019**. 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부, 삼성서울병원 (2017). **2016년도 정신질환실태 역학조사**. 서울: 성균관대학교 삼성서울병원.
- 스마트쉽센터 홈페이지. www.iapc.or.kr에서 2021년 5월 12일 인출.
- 신현균 (2003). 한국판 아동 신체화척도의 신뢰도, 타당도 및 초등 고학년생의 신체증상 경험 특성. **Korean Journal of Clinical Psychology**, 22(4), 829-846.
- 안현의 (2005). 청소년의 심리적 외상에 관한 탐색적 연구: 외상후 스트레스 증상과 성격 특성을 중심으로. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 17(1), 217-231.

- 우성미, 오소영 (2019). 주제어 연결망 분석을 활용한 국내 여성리더십 연구 동향. **여성연구**, 101(2), 5-34.
- 위(Wee) 프로젝트, 우리가 희망이다. 홈페이지. https://www.wee.go.kr/home/cms/cmsCont.do?cntnts_sn=23에서 2021년 10월 02일 인출.
- 유진영, 김기만 (2014). 우리나라 중학교 청소년의 신체활동이 정신건강에 미치는 영향: 2013년 청소년건강행태온라인 조사를 중심으로. **Journal of Digital Convergence**, 12(11), 395-405.
- 육혜련 (2013). 청소년쉼터 입소 가출청소년의 사회적 배제와 우울·불안과의 관계연구. **보건사회연구**, 33(4), 245-274.
- 윤명숙, 조혜정 (2008). 청소년의 폭력경험유형이 우울 및 음주행위에 미치는 영향: 가정폭력, 학교폭력, 중복폭력 피해경험 중심으로. **정신건강과 사회복지**, 29, 295-329.
- 윤상민 (2019.10.16.). 작년 학교폭력 3만3168건...상당 돕는 '위클래스' 설치는 61%에 그쳐. 아주경제. <https://www.ajunews.com/view/20191015095903974>에서 2021년 5월 13일 인출.
- 윤서원, 이빛나, 박기호, 정수연, 김신향, 박연수, 백승연, 김조룡, 이원혜, 최윤영, 이승환, 최기홍 (2018). Development of Korean Depression Screening Assessment: Phase II Preliminary Validation Study. **Korean Journal of Clinical Psychology**, 37(2), 252-262.
- 윤정미, 김진영 (2019). 한국판 청소년용 지각된 스트레스 척도의 타당화 연구. **한국심리학회지:건강**, 24(3), 569-586.
- 이경상, 조혜영, 박현수 (2004). 한국 청소년 패널조사(KYPS) II: 조사 개요 보고서 (연구보고 04-R01). 서울: 한국청소년정책연구원.
- 이상정, 정익중 (2018). 아동 자아존중감 향상 프로그램에 관한 메타분석. **보건사회연구**, 38(3), 45-74.

- 이상훈 (2020). **정신건강인력의 현황과 과제**. 보건복지포럼 2020.4. 43-54.
- 이영일 (2020.06.26.). “너무 힘들다”, 열악한 청소년상담복지센터의 호소.
<https://brunch.co.kr/@ngo201/41>에서 2021년 10월 3일 인출.
- 이종연, 조정자, 이재용, 이정주, 남윤미, 김복미, 유은정 (2017). **충북 위(Wee) 기관과 전문상담인력 역량강화 방안 연구** (충북-2017-185). 충청북도교육청.
- 이철 (2018.05.18.). **선생님, 비밀인데...급한 아이가 1주일 기다려야 하는 한사람.**
 한겨레. <https://www.hani.co.kr/arti/society/schooling/845203.html>에서
 2021년 10월 2일 인출.
- 임성은 (2019). 아동·청소년의 정신건강 정책 네트워크 분석. **서울도시연구**,
 20(1), 97-116.
- 임성은, 이상정, 전진아, 조영림 (2020). **아동정책시행계획 수립 지원 및 평가지표 개발 연구**(정책보고서 2020-106). 세종: 한국보건사회연구원.
- 임희진, 백혜정, 김동식 (2019). **청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I**.
 세종: 한국청소년정책연구원.
- 장재훈 (2021.03.21.). **교육부, 전문상담교사 추가 선발 추진..초등 상담인력 배치 확대할 듯**. EduPress. <http://www.edupress.kr/news/articleView.html?idxno=7186>에서 2021년 10월 2일 인출.
- 전국병원학교 홈페이지. <https://hospital.s4u.kr/usrs/portal/hoschlIntro.do?cmkey=9958>에서 2021년 10월 02일 인출.
- 전진아, 전민경, 김남희, 박재현, 이용주, 윤시몬, 유혜영, 김보은 (2019). **수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정환경 (2015). **전문상담교사의 역량척도 개발 및 타당화**. 경성대학교대학원 박사 학위논문.
- 조영아, 김연희, 김현아 (2011). 북한이탈 청소년의 문제행동과 외상 후 스트레스 증상 영향 요인. **청소년학연구**, 18(7), 33-57.

질병관리본부 (2017). **2017 소아청소년 성장도표 해설집**. 충청북도: 질병관리본부.

질병관리본부 (2019). **제15차(2019년) 청소년건강행태조사 통계**. 충청북도: 질병관리본부.

차동석 (2017). 초등학생의 부정적 스마트폰 사용행태가 건강에 미치는 영향: 부모양육태도의 조절효과를 중심으로, *학교사회복지*, 38, 99-124.

청소년모바일 상담센터 홈페이지. http://teentalk.or.kr/bbs/board.php?bo_table=0201에서 2021년 5월 31일 인출.

최인재, 이기봉, 김현주, 박경옥, 이명선, 이은경 (2010). **한국 청소년 지표 조사V - 건강·안전(보호) 지표(총괄보고서)**. 서울: 한국청소년정책연구원.

통계청, 여성가족부 (2020). **2020 청소년 통계 보도자료**. 통계청·여성가족부. 푸른존 홈페이지. <http://proonzon.com>에서 2021년 10월 5일 인출.

하형석, 이종원, 정은진, 김성은, 한지형 (2018). **한국아동·청소년 패널조사IX : 사업보고서**. 세종: 한국청소년정책연구원.

한국건강증진개발원 (2020). **국민 40.7% “코로나19로 우울·불안 경험했다”**. 한국건강증진개발원 보도자료.

한국도박문제관리센터 홈페이지. <https://www.kcgp.or.kr/ii/mainBsns/2/prevntActNdPrStrngth.do>에서 2021년 5월 12일 인출.

한국도박문제관리센터 홈페이지. **한국도박문제관리센터의 19세 미만 이용자 수 (2015~2019년)**. <https://www.kcgp.or.kr/np/stats/2/stats.do>에서 2021년 5월 13일 인출.

한국청소년상담복지개발원 (2020). **청소년상담 이슈페이퍼: 코로나19로 바뀐 일상**. 부산: 한국청소년상담복지개발원.

한국청소년상담복지개발원 홈페이지. <https://www.kyci.or.kr/userSite/cooperation/list.asp?basicNum=1>에서 2021년 5월 31일 인출.

한국청소년재단, 코리아픽스 (2020). **청소년, 포스트 코로나 시대를 말하다**. ‘UN 세계청소년의 날’ 청소년 삶의 질 향상을 위한 토론회 자료집.

- 한국청소년정책연구원(2017a). **한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 제1-7차 조사 코드북: 제7회 한국아동·청소년패널학술대회용**. <https://www.nypi.re.kr/archive/mps>에서 2021년 3월 31일 인출.
- 한국청소년정책연구원(2017b). **한국아동·청소년패널조사(KCYPS) 초4 패널 제 1-7차 조사표**. <https://www.nypi.re.kr/archive/mps>에서 2021년 3월 31일 인출.
- 허효연 (2000). **청소년이 지각한 부모 양육행동 척도개발연구**. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

- Adams, G. R., Gullotta, T., & Ramos, J. M. (2005). *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. New York: Springer.
- Alderman, E. M., & Breuner, C. C. (2019). Unique needs of the adolescent. *Pediatrics*, 144(6), e20193150. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3150>
- Allen, N., & Sheeber, L. (2008). The importance of affective development for the emergence of depressive disorders during adolescence. In N. Allen & L. Sheeber (Eds.), *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* (pp. 1-10). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ambler, G. (2013). Normal physical development and growth at puberty. In K. Steinbeck & M. Kohn (Eds.), *A clinical handbook in adolescent medicine* (pp. 1-13). Hackensack, New Jersey: World Scientific Publishing.
- Anderson, S. E., Dallal, G. E., & Must, A. (2003). Relative weight and race influence average age at menarche: Results from two nationally representative surveys of US girls studied 25 years apart. *Pediatrics*, 111(4), 844-850. <https://doi.org/10.1542/peds.111.4.844>

- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American psychologist*, 54(5), 317-326. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
- Arseth, A. K., Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2009). Meta-analytic studies of identity status and the relational issues of attachment and intimacy. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 9(1), 1-32. <https://doi.org/10.1080/15283480802579532>
- Bailen, N. H., Green, L. M., & Thompson, R. J. (2019). Understanding emotion in adolescents: A review of emotional frequency, intensity, instability, and clarity. *Emotion Review*, 11(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/1754073918768878>
- Beardslee, W. R., Chien, P. L., & Bell, C. C. (2011). Prevention of mental disorders, substance abuse and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services*, 62, 247-254. <https://doi:10.1176/appi.ps.62.3.247>
- Belsky, J., Steinberg, L., Houts, R. M., & Halpern-Felsher, B. L. (2010). The development of reproductive strategy in females: Early maternal harshness → earlier menarche → increased sexual risk taking. *Developmental Psychology*, 46(1), 120-128. <https://doi.org/10.1037/a0015549>
- Benoit, A., Lacourse, E., & Claes, M. (2013). Pubertal timing and depressive symptoms in late adolescence: The moderating role of individual, peer, and parental factors. *Development and Psychopathology*, 25(2), 455-471. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001174>
- Benthin, A., Slovic, P., Moran, P., Severson, H., Mertz, C. K., & Gerrard, M. (1995). Adolescent health-threatening and health-enhancing behaviors: A study of word association and imagery. *Journal of Adolescent Health*, 17(3), 143-152. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00111-5](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00111-5)

- Berzonsky, M. D. (2011). A social-cognitive perspective on identity construction. In S. J. Schwartz, K. Luyckz, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 55-76). New York: Springer.
- Berzonsky, M. D., Ciecuch, J., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.007>
- Best, C., & Fortenberry, J. D. (2013). Adolescent sexuality and sexual behavior. In W. T. O'Donohue, L. T. Benuto, & L. Woodward Tolle (Eds.), *Handbook of adolescent health psychology* (pp. 271-291). New York: Springer.
- Bonacich, P. (1987). Power and centrality: A family of measures. *American journal of sociology*, 92(5), 1170-1182.
- Borgatti, S. P., & Everett, M. G. (1997). Network analysis of 2-mode data. *Social networks*, 19(3), 243-269.
- Buchanan, C. M., & Holmbeck, G. N. (1998). Measuring beliefs about adolescent personality and behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(5), 607-627.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S., Flanagan, C., Midgley, C., Feldlaufer, H., & Harold, R. D. (1990). Parents' and teachers' beliefs about adolescents: Effects of sex and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(4), 363-394.
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (1995). The cognitive and affective influences on adolescent decision-making. *Temple Law Review*, 68, 1763-1789.

- Christakou, A., Murphy, C. M., Chantiluke, K., Cubillo, A. I., Smith, A. B., Giampietro, V., Daly, E., Ecker, C., Robertson, D., Murphy, D. G., & Rubia, K. (2013). Disorder-specific functional abnormalities during sustained attention in youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and with autism. *Molecular Psychiatry*, 18(2), 236-244. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.185>
- Copeland, W., Shanahan, L., Miller, S., Costello, E. J., Angold, A., & Maughan, B. (2010). Do the negative effects of early pubertal timing on adolescent girls continue into young adulthood?. *The American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1218-1225. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081190>
- Crocetti, E., Erentaitė, R., & Žukauskienė, R. (2014). Identity styles, positive youth development, and civic engagement in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(11), 1818-1828. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0100-4>
- Dahl, R. E. (2001). Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. *CNS Spectrums*, 6(1), 60-72. <https://doi.org/10.1017/S1092852900022884>
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554(7693), 441-450. doi:10.1038/nature25770
- Diamond, L. M., Bonner, S. B., & Dickenson, J. (2015). The development of sexuality. In M. E. Lamb (Ed.), *Handbook of child psychology and developmental science: Vol. 3 Socioemotional processes* (7th ed., pp. 888-931). Hoboken, New Jersey: Wiley
- Donald, M. (2001). *A mind so rare: The evolution of human consciousness*. New York: W. W. Norton & Company.

- DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., & George, G. R. (1999). Profiles of self-esteem in early adolescence: Identification and investigation of adaptive correlates. *American Journal of Community Psychology*, 27(6), 899-932. <https://doi.org/10.1023/A:1022218810963>
- Elkind, D. (1985). Egocentrism redux. *Developmental Review*, 5, 218-226. [http://lps3.doi.org/10.1016/0273-2297\(85\)90010-3](http://lps3.doi.org/10.1016/0273-2297(85)90010-3)
- Elkind, D. (1994). *A sympathetic understanding of the child: Birth to sixteen* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. <https://doi.org/10.1037/a0024299>
- Figner, B., Mackinlay, R. J., Wilkening, F., & Weber, E. U. (2009). Affective and deliberative processes in risky choice: Age differences in risk taking in the Columbia Card Task. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 35(3), 709-730. <https://doi.org/10.1037/a0014983>
- Freeman, L. C. (1977). A set of measures of centrality based on betweenness. *Sociometry*, 35-41.
- Frisch, R. E., & McArthur, J. W. (1974). Menstrual cycles: Fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. *Science*, 185, 548-556. <https://doi:10.1126/science.185.4155.949>

- Frost, A., Hoyt, L. T., Chung, A. L., & Adam, E. K. (2015). Daily life with depressive symptoms: Gender differences in adolescents' everyday emotional experiences. *Journal of Adolescence*, 43, 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.06.001>
- Galanaki, E. P., & Christopoulos, A. (2011). The imaginary audience and the personal fable in relation to the separation-individuation process during adolescence. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 18(1), 85-103. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23710
- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 718-726. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120022.14101.11>
- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L. H., Rubin, D. L., & Hale, L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: The contributions of egocentrism and sensation-seeking. *Journal of Adolescence*, 23(4), 439-461. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0330>
- Greydanus, D. E., Omar, H., & Pratt, H. D. (2010). The adolescent female athlete: Current concepts and conundrums. *Pediatric Clinics*, 57(3), 697-718. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2010.02.005>
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849. <https://doi.org/10.1037/a0029429>
- Gullotta, T. P., Adams, G. R., & Markstrom, C. A. (1999). *The adolescent experience*. San Diego: Academic Press.

- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: D. Appleton & Company.
- Ho, T. C., Yang, G., Wu, J., Cassey, P., Brown, S. D., Hoang, N., Chan, M., Connolly, C. G., Henje-Blom, E., Duncan, L. G., Chesney, M. A., Paulus, M. P., Max, J. E., Patel, R., Simmons, A. N., & Yang, T. T. (2014). Functional connectivity of negative emotional processing in adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 155, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.025>
- Hollenstein, T., & Loughheed, J. P. (2013). Beyond storm and stress: Typicality, transactions, timing, and temperament to account for adolescent change. *American Psychologist*, 68(6), 444-454. <https://doi.org/10.1037/a0033586>
- Impett, E. A., Sorsoli, L., Schooler, D., Henson, J. M., & Tolman, D. L. (2008). Girls' relationship authenticity and self-esteem across adolescence. *Developmental Psychology*, 44(3), 722-733. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.722>
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence: An essay on the construction of formal operational structures*. New York: Basic Books.
- Jahanfar, S., Lye, M. S., & Krishnarajah, I. S. (2013). Genetic and environmental effects on age at menarche, and its relationship with reproductive health in twins. *Indian Journal of Human Genetics*, 19(2), 245-250. <https://doi.org/10.4103/0971-6866.116127>
- Jahanshahi, A. A., Dinani, M. M., Madavani, A. N., Li, J., & Zhang, S. X. (2020). The distress of Iranian adults during the Covid-19 pandemic—More distressed than the Chinese and with different predictors. *Brain, behavior, and immunity*.

- James, J., Ellis, B. J., Schlomer, G. L., & Garber, J. (2012). Sex-specific pathways to early puberty, sexual debut, and sexual risk taking: Tests of an integrated evolutionary-developmental model. *Developmental Psychology*, 48(3), 687-702. <https://doi.org/10.1037/a0026427>
- Keating, D. P. (2004). Cognitive and brain development. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 45-84). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Kim, S.H., Park, K., Yoon, S., Choi, Y., Lee, S. H., & Choi, K. H. (2021). A Brief Online and Offline (Paper-and-Pencil) Screening Tool for Generalized Anxiety Disorder: The Final Phase in the Development and Validation of the Mental Health Screening Tool for Anxiety Disorders (MHS: A). *Frontiers in Psychology*, 12, 418.
- Klimes-Dougan, B., Pearson, T. E., Jappe, L., Mathieson, L., Simard, M. R., Hastings, P., & Zahn-Waxler, C. (2014). Adolescent emotion socialization: A longitudinal study of friends' responses to negative emotions. *Social Development*, 23, 395-412. <http://doi:10.1111/sode.12045>
- Klonsky E. D., Muehlenkamp J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. <http://lps3.doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Kroger, J. (2012). The status of identity: Developments in identity status research. In P. K. Kerig, M. S. Schulz, & S. T. Hauser (Eds.), *Adolescence and beyond: Family processes and development* (pp. 64-83). New York: Oxford University Press.
- Larson, R. W., & Richards, M. H. (1994). Family emotions: Do young adolescents and their parents experience the same states?. *Journal of Research on Adolescence*, 4(4), 567-583.

- Larson, R., & Asmussen, L. (1991). Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions. In M. E. Colton & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 21-41). New York: Aldine de Gruyter.
- Larson, R., & Lampman-Petratis, C. (1989). Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Development*, 60(5), 1250-1260. <https://doi.org/10.2307/1130798>
- Latora, V., & Marchiori, M. (2007). A measure of centrality based on network efficiency. *New Journal of Physics*, 9(6), 188.
- Laursen, B., Coy, K. C., & Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*, 69(3), 817-832. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06245.x>
- Loewenstein, G., & Lerner, J. S. (2003). The role of affect in decision making. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Series in affective science. Handbook of affective sciences* (pp. 619-642). Oxford: Oxford University Press.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). New York: Wiley.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept (Self Description Questionnaire II) and adolescent mental health (Youth Self-Report). *Psychological Assessment*, 16(1), 27-41. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.27>
- McKinney, C., Donnelly, R., & Renk, K. (2008). Perceived parenting, positive and negative perceptions of parents, and late adolescent

- emotional adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 66-73. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00452.x>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2012). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008-1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Meininger, J. C., Liehr, P., Chan, W., Smith, G., & Mueller, W. H. (2004). Developmental, gender, and ethnic group differences in moods and ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(1), 10-19. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2801_3
- Mendle, J., Harden, K. P., Brooks-Gunn, J., & Graber, J. A. (2010). Development's tortoise and hare: Pubertal timing, pubertal tempo, and depressive symptoms in boys and girls. *Developmental Psychology*, 46(5), 1341-1353. <https://doi.org/10.1037/a0020205>
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review*, 27(2), 151-171. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.11.001>
- Newman, M. E. J. (2010). *Networks : an introduction*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Nieminen, J. (1974). On the centrality in a graph. *Scandinavian journal of psychology*, 15(1), 332-336.
- Nock, M.K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83. <http://lps3.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

- Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1003-1014. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00001>
- Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty?. *Psychological Bulletin*, 110(1), 47-66.
- Parent, A. S., Teilmann, G., Juul, A., Skakkebaek, N. E., Toppari, J., & Bourguignon, J. P. (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: Variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Reviews*, 24(5), 668-693. <https://doi.org/10.1210/er.2002-0019>
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.155>
- Peterson, G., & Bush, K. (2003). "Parenting, Adolescence." pp. 780-788 in Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion, edited by Thomas P. Gullotta, Martin Bloom, Jonathan Kotch, Craig Blakely, Lynne Bond, Gerald Adams, Colette Browne, Waldo Klein, and Jessica Ramos. Boston: Springer.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Rogol, A. D., Roemmich, J. N., & Clark, P. A. (2002). Growth at puberty. *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 192-200. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00485-8](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00485-8)

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rowe, R., Maughan, B., Worthman, C. M., Costello, E. J., & Angold, A. (2004). Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: Pubertal development and biosocial interaction. *Biological Psychiatry*, 55(5), 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.10.010>
- Skinner, E., Johnson, S., Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: a motivational model. *Parenting: Science and Practice*, 5(2), 175-235.
- Sobesky, W. E. (1983). The effects of situational factors on moral judgments. *Child Development*, 54(3), 575-584. <https://doi.org/10.2307/1130044>
- Steinberg, L. (1990). Interdependency in the family: Autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. In S. Feldman and G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Styne, D. M. (2004). Puberty, obesity and ethnicity. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 15(10), 472-478. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2004.10.008>
- Thompson, R.A. (1991) Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307. <http://lps3.doi.org/10.1007/BF01319934>
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381-390. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>

- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Verma, S., & Larson, R. (1999). Are adolescents more emotional? A study of the daily emotions of middle class Indian Adolescents. *Psychology and Developing Societies*, 11(2), 179-194. <https://doi.org/10.1177/097133369901100204>
- Wainryb, C., Shaw, L. A., Laupa, M., & Smith, K. R. (2001). Children's, adolescents', and young adults' thinking about different types of disagreements. *Developmental Psychology*, 37(3), 373-386. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.373>
- Yang, T. T., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Tapert, S. F., Frank, G. K., Max, J. E., Bischoff-Grethe, A., Lansing, A. E., Brown, G., Strigo, I. A., Wu, J., & Paulus, M. P. (2010). Adolescents with major depression demonstrate increased amygdala activation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.09.004>
- Yoon, S., Park, K., & Choi, K. H. (2020). The Ultra Brief Checklist for Suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 276, 279-286.

○ — 부 록

- 1. 표본 설계
- 2. 청소년 정신건강 실태조사
설문지

부 록

1. 표본 설계

1) 학생 청소년⁷³⁾

(1) 모집단 분석

1. 모집단

본 조사의 모집단은 조사 시점 기준 전국 초등학교 4~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~3학년에 재학 중인 학생이다.

2. 모집단 분석

2020년 10월 교육통계 DB를 기준으로 집계된 17개 광역 시도의 학교급별, 학년별, 그리고 성별 학생 수는 [표III-1~4]와 같다. 전체 조사대상 학생 수는 3,987,316명이며 학교급별 학생 수는 초등학교 1,340,947명(33.6%), 중학교 1,315,481명(33.0%), 고등학교 1,330,888명(33.4%)이다.

고등학교의 경우 고교유형과 학제를 기준으로 2개의 유형으로 구분하였으며, 고등학교의 유형 구분은 다음과 같다.

73) 학생 청소년에 관한 표본 설계는 한국청소년정책연구원의 2021년 아동·청소년 통합조사를 위탁 수행한 한국리서치로부터 표본 설계를 의뢰받은 강현철 교수(호서대학교)가 작성한 내용임.

- 유형 1(인문계고): 일반고 중 일반고등학교, 자율고 중 일반고등학교, 특수목적고 중 과학, 국제, 외국어고등학교
- 유형 2(자연계고): 가사, 공업, 농림업, 상업, 수산, 실업, 예술, 체육, 해양, 종합고등학교, 특성화고 중 대안, 일반고등학교

부록-1 초등학교, 중학교 지역×학년별 학생 수, 학교 수

구분	학생 수						학교 수					
	초등학교			중학교			초등학교			중학교		
	4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년
서울	69,125	65,809	70,400	73,292	67,771	65,599	602	602	602	386	386	386
경기	129,026	122,105	127,031	131,630	119,381	112,084	1,304	1,301	1,303	639	639	638
인천	26,377	25,240	26,099	27,647	24,767	23,860	252	255	254	136	136	135
강원	12,661	12,201	12,478	13,424	12,113	12,300	333	330	342	163	160	162
충북	14,645	13,790	14,211	14,947	13,449	13,093	257	259	257	126	127	127
충남	20,327	19,334	20,014	20,699	18,822	17,979	409	409	409	184	184	184
대전	13,448	12,821	13,727	14,503	13,288	12,891	148	148	148	88	88	88
세종	4,975	4,708	4,806	4,591	4,147	3,672	50	50	50	25	25	25
경북	21,505	20,606	21,377	22,353	20,277	19,868	442	451	455	259	259	257
경남	32,389	30,577	31,905	33,299	29,574	28,355	492	501	499	264	262	261
부산	26,007	23,920	25,231	26,409	23,923	23,426	304	304	304	169	170	170
대구	20,763	19,551	20,717	22,161	20,092	20,220	230	230	230	124	124	124
울산	11,340	10,739	11,088	11,618	10,264	9,849	120	121	121	64	63	63
전북	16,393	15,471	16,208	17,394	15,772	15,770	403	399	412	208	208	208
전남	15,812	15,022	15,489	16,456	15,017	14,552	425	420	424	249	247	248
광주	14,736	14,081	14,543	15,543	14,153	13,701	154	154	154	91	90	90
제주	6,890	6,598	6,631	6,965	6,402	6,119	112	113	112	45	45	45
합계	456,419	432,573	451,955	472,931	429,212	413,338	6,037	6,047	6,076	3,220	3,213	3,211

부록-2 고등학교 지역×학년별 학생 수, 학교 수

구분	학생 수						학교 수					
	유형 1(인문계고)			유형 2(자연계고)			유형 1(인문계고)			유형 2(자연계고)		
	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
서울	59,737	60,432	58,811	14,591	14,873	14,902	239	239	239	81	81	81
경기	97,272	96,801	91,640	20,768	20,913	21,335	365	360	359	115	115	115
인천	19,782	20,041	18,737	5,303	5,281	5,393	92	93	92	32	32	32
강원	9,623	9,649	9,733	3,484	3,521	3,649	78	78	78	38	38	38
충북	10,035	9,880	9,786	3,846	3,822	3,977	53	55	55	29	29	29
충남	15,153	14,932	14,585	4,359	4,224	4,184	78	78	78	39	39	39
대전	11,666	11,714	11,241	2,464	2,485	2,683	48	48	48	14	14	14
세종	3,420	3,280	2,811	310	168	182	17	16	15	3	2	3
경북	17,278	17,581	17,320	4,690	4,830	4,706	129	128	128	56	56	56
경남	25,668	25,642	25,040	4,041	4,141	4,158	151	151	151	39	39	39
부산	18,630	19,501	19,041	6,404	6,425	6,220	102	102	102	39	40	40
대구	16,177	17,624	17,049	4,985	4,830	4,732	71	71	71	22	22	22
울산	8,267	8,773	8,016	2,024	1,977	2,245	44	44	44	13	13	13
전북	13,961	14,267	14,292	3,207	3,307	3,565	99	99	99	34	34	34
전남	11,344	11,819	11,796	4,574	4,588	4,668	88	87	87	56	55	55
광주	12,174	12,718	12,201	2,606	2,823	2,889	52	51	51	16	16	16
제주	4,629	4,829	4,470	1,509	1,565	1,594	21	21	21	9	9	9
합계	354,816	359,483	346,569	89,165	89,773	91,082	1,727	1,721	1,718	635	634	635

부록-3 초등학교, 중학교 지역×학년별×성별 학생 수

구분	초등학교						중학교					
	남학생 수			여학생 수			남학생 수			여학생 수		
	4학년	5학년	6학년	4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
서울	35,513	33,647	36,360	33,612	32,162	34,040	38,012	35,357	34,331	35,280	32,414	31,268
경기	66,314	62,721	65,118	62,712	59,384	61,913	67,339	61,305	57,589	64,291	58,076	54,495
인천	13,556	13,011	13,244	12,821	12,229	12,855	14,121	12,868	12,327	13,526	11,899	11,533
강원	6,534	6,245	6,402	6,127	5,956	6,076	7,028	6,319	6,419	6,396	5,794	5,881
충북	7,604	7,185	7,421	7,041	6,605	6,790	7,698	6,885	6,817	7,249	6,564	6,276
충남	10,566	10,006	10,300	9,761	9,328	9,714	10,791	9,763	9,258	9,908	9,059	8,721
대전	6,954	6,595	7,076	6,494	6,226	6,651	7,409	6,843	6,751	7,094	6,445	6,140
세종	2,542	2,405	2,384	2,433	2,303	2,422	2,245	2,116	1,816	2,346	2,031	1,856
경북	11,118	10,753	11,154	10,387	9,853	10,223	11,618	10,679	10,411	10,735	9,598	9,457
경남	16,844	15,837	16,452	15,545	14,740	15,453	17,198	15,382	14,808	16,101	14,192	13,547
부산	13,393	12,365	12,945	12,614	11,555	12,286	13,575	12,341	12,207	12,834	11,582	11,219
대구	10,756	10,127	10,749	10,007	9,424	9,968	11,321	10,474	10,624	10,840	9,618	9,596
울산	5,915	5,625	5,763	5,425	5,114	5,325	5,985	5,340	5,196	5,633	4,924	4,653
전북	8,441	7,950	8,436	7,952	7,521	7,772	8,953	8,143	8,295	8,441	7,629	7,475
전남	8,225	7,655	8,025	7,587	7,367	7,464	8,455	7,716	7,483	8,001	7,301	7,069
광주	7,584	7,303	7,461	7,152	6,778	7,082	8,126	7,336	7,083	7,417	6,817	6,618
제주	3,558	3,419	3,415	3,332	3,179	3,216	3,576	3,340	3,241	3,389	3,062	2,878
합계	235,417	222,849	232,705	221,002	209,724	219,250	243,450	222,207	214,656	229,481	207,005	198,682

부록-4 고등학교 지역×학년별×성별 학생 수

구분	유형 1(인문계고)						유형 2(자연계고)					
	남학생 수			여학생 수			남학생 수			여학생 수		
	4학년	5학년	6학년	4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
서울	31,383	31,864	30,939	28,354	28,568	27,872	6,615	6,783	6,803	7,976	8,090	8,099
경기	49,623	49,766	47,342	47,649	47,035	44,298	10,964	11,218	11,520	9,804	9,695	9,815
인천	10,226	10,246	9,753	9,556	9,795	8,984	2,782	2,804	2,824	2,521	2,477	2,569
강원	4,957	4,935	4,972	4,666	4,714	4,761	1,939	1,961	2,127	1,545	1,560	1,522
충북	5,088	5,064	4,954	4,947	4,816	4,832	2,230	2,149	2,287	1,616	1,673	1,690
충남	7,755	7,676	7,573	7,398	7,256	7,012	2,494	2,476	2,541	1,865	1,748	1,643
대전	6,059	6,082	5,872	5,607	5,632	5,369	1,371	1,378	1,524	1,093	1,107	1,159
세종	1,706	1,619	1,367	1,714	1,661	1,444	136	97	120	174	71	62
경북	8,681	8,873	8,686	8,597	8,708	8,634	3,142	3,205	3,177	1,548	1,625	1,529
경남	13,104	13,089	12,695	12,564	12,553	12,345	2,629	2,670	2,746	1,412	1,471	1,412
부산	9,330	9,784	9,628	9,300	9,717	9,413	3,811	3,880	3,763	2,593	2,545	2,457
대구	8,042	8,851	8,727	8,135	8,773	8,322	3,043	3,023	2,990	1,942	1,807	1,742
울산	4,189	4,536	4,111	4,078	4,237	3,905	1,273	1,236	1,349	751	741	896
전북	6,904	7,114	7,254	7,057	7,153	7,038	2,058	2,113	2,338	1,149	1,194	1,227
전남	5,706	5,960	5,847	5,638	5,859	5,949	2,625	2,584	2,782	1,949	2,004	1,886
광주	6,264	6,542	6,307	5,910	6,176	5,894	1,433	1,625	1,619	1,173	1,198	1,270
제주	2,387	2,481	2,358	2,242	2,348	2,112	865	898	915	644	667	679
합계	181,404	184,482	178,385	173,412	175,001	168,184	49,410	50,100	51,425	39,755	39,673	39,657

(2) 표본 설계

1. 표본크기

표본크기는 표본추출 방법과 모집단의 특성 및 층화 방법 등의 영향을 받지만, 단순 임의추출의 상황에서 통계분석 단위별로 평균 추정치의 목표 오차 d 를 어느 정도의 수준으로 통제할 것인가에 따라서 아래 식으로 계산할 수 있다.

$$n = \frac{N(zs)^2}{Nd^2 + (zs)^2}$$

여기에서 N 은 모집단의 크기이고, s 는 관심 변수의 표준편차이며, z 은 신뢰계수이다(신뢰수준 95% 하에서 $z = 1.96$ 이다).

조사내용이 비율이면 모비율 추정에 대한 표본크기는 아래 식으로 계산할 수 있다.

$$n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq}$$

여기에서 p 는 비율의 값이며 $q = 1 - p$ 이다. 본 연구에서는 1차 표본추출 단위가 학교이고 추출된 학교에서 표본학급을 선정하여 해당 학급의 모든 학생을 조사하는 일종의 층화집락추출방법을 사용할 것이므로, 목표 오차를 실제로 d 이하로 통제하기 위해서는 위에서 산출한 값보다 표본크기를 더 크게 정하는 것이 바람직하다. 또한 조사에 따른 소요 비용과 조사 기간 등을 고려하여 표본크기를 결정하는 방법이 현실적으로 적용되기도 한다.

부록-5 교급별 표본규모 및 예상 표본오차

구분	모집단 크기	표본규모		표본오차*
		학생 수	학교 수	
초등학교	1,340,947	2,000	81	2.2%p
중학교	1,315,481	2,000	75	2.2%p
고등학교	1,330,888	2,000	81	2.2%p
전체	3,987,316	6,000		1.3%p

* 단순임의추출 가정하에서 계산됨

본 연구의 전체 목표 표본크기(학생 청소년 기준)는 조사의 비용 및 시간을 고려하여 6,000명(초등학교: 2,000명, 중학교: 2,000명, 고등학교: 2,000명)으로 결정되었다. 이때 모비율의 추정에서 예상되는 표본오차는 단순임의추출을 가정하는 경우 95% 신뢰수준 하에서 약 $\pm 1.3\%P$ 이다. 또한 초등학교, 중학교, 고등학교 각 교급별 표본오차는 약 $\pm 2.2\%P$ 이다. 층화집락추출 상황에서의 실제 표본오차는 이보다 조금 더 크게 되겠지만 일반적인 기준에서 볼 때 충분히 허용할만한 수준이다.

2. 층화

조사내용의 특성과 모집단의 대표성을 높이기 위해 조사 모집단을 2020년 10월 교육통계 DB 기준의 전국 초등학생, 중학생, 고등학생 현황을 기초로 지역 구분과 학교 구분을 층화 변수로 고려한다. 즉, 층화 변수의 내용은 다음과 같다.

- 지역구분: 권역 (5개)
- 학교구분: 초등학교, 중학교, 고등학교 유형 1, 유형 2 (4개)
- 학년 (3개)

3. 표본 배분

본 조사의 1차 추출단위는 학급(학교)이고 2차 추출단위는 학생이다. 본 조사에서는 다음과 같은 원칙에 따라 학교 수와 표본크기를 결정하는 변형비례 배분을 적용하였다.

- 학년별로 지역구분×학교급 각 층에 최소한 한 개 이상의 학교가 할당되도록 한다.
- 학년별로 층별 모집단 크기에 비례하도록 학교 수를 할당하되 교급별로 조사될 예상 학생 수가 2,000명(전체 6,000명)을 넘도록 한다.

조사 모집단의 전국 학급당 평균 학생 수는 대략 초등학교 25명, 중학교 27명, 고등학교 25명이다. 따라서 지역구분×학교급별 모집단 크기에 비례하도록 표본크기를 배분하되, 위의 원칙과 상황을 고려하여 보완함으로써 층별 조사 학교 수를 결정하였다.

부록-6 단순비례배분에 의한 표본크기 할당: 학생 수

구분	초등학교	중학교	고등학교	
			인문계고	자연계고
서울	306	314	269	67
경기/인천	680	668	517	119
강원/충청	290	289	222	65
경상	489	489	393	100
전라/제주	235	240	193	55
합계	2,000	2,000	1,594	406

* 총계: 6,000명

부록-7 학교급×지역구분별 표본 학교 수

구분	초등학교	중학교	고등학교	
			인문계고	자연계고
서울	12(4)	12(4)	12(4)	3(1)
경기/인천	27(9)	24(8)	18(6)	6(2)
강원/충청	12(4)	12(4)	9(3)	3(1)
경상	21(7)	18(6)	15(5)	3(1)
전라/제주	9(3)	9(3)	9(3)	3(1)
합계	81(27)	75(25)	63(21)	18(6)

* () 안의 수치는 학년별 학교 수임. 총계: 237(79)개

4. 표본추출

각 학교구분과 지역구분별로 할당된 표본학교의 추출은 앞서 위의 표본 배분 결과를 이용하여 확률비례추출법으로 선정한다. 부연하면, 학년별로 지역구분 × 학교급 = 20개 층 내에서 조사대상 학생 수를 기준으로 표본학교를 확률비례추출 하되, 학년별 학급수가 2개 이상인 학교가 추출되도록 조정한다. 또한 학급당 평균 학생 수가 20명 이상인 학교가 추출되도록 한다. 그리고 선정된 표본학교 내에서 학년별 1개의 표본학급을 무작위로 선정하고, 그 학급의 모든 학생을 조사한다.

추출된 학교 층의 조사 협조 거절로 조사할 수 없으면, 같은 층 내의 학교 리스트에서 무작위로 대체한다. 또한 사전 학교 섭외과정에서 우열반, 특수반 등 특별편성이 되어 있는 학급은 제외하며, 지역별 성별 구성 비율도 고려하여 최종 조사될 학교 및 학급을 선정한다.

5. 성별 사후 층화

본 연구에서는 학교 및 학급을 추출하여 조사하는 방식이기 때문에 조사 시에는 성별 비율을 맞추기가 어렵다. 즉, 성별은 매우 중요한 변수이지만 표본 설계 및

표본추출 시 성별을 고려하기가 어렵게 된다. 따라서 성별 분포가 모집단 분포와 다르게 조사될 가능성이 있으므로, 사후 층화 가중치를 통해 표본에서의 성별 분포의 편향을 조정하고자 한다.

(3) 가중치와 모수추정

1. 가중치

본 조사의 표본추출은 일종의 층화집락추출법이라 할 수 있으며 학교구분과 지역구분을 층으로 간주할 수 있다. 각 층에서 일차 추출단위인 학교는 학생 수를 기준으로 확률비례추출법으로 선정하고 추출된 표본학교에서는 학급을 랜덤하게 선정한 후에 학생을 조사하므로 추출된 표본학교에서 학생을 랜덤하게 선정하여 조사하는 이단집락추출법으로 생각할 수 있으므로 표본추출률을 아래 식으로 나타낼 수 있다.

$$f_{hij} = n_h \frac{B_{hi}}{\sum_{i=1}^{N_h} B_{hi}} \cdot \frac{n_{hi}}{B_{hi}} = n_h \frac{n_{hi}}{\sum_{i=1}^{N_h} B_{hi}}$$

여기에서 N_h 는 h 층에 속한 전체 학교의 수이고, n_h 는 h 층의 표본 학교 수이며, B_{hi} 는 h 층에서 i 번째 학교의 학생 수를 나타내고, n_{hi} 는 추출된 표본학교에서 조사에 착수한 학생 수를 나타낸다.

표본추출률에 대한 가중치(설계 가중치)는 추출률의 역수이므로 아래와 같은 식으로 표현할 수 있다.

$$W_{hij} = \frac{\sum_{i=1}^{N_h} B_{hi}}{n_h n_{hi}}$$

그리고 최초 표본 단위가 단위 무응답일 때 이를 보정하기 위하여 최초 목표 표본크기(n_{hi})를 유효 표본크기(r_{hi})로 나누어 조정하였다. 즉, 기본 가중치는 설계 가중치와 무응답 조정 가중치를 곱하여 다음과 같이 계산된다.

$$W_{hij}^a = \frac{\sum_{i=1}^{N_h} B_{hi}}{n_h n_{hi}} \times \frac{n_{hi}}{r_{hi}} = \frac{\sum_{i=1}^{N_h} B_{hi}}{n_h r_{hi}}$$

여기에서 r_{hi} 는 추출된 표본학교에서 조사가 완료된 학생 수를 나타낸다.

또한 각 세부 층의 성별($k=1,2$) 모집단 크기를 반영하여 사후 층화 가중치를 산출한다. 즉, 사후 층화 가중치는 다음과 같이 계산된다.

$$W_{h(k)j}^b = \frac{N_{h(k)}}{\sum_{l=1}^{n_{h(k)}} W_{h(k)j}^a}$$

여기에서 $N_{h(1)}$ 과 $N_{h(2)}$ 는 각 세부 층에 속한 남학생과 여학생의 모집단 크기이고, $\sum W_{h(k)j}^a$ 는 각 세부 층의 성별 기본 가중치의 합계이다.

최종 가중치는 기본 가중치와 사후 층화 가중치를 곱하여 다음과 같이 산출한다.

$$W_{h(k)ij}^f = W_{hij}^a \times W_{h(k)j}^b$$

2. 모수추정

① 용어 정의

- Y_{hij} : 관측치 (각 조사항목에 대한 응답)
 - h : 층의 번호 ($h = 1, 2, \dots, H$). 학교구분 $\times$ 지역구분에 따른 번호.
 - i : 각 층 내에서의 집락(학교)의 번호 ($i = 1, 2, \dots, n_h$).
 - j : 각 집락 내의 학생의 번호 ($j = 1, 2, \dots, m_{hi}$).
 - m_{hi} : h 번째 층의 i 번째 집락으로부터 추출된 학생 수.
- w_{hij} : 표본 가중치
 - h 번째 층, i 번째 집락, j 번째 학생에 대한 표본 가중치
- $n = \sum_{h=1}^H \sum_{i=1}^{n_h} m_{hi}$: 전체 표본크기.

② 모평균에 대한 추정

- 관찰값 Y_{hij} 가 수치형(numerical) 변수인 경우, 모평균에 대한 추정치는 다음과 같이 표본 가중치를 고려한 가중평균(Ratio estimator)으로 계산됨.
- $\bar{Y} = \left(\sum_{h=1}^H \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} w_{hij} Y_{hij} \right) / w...$: 모평균에 대한 추정치
 - $w... = \sum_{h=1}^H \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} w_{hij}$: 표본 가중치의 합계

③ 모비율에 대한 추정

- 관찰값 Y_{hij} 가 범주형(categorical) 변수인 경우, 각 범주 c_k 에 대하여 먼저 다음과 같이 지시변수(indicator variable)를 생성함.

- $Y_{hij}^{(c_k)} = I(Y_{hij} = c_k) = \begin{cases} 1, & \text{if } Y_{hij} = c_k \\ 0, & \text{otherwise} \end{cases}$
 - c_k : Y_{hij} 가 가질 수 있는 범주의 값 ($k = 1, \dots, l$)
- 이러한 지시변수 $Y_{hij}^{(c_k)}$ 로부터 모평균의 경우와 동일하게 가중평균을 계산하여 범주 c_k 의 모비율에 대한 추정치를 계산함

④ 분산의 추정

- $\hat{V}(\bar{Y}) = \sum_{h=1}^H \hat{V}_h(\bar{Y})$: 분산의 추정치
- N_h : 층 h 의 총 집락의 수
- f_h : h 번째 층의 표본추출률, n_h/N_h .
- $n_n > 1$ 일 때,

$$\hat{V}_h(\bar{Y}) = \frac{n_h(1-f_h)}{n_h-1} \sum_{i=1}^{n_h} (e_{hi\cdot} - \bar{e}_{h\cdot\cdot})^2$$

$$e_{hi\cdot} = \left(\sum_{j=1}^{m_{hi}} w_{hij} (Y_{hij} - \bar{Y}) \right) / w_{\dots}$$

$$\bar{e}_{h\cdot\cdot} = \left(\sum_{i=1}^{n_h} e_{hi\cdot} \right) / n_h$$

- $n_n = 1$ 일 때,

$$\hat{V}_h(\bar{Y}) = \begin{cases} \text{missing, if } n_{h'} = 1 \text{ for } h' = 1, 2, \dots, H \\ 0, & \text{if } n_{h'} > 0 \text{ for some } 1 \leq h' \leq H \end{cases}$$

⑤ 표준오차, 오차한계(표본오차)의 추정

- $\text{StdErr}(\bar{Y}) = \sqrt{\hat{V}(\bar{Y})}$: 표준오차의 추정치
- $z_{\alpha/2} \times \text{StdErr}(\bar{Y})$: 오차한계(표본오차)의 추정치, 95% 신뢰수준의 경우($\alpha=.05$) $z_{\alpha/2}=1.96$ 임.

2.2) 학교 밖 청소년⁷⁴⁾

(1) 모집단 분석

학교 밖 청소년의 표본 설계를 위해서는 모집단, 즉 전국 학교 밖 청소년의 연령별, 지역별, 성별 규모 등을 추정할 수 있는 통계가 필요하지만, 실제 이러한 자료는 존재하지 않는다. 이러한 모집단 파악의 제약으로 인해 우리는 대표적인 학교 밖 청소년 지원 기관인 꿈드림 센터를 이용하는 학교 밖 청소년을 조사 모집단으로 같음하였다. 현재 총 220개의 꿈드림 센터가 전국에서 운영 중이며 표본 설계는 2020년 한 해 동안 집계된 학교 밖 청소년의 센터 이용 실태⁷⁵⁾를 토대로 이루어졌다. 물론, 분기별, 지역별로 시설을 이용하는 학교 밖 청소년의 규모가 다르며 또한 매해 시설을 이용하는 학교 밖 청소년의 규모 또한 달라진다는 점에서(특히 COVID-19 사태로 인해 이용자 집계 통계가 이전과 비교해 크게 달라짐) 꿈드림 센터의 자료에 기초한 표본 설계는 모집단을 안정적으로 추정할 수 없다는 근본적 한계를 안고 있다. 그럼에도 불구하고 우리는 학교 밖 청소년의 분포를 정확하게 파악할 수 있는 대체 자료가 없다는 점을 고려해 이러한 방법으로 학교 밖 청소년에 대한 조사를 설계하였다.

(2) 표본 설계

앞서 언급하였듯이 총 700명의 학교 밖 청소년을 대상으로 실태조사 자료가 수집될 예정이다. 우리는 2020년 집계 자료를 토대로 목표 표본을 지역별로 할당하되 할당 기준은 17개 시도가 아닌 5개 권역으로 삼았다. 이는 17개 시도로 목표 표본을 할당 시 시도별 할당 수가 너무 적어져 표본으로서의 효용이 떨어지고 일부 시도에서는 조사대상 기관이 너무 적어 조사 거절 문제 발생 시 대체 표집 기관을

74) 학교 밖 청소년에 관한 표본 설계는 한국청소년정책연구원의 2021년 아동·청소년 통합조사를 위탁 수행한 한국리서치가 제안한 표본 구성안을 토대로 작성됨.

75) 해당 자료는 관계 부처와 기관의 내부 자료로 본 보고서에서 구체적인 수치를 인용하지 않음.

확보할 수 없는 문제가 발생하기 때문이다. 따라서 우리는 2020년 집계 결과를 고려하여 총 표본 수 700명을 5개 권역에 할당하였고 그 결과는 다음과 같다.

부록-8 2020년 권역별 센터 이용 실태에 따른 표본 수의 할당

권역(포함 지역)	총 센터 수	2020년 기준 학교 밖 청소년 수	할당 표본 수
서울	26	비공개	102
경기인천(경기, 인천)	40		233
강원충북(강원, 충북, 충남, 대전, 세종)	45		115
경상(경북, 경남, 부산, 대구, 울산)	67		166
전라제주(전북, 전남, 광주, 제주)	42		84
합계	220		700

권역별 목표 표본 수의 확보를 위한 센터의 표집 규모는 다음의 사항들을 고려해 결정됐다. 2020년 자료를 기준으로 센터별 평균 이용자 규모를 추정하면 N명(비공개)인데 이는 1년을 기준으로 산출된 수치이므로 실제 특정 시기(예를 들어 본 실태조사가 진행되는 시기)에 센터를 이용하는 이용자의 규모를 추정하는 것은 불가능하다.

따라서 우리는 부득이하게 센터별 이용자가 매월 균등하게 센터를 찾아온다고 가정하고 지역별 할당 표본 수에 따른 표집 필요 센터 수를 다음과 같이 산정하였다.

부록-9 권역별 표본 수 확보를 위한 예상 표집 센터 수

권역	할당 표본 수	센터당 연간 이용자 수	센터당 조사 가능 예상 인원	예상 표집 센터 수
서울	102	비공개	비공개	6
경기인천	233			9
강원충북	115			10
경상	166			15
전라제주	84			10
합계	700			50

(3) 센터 표집과 가중치 처리

각 권역에서 표집 되는 센터는 기본적으로 앞서 산정한 조사 가능 예상 인원 이상이 확보될 수 있는 곳이며 해당 센터에서 원만한 조사가 이루어지지 않을 시 이를 대체할 수 있는 새로운 센터가 대체 표집 된다.

다만, 우리가 표집틀로 이용한 2020년 학교 밖 청소년의 센터 이용 통계는 교육통계와 달리 연도 간 일관성이 담보되지 않는다. 즉, 우리가 2020년 이용자 집계 자료를 기준으로 실태조사의 표본을 설계했지만, 실제 2021년의 센터 이용자 현황은 이와 크게 다를 수 있다는 말이다. 따라서 2020년 집계 자료를 기준으로 설계된 목표 표본 수와 최종 수집된 표본 수 간의 간극이 발생했을 때 이를 보정하고자 가중치를 적용하는 것은 자칫 2021년 학교 밖 청소년의 센터 이용 현황을 왜곡하는 문제를 유발할 수 있다. 따라서 우리는 학교 밖 청소년을 대상으로 한 실태조사 결과의 처리에 있어 별도의 가중치를 적용하지 않는 것을 원칙으로 하였다.

2. 설문조사 참여 설명문

연구과제명 : 청소년 정신건강 실태조사

본 연구는 한국청소년정책연구원(국무총리실 산하 국책연구기관)이 우리나라 청소년들의 정신건강 실태를 파악하여 청소년 정신건강을 위한 정책방안을 제안하는 데 목적이 있습니다. 이를 위해 본 조사는 자발적으로 참여 의사를 밝힌 청소년을 대상으로 정신건강 실태와 정책 요구에 대한 의견을 수집하여 연구에 이용할 예정입니다.

1. 무엇을 위한 조사이며 결과는 어떻게 이용됩니까?

청소년들의 정신건강 문제는 자라나는 청소년들의 행복과 삶의 질을 높이기 위한 중요한 문제로 인식되고 있습니다.

본 연구에서는 여러분이 응답해 주시는 설문조사 결과를 통해 우리나라 청소년들의 정신건강 실태를 정확하게 파악하고 청소년 정신건강에 도움이 될 수 있는 여러가지 정책을 마련하고자 합니다.

2. 조사 참여 절차 및 방법 등은 어떻게 됩니까?

본 조사는 전국의 초중고등학교 및 학교 밖 기관을 통해 약 6,700여명의 청소년들을 대상으로 웹/모바일 설문조사 방식으로 진행됩니다. 본 설명문을 읽고 연구 참여에 동의 의사를 표시한 후, 선생님이 알려주신 코드(영문숫자 혼용 5자리)를 입력하시면 조사에 참여할 수 있습니다.

3. 수집되는 자료는 무엇이며, 어떻게 활용되고 관리됩니까?

본 설문조사는 청소년 정신건강 수준과 이에 영향을 미치는 여러가지 요인에 대한 질문으로 구성되어 있습니다. 수집된 정보를 통해 청소년 정신건강 실태 파악 및 정책 마련을 위한 자료로 활용할 예정이며, 수집된 자료는 통계목적 이외에는 절대로 사용하지 않을 것입니다.

4. 조사에 참여함으로써 예상되는 위험 및 이득은 무엇입니까?

본 조사의 목적은 여러분이 현재 정신건강과 관련해 어떤 어려움을 경험하고 있는지 확인하고 이를 통해 정부와 우리사회가 그러한 어려움을 해결하는데 어떤 도움을 드릴 수 있을지를 확인하는데 있습니다. 여러분이 응답하는 질문에는 정해진 답이 없으며 자신이 느끼는 대로 자유롭게 답해주시면 됩니다. 조사 참여 후에도 여러분은 언제나 조사 참여를 중단할 수 있고 조사 참여 중단으로 여러분에게 주어지는 불이익은 전혀 없습니다. 그리고 조사에 참여하여 소중한 응답을 해준 분께는 감사의 표시로 사례품이 제공됩니다.

5. 조사 참여를 철회할 수 있습니까?

조사 참여 후에도 언제든지 조사 참여를 그만둘 수 있으며, 조사에 참여하지 않아도 어떠한 불이익은 없습니다. 설문 후에라도 조사 참여를 철회하겠다는 의사를 표시한 경우, 이미 응답한 정보나 기록 등은 저장되지 않고 삭제될 것입니다.

6 개인정보 보호 및 처리절차는 어떻게 됩니까?

본 연구의 참여로 수집되는 모든 정보는 연구를 위해서만 사용되며, 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리됩니다. 관련 정보는 개인이 누구인지 알아볼 수 없도록 변환 처리된 후 연구에 이용되며, 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다.

7. 조사 관련 문의는 누구에게 합니까?

본 조사에 대해 궁금한 점이나 질문이 있으시면 언제든지 다음의 연구 담당자에게 연락 주시기 바랍니다.

연구주관기관 : 한국청소년정책연구원
연구책임자 : 최정원 연구위원

조사실시기관: (주) 한국리서치
조사책임자: 황인창 부장(02-3014-0086)

만일 어느 때라도 조사 참여자로서 귀하의 권익에 대한 문의사항이 있으시다면 언제든지 한국청소년정책연구원 기관생명윤리위원회로 문의주시기 바랍니다.

한국청소년정책연구원 기관생명윤리위원회 ☎전화번호 : 044-415-2244

연구 참여 동의서

1. 본인은 본인의 정보를 연구목적으로 이용하는 것과 참여기간, 절차 및 방법에 대해 충분한 설명을 들었으며, 추후 한국청소년정책연구원에서 연구목적으로 이용하는 것에 동의합니다.
2. 원하는 경우 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있으며, 이에 따른 어떠한 불이익도 받지 않을 뿐만 아니라, 연구와 관련된 모든 자료는 엄격하게 비밀로 보장된다는 내용에 대한 설명을 들었으므로 자발적인 의사로 이 연구에 참여할 것을 동의합니다.
3. 본인이 응답하신 내용은 연구목적으로 제3자에게 제공될 수 있으며, 관련 정보를 제3자(연구자)에게 제공할 때에는 개인 식별 정보는 익명화되고 엄격하게 관리되어 제공된다는 것을 알고 있습니다.
4. 본인의 정보를 이용하여 파생된 결과나 개발 내용에 대한 직접적 금전보상이 없는 것에 동의합니다.

동의 여부. 본 조사에 자발적으로 참여하는데 동의하시면 해당 항목을 선택해 주세요.

1. 동의함
2. 동의하지 않음

선문1. 선생님께서 전달받으신 코드 5자리(영문 1자리 + 숫자 4자리)를 아래 빈칸에 입력해 주세요.

1. 코드 :

선문2-1. 개인정보 수집 및 이용 동의서

○ 개인정보의 수집이용 목적

- 정신건강 실태 파악과 정책대안 모색을 위한 기초자료 수집

○ 개인정보 수집 항목

- 성별, 출생연도, 반 번호

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 것에 관해 동의하십니까?.

1. 동의함
2. 동의하지 않음
- 선문3-1
- 조사 중단

선문2-2. 개인정보 수집 및 이용 동의서

○ 개인정보의 수집이용 목적

- 정신건강 실태 파악과 정책대안 모색을 위한 기초자료 수집

- 모바일 상품권 발송 (학교 밖 청소년의 경우)

○ 개인정보 수집 항목

- 전화번호, 성별, 출생연도

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 것에 관해 동의하십니까?.

1. 동의함
2. 동의하지 않음
- 선문3-2
- 조사 중단

//학생 청소년만 응답//

선문3-1. 학생의 번호를 입력해 주세요.

- ※ 번호는 ‘중단 시 이어하기’와 ‘조사완료 확인목적’ 만을 위해 활용합니다.
- ※ 예를들어, 학생의 번호가 35번일 경우 35 만 입력해 주세요.

1. 번호 ()

※ 설문을 중단하셨다가 다시 시작하실 때, 방금 입력하셨던 번호를 입력하시면, ‘중단된 곳부터 이어하기’ 하실 수 있습니다

//학교 밖 청소년만 응답//

선문3-2. 여러분이 조사를 완료한 후에 수령할 기프티콘(모바일 상품권 5천원)을 받으실 휴대 전화번호를 입력해 주세요.

※ 보유한 휴대전화번호가 없다면, 아래에서 이메일을 선택한 후, 상품권을 받을 수 있는 이메일 주소를 입력해 주세요..

1. 휴대 전화번호 010-()-()
2. 이메일 주소 ()@()

※ **설문을 중단하셨다가 다시 시작하실 때**, 방금 입력하셨던 **전화번호 또는 이메일 주소를 입력**하시면, **'중단된 곳부터 이어하기'**하실 수 있습니다

선문4. 귀하의 성별을 선택해 주세요.

1. 남자
2. 여자

//학교 밖 청소년만 응답//

선문5. 귀하의 출생년을 선택해 주세요.

1. 2002년 또는 이전(2001년, 2000년 등) → **설문 중단**
2. 2003년
3. 2004년
4. 2005년
5. 2006년
6. 2007년
7. 2008년
8. 2009년
9. 2010년
10. 2011년
11. 2012년 또는 이후(2012년, 2013년 등) → **설문 중단**

배경질문

배문1. 현재 귀하와 함께 살고 있는 가족 구성원을 모두 선택해주세요.

※ 직장 또는 학교 때문에 따로 떨어져 살고 있는 가족도 모두 선택해 주십시오 (단, 결혼해서 따로 살고 있는 가족은 제외)

- | | | |
|---------------|-------------|-------------|
| 1. 할아버지/외할아버지 | 2. 할머니/외할머니 | 3. 아버지/새아버지 |
| 4. 어머니/새어머니 | 5. 형제 또는 자매 | 6. 친척 |
| 7. 기타 () | | 8. 아무도 없음 |

배문2. 현재 귀하의 거주형태는 어떻습니까?

1. 가족과 함께 살고 있다 2. 기숙사/하숙/자취 3. 기타 ()

배문3. 귀하의 부모님과 관련하여 아래 항목 중 해당되는 것을 선택해 주세요.

1. 별거
2. 이혼
3. 사별
4. 해당사항 없음

배문3-1. 귀하의 가족은 다문화 가정입니까?

1. 예
2. 아니오

배문4. 귀하의 가정 형편(경제 수준)은 다음 중 어디에 해당된다고 생각합니까?

구분	매우 못 산다	-----	-----	보통 수준	-----	-----	매우 잘 산다
	1	2	3	4	5	6	7
1. 가정 형편(경제 수준)							

배문5. 귀하의 부모님은 학교를 어디까지 다니셨습니까? 학교를 완전히 마치신(졸업하신) 학교를 선택해주세요.

	안 계심	학교 안다님	초등학교 졸업	중학교 졸업	고등학교 졸업	대학교 졸업	대학원 졸업 (석사·박사)	잘 모르겠음
	0	1	2	3	4	5	6	9
1. 아버지								
2. 어머니								

※ 지금부터는 여러분들의 정신건강 수준을 측정하기 위한 여러가지 질문을 할 예정입니다.
 질문들은 정신건강 수준을 측정하기 위해 다른 연구에서 검증된 내용으로 구성되어
 있으며, 일부 질문이나 내용이 여러분이 응답하기에 적절하지 않은 것 같다고 느낄 수도
 있으나, 여러분의 정신건강 수준을 정확하게 측정하기 위해 구성된 질문이라는 점을
 고려하셔서 성실하게 응답해 주시기를 요청드립니다.

정신건강 수준

문1. 다음의 항목을 읽고 자기 자신에게 맞는 점수를 각각 선택해 주세요.
 ※ 부모님이 안 계신 경우 현재의 보호자를 기준으로 응답해주세요.

구분	전혀 그렇지 않다 (절대 아니다) 0점	약간 그렇다 (때로 그렇다) 1점	상당히 그렇다 (자주 그렇다) 2점	아주 그렇다 (매우 흔하다) 3점
1. 우리 부모님은 내 나쁜 행동만 지적하신다				
2. 나는 가능하면 내게 편리한대로 규칙을 바꾼다				
3. 나는 내가 원하는 만큼 빨리 배우지(깨우치지) 못한다				
4. 나는 까다롭고 쉽게 짜증을 낸다				
5. 나는 오래 가만히 앉아 있기가 힘들다(있을 수가 없다)				
6. 나는 때로 울고 싶다				
7. 나는 말썽을 부려서 경찰에 걸린 적이 있다				
8. 나는 학교공부를 정리하기가 어렵다 ※ 학교에 다니지 않는 경우에는 현재 공부하거나 배우는 것을 기준으로 응답해 주세요.				
9. 우리 부모님은 내게 기대가 너무 크다				
10. 나는 힘이 넘쳐서 오래 앉아 있지 못한다				
11. 나는 공부할 때 소음이 들리면 집중이 깨진다				
12. 나는 규칙을 어긴다				
13. 나는 배운 것을 잊어버린다				
14. 나는 몸을 비비틀고 꿈지락거리는 편이다				
15. 나는 여러 면에서 옳은 판단을 내리지 못한다				
16. 나는 몇몇 사람들을 괴롭히는 것을 즐긴다				

구분	전혀 그렇지 않다 (절대 아니다) 0점	약간 그렇다 (때로 그렇다) 1점	상당히 그렇다 (자주 그렇다) 2점	아주 그렇다 (매우 흔하다) 3점
17. 어떤 일을 수분간 계속하는 게 어렵다				
18. 가만히 앉아 있다고 해도 속으로는 안절부절 못한다				
19. 내 글씨는 형편없다				
20. 나는 정말로 나쁜 짓을 하고 싶은 충동을 느낀다				
21. 나는 한 번에 한 가지 일에 집중하기가 어렵다				
22. 나는 숙제할 때 일어서서 왔다 갔다 해야 한다				
23. 나는 공부가 뒤쳐져 있다				
24. 나는 다른 사람 물건을 망가뜨린다				
25. 나는 책을 읽을 때 읽던 곳을 잊어버린다				
26. 나는 식사하는 동안 가만히 앉아 있기가 힘들다				
27. 우리 부모님은 내가 착한 행동을 해도 알지도 못하게니와 상도 주지 않으신다				

※ 다음은 여러분 스스로 자신의 몸이나 마음에 상처를 주고자 고의로 또는 의도적으로 선택한 자해행동의 경험을 알아보는 질문입니다. 질문 중에는 여러분이 불편하게 생각할 수 있는 폭력적이고 자극적인 행동이 포함돼 있습니다. 그러나 이러한 질문도 여러분의 자해위험을 제대로 이해하고 여러분의 정신건강을 보호하는 데 반드시 필요하므로 솔직하게 답변해주시면 감사하겠습니다.

문2. 아래에 제시된 행동 중 본인이 의도적으로 혹은 고의적으로 한 행동이 있습니까?
각 행동별로 “예” 또는 “아니오” 중에서 선택해 주세요.

행동	예	아니오
1. 고의로 내 몸에 칼로 상처를 냈습니까?		
2. 스스로를 때렸습니까?		
3. 고의로 머리를 광광 박았습니까?		
4. 고의로 내 몸을 상처가 나도록 긁었습니까?		
5. 고의로 부상 입히는 행동을 했습니까?		

문3. 지난 2주 동안 다음의 각 신체 증상들을 경험한 적이 있나요? 아래 항목 중에서 지난 2주간 경험했던 증상들 때문에 얼마나 힘들었나요?

각 증상별로 자신에게 해당되는 것을 각각 선택하세요.

지난 2주간 경험한 증상	증상 없음	약간 힘들	많이 힘들	아주 많이 힘들
	0	1	2	3
1. 눈이 흐림				
2. 두 개로 보임				
3. 눈이 안보임				
4. 귀가 안 들림				
5. 기억력이 나빠짐				
6. 어지러움				
7. 두통(머리 아픔)				
8. 목구멍에 뭔가 걸린 듯한 느낌				
9. 목소리가 안 나옴				
10. 삼키기 어려움				
11. 숨쉬기 어려움				
12. 심장이 너무 빨리 뛸				
13. 가슴에 통증				
14. 음식을 못 먹음				
15. 메스꺼움/배탈				
16. 구토증				
17. 배에 가스가 참				
18. 배가 아픔				
19. 변비				
20. 설사				
21. 소변보기 힘들				
22. 소변볼 때 통증				
23. 성기의 통증				
24. 등에 통증				
25. 팔이나 다리가 무거움				
26. 근육에 힘이 없음				
27. 팔이나 다리의 통증				
28. 근육통				
29. 관절의 통증				
30. 신체 일부에 힘이 없음				
31. 활력이 떨어짐				
32. 열이 나거나 추운 느낌				
33. 몸에 감각 없음/저림				
34. 걷기 어려움				
35. 기절				
36. 간질발작				

문4. 지난 2주간 아래와 같은 기분이나 증상을 얼마나 경험하였는지, ‘결코 그렇지 않다’부터 ‘매우 그렇다’ 중에서 선택해 주세요.

구분	결코 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
	0	1	2	3	4
1. (지난 2주간) 하루 중 대부분의 시간동안 움직했다					
2. (지난 2주간) 즐겁게 생활하지 못했다					
3. (지난 2주간) 불안하거나 과민했다					
4. (지난 2주간) 말하거나 움직이기조차 싫었다					
5. (지난 2주간) 내 삶은 가치가 없다고 느꼈다					
6. (지난 2주간) 이전보다 집중력이나 의사 결정 능력이 떨어졌다					
7. (지난 2주간) 살기가 귀찮고 죽어 버리고 싶다고 느꼈다					
8. (지난 2주간) 뒹에 걸려 빠져나올 수 없을 것 같은 기분이 들었다					
9. (지난 2주간) 앞날에 대해 더는 기대할 것이 없다고 느꼈다					
10. (지난 2주간) 평소보다 식욕이 줄었다					
11. (지난 2주간) 평소보다 식욕이 늘었다					
12. (지난 2주간) 잠드는 게 어렵거나 자주 깼다					

문5. 지난 2주간 아래와 같은 기분이나 증상을 얼마나 경험하였는지, ‘결코 그렇지 않다’부터 ‘항상 그렇다’ 중에서 선택해 주세요.

구분	결코 그렇지 않다	드물게 그렇다	때때로 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
	0	1	2	3	4
1. (지난 2주간) 이성적으로 참아 보려고 해도 불안을 견디기 힘들었다					
2. (지난 2주간) 걱정하는 것을 조절하거나 멈출 수가 없었다					
3. (지난 2주간) 초조하고 안절부절못했다					
4. (지난 2주간) 피곤하여 다른 생각을 할 수 없었다					
5. (지난 2주간) 어떤 것에도 도무지 집중할 수 없었다					
6. (지난 2주간) 주변에서 오는 모든 자극에 신경이 쓰였다					
7. (지난 2주간) 머리가 무겁고 목이 뻐뻐했다					
8. (지난 2주간) 잠을 잘 자지 못해서 오전 내내 피곤했다					
9. (지난 2주간) 불안하고 초조해서 직장 생활과 사회생활에 어려움이 있었다 [로직: 응답자가 학생 청소년인 경우 이하 괄호 제시 (학교 생활이나 아르바이트 경험을 기준으로 응답해 주세요)]					
10. (지난 2주간) 갑자기 가슴이 답답해진 적이 있었다					
11. (지난 2주간) 긴장되거나 신경이 곤두섰다					

※ 다음은 자살과 관련해 최근 여러분에게 들었던 생각이나 여러분의 실제 경험에 대한 질문입니다. 일부 질문은 여러분이 불편하게 생각할 수 있지만 여러분의 자살위험을 제대로 이해하고 여러분의 정신건강을 보호하는 데 반드시 필요하므로 솔직하게 답변해주시면 감사하겠습니다.

문6. 지난 2주간 아래와 같은 생각이나 행동을 얼마나 경험하였는지, ‘결코 그렇지 않다’부터 ‘매우 그렇다’ 중에서 선택해 주세요.

구분	결코 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
	0	1	2	3	4
1. (지난 2주간) 살고 싶은 마음이 없었다					
2. (지난 2주간) 자살을 생각했다					
3. (지난 2주간) 자살에 대해 깊게 생각했으며 구체적인 방향까지 계획했다					
4. 과거에 자살 시도를 한 적이 있었다					

문7. 지난 한 달 동안 아래와 같은 방식으로 얼마나 자주 느끼거나 생각했는지를 선택해 주세요.

구분	전혀 없었다	거의 없었다	가끔 있었다	꽤 자주 있었다	매우 자주 있었다
	0	1	2	3	4
1. 예상치 못한 일이 생겨서 기분 나빠진 적이 얼마나 있었나요?					
2. 중요한 일들을 잘 해낼 수 없다고 느낀 적은 얼마나 있었나요?					
3. 초조하거나 스트레스가 쌓인다고 느낀 적은 얼마나 있었나요?					
4. 개인적인 문제를 처리하는 능력에 대해 자신감을 느낀 적은 얼마나 있었나요?					
5. 자신의 뜻대로 일이 진행된다고 느낀 적은 얼마나 있었나요?					
6. 해야 할 모든 일들을 다 대처할 수 없다고 느낀 적은 얼마나 있었나요?					
7. 모든 일들을 잘 다루고 있다고 느낀 적이 얼마나 있었나요?					
8. 당신이 어찌 할 수 없는 일 때문에 화가 난 적이 얼마나 있었나요?					
9. 시간 관리를 잘하고 있다고 생각했던 적이 얼마나 있었나요?					
10. 어려운 일이 너무 많이 쌓여서 극복할 수 없다고 느낀 적이 얼마나 있었나요?					

문8. 지난 일주일 간 코로나 19 바이러스로 인해, 다음과 같은 일을 얼마나 자주 경험하셨습니까?

구분	전혀 경험하지 않았다	가끔 경험 했다	종종 경험 했다	자주 경험 했다	거의 항상 경험했다
	0	1	2	3	4
1. 평소에 비해 나는 더 불안하고 과민하다 ('평소'는 코로나19가 발생하기 이전 또는 코로나19가 심하지 않았던 시기를 의미합니다)					
2. 안전하지 못하다고 느껴서 마스크, 장갑, 소독제, 약과 같은 가정용품을 사재기 하였다 (사재기란 '나중에 물건이 없어서 사용하지 못하는 경우를 대비하여 과할 정도로 충분히 사두는 것을 의미합니다.)					
3. 나와 내 가족이 감염되는 상상을 멈출 수 없다. 그런 상상으로 인해 두렵고 불안하다					
4. 어떤 일을 하든지 공허하고 무력하게 느껴진다					
5. 코로나19에 걸린 환자들과 그 가족들에게 동정심을 느끼고, 그들을 생각하면 슬프다					
6. 정부나 언론을 생각하면 무력하게 느껴지고 화가 난다					
7. 주변 사람들에 대한 신뢰를 잃고 있다					
8. 코로나19에 대한 정보를 하루 종일 모은다. 필요 없는 정보라 하더라도 멈출 수가 없다					
9. 나는 코로나19에 대한 정보를 여과 없이 전부 믿는다					
10. 나는 코로나19에 대한 부정적인 정보를 주로 신뢰하며, 긍정적인 정보에 대해서는 회의적이다					
11. 나는 코로나19에 대한 정보(대체로 부정적인 정보)를 지속적으로 사람들과 공유한다					
12. 나는 너무나 무서워서 코로나19에 대한 뉴스를 보는 것을 피한다					
13. 나는 더 짜증을 잘 내고 가족들과 더 자주 충돌한다					
14. 나는 피곤하다고 느끼고, 때때로 기진맥진하다					
15. 불안으로 인해 나의 반응이 느릿느릿 해진다					
16. 집중하기 어렵다					
17. 결정을 내리기 어렵다					
18. 코로나19 유행 동안 종종 어지러움을 느끼고, 허리에 통증이 있고, 가슴이 불편했다					

구분	전혀 경험하지 않았다	가끔 경험 했다	종종 경험 했다	자주 경험 했다	거의 항상 경험했다
	0	1	2	3	4
19. 코로나19 유행 동안 종종 복부 통증, 팽만감, 혹은 다른 소화기관 장애를 경험했다(팽만감이란 '가스나 소화불량 때문에 배가 부풀어 가득찬 느낌'을 의미함)					
20. 다른 사람과 대화하는 동안 불편감을 느낀다					
21. 최근 들어서 가족과 거의 대화하지 않는다					
22. 잠을 잘 잘 수가 없다. 거의 언제나 나와 가족이 코로나19에 감염되는 꿈을 본다					
23. 입맛을 잃었다					
24. 변비 증상이 있거나 자주 소변을 본다					

정신건강 서비스에 대한 인지 및 경험

문9. 귀하는 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)를 받는 것에 대해 어떻게 생각합니까?

1. 전혀 부담스럽지 않다
2. 부담스럽지 않은 편이다
3. 부담스러운 편이다
4. 매우 부담스럽다

문10. 귀하는 사람들이 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)를 받는데 있어 가장 큰 장애요인이 무엇이라고 생각하는지 아래의 보기에서 하나만 응답해 주시기 바랍니다.

1. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서
2. 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강 서비스(약물, 치료, 상담 등)가 필요하지 않다고 판단해서
3. 가족이 동의하지 않거나 가족이 알게 될까 봐 걱정되어서
4. 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피해서
5. 프라이버시가 걱정되어서(누군가가 본인의 개인정보를 알게 될까 봐)

6. 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움)
7. 어디에 도움을 요청해야 하는지 몰라서
8. 정신 치료 기록이 남아서 이후 진학 및 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐
9. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서
10. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서
(야간에 이용할 수 없음)
11. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서
12. 정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 환자가 경험하는 정신건강 문제나
환자를 잘 이해하지 못할 것 같아서
13. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 믿음이 가지 않아서

문11. 귀하는 주변 사람들에게 귀하의 스트레스나 심리적인 불편함에 대해 쉽게 터놓고 이야기하시는 편입니까?

1. 전혀 그렇지 않다
2. 그렇지 않은 편이다
3. 그런 편이다
4. 매우 그렇다

문12. 만일 자신에게 우울증, 불안, 스트레스 등과 같은 문제가 생긴다면, 다음의 사람들과 얼마나 상의(상담)하고 싶습니까?

[학생 청소년 대상]

구분	정신건강 문제에 대해 상의(상담)할 의향				
	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다	형제자매 없음
	1	2	3	4	9
1. 부모님(보호자)					
2. 형제자매					
3. 친구나 선후배					
4. 학교 선생님(학교 상담선생님 포함)					
5. 학원 선생님					
6. 정신과 의사					
7. 상담 전문가(학교 상담선생님 제외)					
8. SNS나 인터넷상의 불특정 사람					

[학교 밖 청소년 대상]

구분	정신건강 문제에 대해 상의(상담)할 의향				
	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다	형제자매 없음
	1	2	3	4	9
1. 부모님(보호자)					
2. 형제자매					
3. 친구나 선후배					
4. 꿈드림 센터 선생님 (꿈드림 센터 상담선생님 포함)					
5. 학원 선생님					
6. 정신과 의사					
7. 상담 전문가 (꿈드림 센터 상담선생님 제외)					
8. SNS나 인터넷상의 불특정 사람					

문13. 만일 자신에게 우울증, 불안, 스트레스 등과 같은 문제가 생겨 상담을 한다고 가정했을 때, 희망하는 상담 방식은 무엇입니까?

1. 직접 만나서 하는 1:1 개인상담
2. 직접 만나서 하는 집단 상담
3. 1:1 화상 상담 (ZOOM 등)
4. 집단 화상 상담 (ZOOM 등)
5. 화상 상담을 제외한 전화, 문자, 메신저, 이메일 등을 이용한 온라인 상담

문14. 아래는 정신건강 관련 기관/서비스에 관한 질문입니다. 귀하가 알고 있거나 들어본 적이 있는 기관/서비스를 모두 선택해 주세요. 그리고 선택한 보기에 대해 차례대로 이용 여부(14-1), 도움 여부(14-2), 그리고 도움이 안됐다고 생각하는 이유(14-3)를 각각 응답해주세요.

//로직:

- 14-1. 이용 여부는 인지하고 있는 기관/서비스에 한해 응답
- 14-2. 도움 여부는 이용 경험에 있는 기관/서비스에 한해 응답
- 14-3. 도움이 되지 않았다고 응답한 기관/서비스에 한해 응답//

구분	인지한 기관/ 서비스	이용 여부(14-1)					도움 여부(14-2)					도움을 받지 못했다고 느끼는 주된 이유(14-3)					
		이용한 적 있음	이용하고 싶었으나 이용못함	이용한 적이 없음	전혀 도움이 되지 않았음	별로 도움이 되지 않았음	약간 도움이 되었음	매우 도움이 되었음	1. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 이용하는 비용이 많이 들어서 2. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설을 방문할 시간이 없어서 3. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 운영 시간이 불편해서(야간에 이용할 수 없음) 4. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편해서 5. 정신건강 서비스를 제공하는 의사나 상담사가 내가 경험 하는 정신건강 문제나 나를 잘 이해하지 못해서 6. 정신건강 서비스를 제공하는 기관이나 시설에 대한 나의 믿음이 부족해서								
		1	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6		
구분	1. 정신의료기관(정신병원)																
	2. 정신건강복지센터, 자살예방 센터(정신보건센터, 정신건강 증진센터)																
	3. 중독관리통합지원센터																
	4. 도박문제관리센터																
	5. 스마트쉼센터																
	6. 위(Wee) 프로젝트 기관 (클래스, 센터, 스쿨, 가정형)																
	7. 청소년상담복지센터																
	8. 정신건강 상담 전화/핫라인 - 보건복지콜센터(129) - 정신건강위기상담전화 (1577-0199) - 자살예방상담전화(1393) - 생명의 전화(1588-9191) - 청소년전화(1388)																
	9. 청소년모바일상담센터 (다들어줄게)																
	10. 청소년사이버상담센터																

가족, 부모님

문15. 아래는 귀하의 **부모님 또는 보호자**에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 부모님(보호자)이 나를 사랑한다는 것을 표현하신다				
2. 부모님(보호자)은 나와 함께 있는 것을 좋아하신다				
3. 부모님(보호자)은 항상 나를 반가워하신다				
4. 부모님(보호자)은 나를 특별하게 여기신다				
5. 부모님(보호자)이 나를 좋아하시는지 가끔 궁금할 때가 있다				
6. 부모님(보호자)은 내가 방해가 된다고 생각하신다				
7. 부모님(보호자)은 나로 하여금 불필요한 존재라고 느끼게 하신다				
8. 부모님(보호자)은 내가 하는 어떤 것도 만족스러워하지 않으신다				
9. 부모님(보호자)은 나를 믿어주신다				
10. 부모님(보호자)은 나를 있는 그대로 받아주신다				
11. 부모님(보호자)은 내가 중요하게 생각하는 일을 하게 해주신다				
12. 부모님(보호자)은 나의 생각을 이해하려고 노력하신다				
13. 부모님(보호자)은 나에게 늘 무엇을 하라고 하신다				
14. 부모님(보호자)은 나에게 이래라저래라 하신다				
15. 부모님(보호자)은 어떤 일을 할 때 오로지 그분들의 방식만이 유일하게 올바른 길이라고 생각하신다				
16. 부모님(보호자)은 모든 것에 대해 "안 돼"라고 하신다				
17. 내가 무언가 하려고 할 때, 부모님(보호자)이 어떻게 하라고 가르쳐 주신다				
18. 어떤 일이나 사물이 돌아가는 이치를 알고 싶어 할 때, 부모님(보호자)께서 설명해주신다				
19. 내게 문제가 있을 때 부모님(보호자)이 어떻게 해결해야 할지 도움을 주신다				
20. 부모님(보호자)은 내게 규칙을 말씀하실 때, 왜 지켜야 하는지 이유도 설명해주신다				
21. 부모님(보호자)이 약속을 해도, 그 분들이 지키실지는 알 수 없다				

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
22. 부모님(보호자)은 무언가를 하겠다고 말씀하시고는 실제로는 하지 않으실 때도 가끔 있다				
23. 부모님(보호자)은 나에 대한 규칙을 자주 바꾸신다				
24. 부모님(보호자)은 사전에 주의도 주지 않고 화부터 내신다				
25. 부모님(보호자)께서는 다른 일(직장이나 바깥일)보다 나를 더 중요하게 생각하신다				
26. 부모님(보호자)께서는 내가 학교에서 어떻게 생활하는지 관심을 갖고 물어보신다				
27. 부모님(보호자)께서는 내 몸이나, 옷, 이불 등이 깨끗하도록 항상 신경 쓰신다				
28. 부모님(보호자)께서는 내가 많이 아프면 적절한 치료를 받게 하신다				
29. 내가 무언가 잘못했을 때 부모님(보호자)께서는 정도 이상으로 심하게 혼내신다				
30. 내가 잘못하면 부모님(보호자)께서는 무조건 때리려고 하신다				
31. 내 몸에 멍이 들거나 상처가 남을 정도로 부모님(보호자)께서 나를 심하게 대하신 적이 많다				
32. 부모님(보호자)께서는 나에게 심한 말이나 욕을 하신 적이 많다 (예: 멍청이, 개만도 못한 것, 나가 죽어라, 네가 없어졌으면 좋겠다 등)				

문16. 아래는 귀하의 **가족**에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 우리 가족은 서로 아껴준다				
2. 우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다				
3. 우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다				
4. 우리 가족은 서로 친하다				
5. 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다				

문17. 아래는 귀하의 주변환경에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요.

[학생 청소년 대상]

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 가족, 친구, 학교 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다				
2. 가족, 친구, 학교 선생님 외에 주위에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다				
3. 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다				

[학교 밖 청소년 대상]

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 가족, 친구, 꿈드림 센터 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다				
2. 가족, 친구, 꿈드림 센터 선생님 외에 주위에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다				
3. 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다				

학교생활

문18. 아래는 **학교생활**에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요. [학생 청소년 대상]

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다				
2. 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 한다				
3. 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고 집중하여 잘 듣는다				
4. 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다				
5. 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있다				
6. 학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있다				
7. 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다				
8. 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편하다				
9. 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다				
10. 나는 학교규칙을 잘 지키고 있다				
11. 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용 한다				
12. 나는 지각이나 결석을 하지 않는다				

문18. 아래는 **학교를 그만둘 당시 학교생활**에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요. [학교 밖 청소년 대상]

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력했다				
2. 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 했다				
3. 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고 집중하여 잘 들었다				
4. 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있었다				
5. 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있었다				
6. 학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있었다				
7. 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있었다				
8. 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편했다				
9. 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지냈다				
10. 나는 학교규칙을 잘 지켰다				
11. 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용 했다				
12. 나는 지각이나 결석을 하지 않았다				

문19. 귀하의 학업 성적(가장 최근을 기준으로)은 반에서 대략 어디에 해당된다고 생각하나요? 시험을 치러본 적이 없어서 정확한 학업 성적 수준을 모를 경우에는, 대략적으로 인식하는 본인의 학업 수준을 기준으로 응답해 주세요.

로직: [학생 청소년만 응답]

1. 매우 못하는 수준
2. 못하는 수준
3. 중간
4. 잘하는 수준
5. 매우 잘하는 수준

문20. 귀하의 학업 성적에 대해 얼마나 만족하니까? 본인의 정확한 학업 성적 수준을 모르더라도 대략적으로 인식하는 학업 성적 수준을 기준으로 응답해 주세요.

로직: [학생 청소년만 응답]

1. 전혀 만족하지 않는다
2. 만족하지 않는 편이다
3. 만족하는 편이다
4. 매우 만족한다

매체이용

문21. 귀하는 평소에 아래와 같은 이유로 컴퓨터나 스마트폰을 얼마나 사용하니까?

구분	전혀 사용하지 않는다	조금 사용하는 편이다	많이 사용하는 편이다	매우 많이 사용한다
	1	2	3	4
1. 공부 및 학습 관련 정보 검색 및 사이트 이용 (학교 수업 참여를 위한 이용은 제외)				
2. 게임, 영화, 음악 등 공부 및 학습 목적 이외의 콘텐츠 이용				
3. 도박, 성인물 등 청소년 이용 불가 콘텐츠 이용				
4. 채팅, 메신저, SNS 등을 통한 온라인 소통				

본인에 대한 인식

문22. 귀하는 자신의 체형이 어떻다고 생각합니까?

1. 매우 마른 편이다
2. 약간 마른 편이다
3. 보통이다
4. 약간 살이 찐 편이다
5. 매우 살이 찐 편이다

문23. 최근에 측정한 키(신장)는 얼마입니까?

1. 키 () Cm

문24. 최근에 측정한 몸무게(체중)는 얼마입니까?

1. 몸무게 () kg

문25. 자신의 외모에 얼마나 만족합니까?

1. 전혀 만족하지 않는다
2. 만족하지 않는 편이다
3. 만족하는 편이다
4. 매우 만족한다

문26. 아래는 본인에 대한 인식에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 나는 나에게 만족한다				
2. 때때로 나는 내가 어디에도 소용없는 사람이라고 생각한다				
3. 나는 내가 장점이 많다고 느낀다				
4. 나는 남들만큼의 일을 할 수 있다				
5. 나는 내가 자랑스러워할 만한 것이 별로 없다고 느낀다				
6. 때때로 나는 내가 쓸모없는 존재로 느껴진다				
7. 나는 내가 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이라고 느낀다				
8. 나는 나를 좀 더 존중할 수 있었으면 좋겠다				
9. 나는 내가 실패자라고 느끼는 경향이 있다				
10. 나는 나에게 대해 긍정적인 태도를 지니고 있다				

진로, 생활습관

문27. 아래는 귀하의 진로에 관한 항목입니다. 각 항목별로 자신의 생각과 일치하는 것을 선택해 주세요

※ 부모님이 안 계신 경우 현재의 보호자를 기준으로 응답해주세요

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
	1	2	3	4
1. 향후 진로설정과 관련하여, 내가 좋아하고 잘하는 것(적성 및 소질)이 무엇인지 아직 잘 알지 못한다				
2. 향후 진로에 대한 정보가 부족하여 진로에 대해 잘 알지 못한다				
3. 향후 진로에 대해 잘 알고 있지만, 가보고 싶은 진로가 너무 많아 하나를 선택하기가 힘들다				
4. 나는 현재, 내가 가보고 싶은 향후 진로가 자주 바뀐다				
5. 나는 현재, 향후 진로설정에 대해 나와 부모님의 의견차이가 너무 커 쉽게 결정을 내리지 못하고 있다				
6. 미래란 알 수 없는 것이므로 향후 진로를 미리 설정해봐야 아무런 소용이 없다				
7. 나는 현재, 나의 향후 진로설정에 있어서 나 자신의 의견보다는 부모님의 의견을 더 따르는 편이다				

문28. 최근 7일 동안 귀하의 하루 평균 수면시간은 몇 시간 정도입니까?

1. 하루 평균 수면시간 () 시간

문29. 최근 7일 동안 잠을 잔 시간이 피로회복에 충분하다고 생각합니까?

1. 전혀 충분하지 않다 2. 충분하지 않은 편이다
3. 충분한 편이다 4. 매우 충분하다

문30. 귀하는 정신건강 상의 문제가 아닌 신체적 질병이나 신체적 장애가 있습니까?

1. 예 2. 아니오

문31. 귀하는 평상시 규칙적으로 식사를 합니까?

1. 예 2. 아니오

문32. 귀하는 평상시 골고루 영양가 있는 식단으로 식사를 합니까?

- | | |
|------|--------|
| 1. 예 | 2. 아니오 |
|------|--------|

문33. 귀하는 평상시 자신의 건강상태가 어떻다고 생각합니까?

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 매우 건강하지 않다 | 2. 건강하지 않은 편이다 |
| 3. 건강한 편이다 | 4. 매우 건강하다 |

문34. 최근 7일 동안 심장박동이 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동을 한 날은 며칠입니까?

- | | |
|-------|-------|
| 1. 없음 | 2. 1일 |
| 3. 2일 | 4. 3일 |
| 5. 4일 | 6. 5일 |
| 7. 6일 | 8. 7일 |

비행, 폭력 가피해 현황

※ 다음은 최근 1년 동안 여러분이 가해자 또는 피해자로 경험한 다양한 유형의 비행 또는 폭력에 대한 질문입니다. 여러분의 응답은 철저히 비밀에 부쳐지며 응답 결과에 따른 어떤 처벌 조치도 없습니다. 비행이나 폭력 경험이 여러분의 정신건강에 미치는 영향력을 파악하고자 해당 질문을 드리오니 솔직하게 답변주시면 감사하겠습니다.

문35. 최근 1년 동안 아래와 같은 행동을 한 적이 있습니까? 해당되는 것을 모두 선택해 주세요.

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. 담배 피우기(전자담배 포함) | 2. 술 마시기 |
| 3. 무단 결석 | 4. 가출 |
| 5. 패싸움 | 6. 다른 사람의 돈이나 물건 훔치기 |
| 7. 돈을 걸고 도박 게임하기(온라인 도박/게임 포함) | |
| 8. 해당사항 없음 | |

문36-1. 최근 1년 동안 아래와 같은 행동을 다른 사람에게 한 적이 있습니까? 온라인에서 한 것도 포함해서, 해당되는 것을 모두 선택해 주세요.

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 심하게 놀리거나 조롱하기 | 2. 집단따돌림(왕따) 시키기 |
| 3. 심하게 때리기 | 4. 협박하기 |
| 5. 돈이나 물건 빼기(뺑 뜯기) | 6. 심한 욕설하기 |
| 7. 성폭행이나 성희롱 | 8. 해당사항 없음 |

문36-2. 최근 1년 동안, 아래와 같은 피해를 다른 사람으로부터 당한 적이 있습니까? 온라인에서 당한 것도 포함해서, 해당되는 것을 모두 선택해 주세요.

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 심한 놀림이나 조롱 당하기 | 2. 집단따돌림(왕따) 당하기 |
| 3. 심하게 맞음(폭행피해) | 4. 협박당하기 |
| 5. 돈이나 물건 빼기기(뺑 뜯김) | 6. 심한 욕설 듣기 |
| 7. 성폭행이나 성희롱 | 8. 해당사항 없음 |

끝까지 성의 있게 응답해주셔서 감사합니다.

국문초록

본 연구의 목적은 우리나라 10대 청소년의 정신건강 현황을 객관적으로 파악하기 위한 기초자료 구축에 있다. 인간의 발달과정 중 정신건강이 중요하지 않은 시기는 없지만, 특히 청소년기의 정신건강이 중요한 이유는 이 시기에 간과되거나 방치된 정신건강 문제가 비단 청소년기는 물론 청년기와 장년기 그리고 노년기에 이르기까지 남은 생애주기 동안 개인의 건강한 성장과 발달을 저해할 수 있기 때문이다. 실제로 전문 치료를 해야 하는 정신질환이 10대 중·후반부터 24세 이전인 청소년기에 집중되고 있는 것으로 보고되고 있다.

이처럼 청소년기 정신건강 문제의 심각성과 중요성에도 불구하고 우리 사회에서는 청소년의 불안정한 정서와 문제 행동을 청소년기의 당연한 성장통으로 가볍게 간과하거나 정신질환에 대한 낙인을 의식해 보호자가 적극적인 대처를 망설여 치료의 적기를 놓치는 문제적 행태가 지속되고 있다. 이와 함께 청소년기 정신건강 문제를 치료하는 전문 인프라와 인력의 부족, 더 나아가 청소년의 정신건강 실태를 보여주는 기초자료의 부재 등은 청소년의 정신건강을 보호하고 증진하는 데 있어 장애요인으로 작용하고 있다. 국가인권위원회가 2018년에 보건복지부 장관 앞으로 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 대책 마련을 제창한 연유도 이러한 문제적 현실에서 비롯됐다.

따라서 본 연구는 10대 청소년이 직면한 정신건강의 현황을 객관적으로 파악하고자 전국 초중고에 재학 중인 학생 청소년 5,937명과 학교 밖 청소년 752명 등 총 6,689명의 10대 청소년을 표집하여 ADHD, 자해, 신체화, 불안, 우울, 스트레스, 자살, 그리고 COVID-19에 의한 외상성 고통 등 청소년기에 집중되는 그리고 작금의 COVID-19 사태가 유발하는 주요 정신건강 문제에 대한 노출 실태, 이러한 정신건강 문제에 영향력을 미치는 보호 및 위험 요인에 대한 노출 실태, 그리고 주요 정신건강 서비스에 대한 인지와 경험 실태 등을 온라인 자기기입식 설문으로 조사하였다.

표준화와 타당화를 거친 임상 척도를 이용해 학교 안팎 10대 청소년의 정신건강 수준을 전국 단위로 실측한 미증유의 기초자료 구축과 더불어 본 연구는 청소년 정신건강 관련 공무원, 연구원, 그리고 학계와 현장 전문가 등을 대상으로 공공영역에서 이루어지고 있는 현행 청소년 관련 정신건강 사업의 문제점과 이에 대한 개선 방향에 대해 의견조사와 자문을 시행하였다.

마지막으로 본 연구는 실태조사 결과와 전문가 의견조사의 결과를 취합해 10대 청소년의 정신건강 보호와 증진을 위한 정책과제를 제시하였다.

ABSTRACT

This study aims to establish the essential data to understand Korean teenagers' mental health status objectively. There is no period in human development when mental health is not essential. However, mental health in adolescence is vital because mental health problems overlooked or neglected during this period can hinder individuals' healthy growth and development for the rest of their life cycle, including adolescence, adulthood, and old age. In practice, it is reported that mental disorders that require specialized treatment are concentrated in adolescence, from the mid-late teens to the age of 24.

Despite the seriousness and importance of mental health problems in adolescence, adolescents' unstable emotions and problematic behaviors are often overlooked as natural growing pains of adolescence, or guardians are conscious of the stigma to mental illness and hesitant to respond actively, missing the right time for treatment. That kind of problematic behavior continues in this society. In addition, the lack of specialized infrastructure and manpower to treat adolescent mental health problems and the absence of reliable data showing the actual state of adolescent mental health are acting as obstacles in

protecting and promoting adolescents' mental health. This disturbing reality caused the National Human Rights Commission of Korea to propose a plan to prepare measures to promote the mental health of children and adolescents to the Minister of Health and Welfare in 2018.

Therefore, this study collected 6,689 teenagers, including 5,937 students attending elementary, middle and high schools nationwide and 752 out-of-school adolescents, to objectively understand the current state of mental health faced by teenagers. An online self-filling questionnaire was administered to investigate the exposure to major mental health problems centered on adolescence, such as ADHD, self-harm, somatization, anxiety, depression, stress, suicide, and traumatic pain caused by COVID-19, the state of exposure to protection and risk factors affecting health problems, and the state of awareness and experience of major mental health services,

Using standardized and validated clinical scales, unprecedented primary data were constructed that measured the mental health level of teenagers in and outside of school nationwide. In addition, this study conducted opinion surveys and consultations on the problems of the current youth-related mental health projects in the public domain, targeting public officials, researchers, academics, and field experts related to youth mental health and improving them.

Lastly, this study presented policy tasks for the protection and promotion of the mental health of teenagers by synthesizing the results of fact-finding surveys and expert opinion surveys.

2021년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

- 21-R01 아동·청소년 대상 디지털 성범죄 현황 및 대응방안 연구 / 장근영·임지연
- 21-R02 지역사회 청소년 스포츠 활동 활성화 방안 연구 / 김정숙·정은주·정현우
- 21-R03 10대 청소년의 정신건강 실태조사 / 최정원·문호영·전진아·박용천
- 21-R04 청소년 정치참여 실태와 활성화방안 연구 / 모상현·최용환·남미자·정건희
- 21-R05 미래지향적 청소년 시설 및 공간 혁신방안 연구 / 김경준·강경균·변나향
- 21-R06 아동·청소년의 놀이 실태 및 성장지원 방안연구 / 김영한·이유진
- 21-R07 청년의 사회적 고립 실태 및 지원방안 연구 / 유민상·신동훈
- 21-R08 장애청소년 친화적 청소년정책 추진방안 연구 / 김지연·김승경·오욱찬·정소연
- 21-R09 청소년 분야 한국판 뉴딜 대응전략 연구 / 최창욱·좌동훈·성은모·남화성
- 21-R10 2021 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 -한국 아동·청소년 인권실태: 총괄보고서 / 김영지·최홍일·유설희·이민희·김진호
- 21-R10-1 2021 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 -한국 아동·청소년 인권실태: 심화분석보고서 / 유성상
- 21-R10-2 2021 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 -한국 아동·청소년 인권실태: 총괄보고서 / 김영지·최홍일·유설희
- 21-R11 지역사회 네트워크를 활용한 청소년 성장지원정책 추진체계 구축 방안 연구Ⅲ / 황세영·이경상·송민경·조윤정
- 21-R12 포스트 코로나 시대의 청소년정책 대응 방안 연구 / 서정아·성윤숙·홍순구·권일남
- 21-R12-1 비정형 민원 데이터를 활용한 청소년 정책의제 도출 / 홍순구·임지원
- 21-R12-2 공공데이터를 활용한 청소년 정책의제 도출 / 홍성호
- 21-R13 2021 한국 아동·청소년 패널조사 / 하형석·황진구·김성은·이용해
- 21-R13-1 2021 한국 아동·청소년 패널조사: 데이터분석보고서 / 김성은·박찬호
- 21-R14 2021 다문화청소년 종단연구 / 양계민·장윤선·정윤미·한지형
- 21-R14-1 2021 다문화청소년 종단연구: 기초분석보고서(1기 패널) / 양계민·장윤선·정윤미·한지형
- 21-R14-2 2021 다문화청소년 종단연구: 기초분석보고서(2기 패널) / 양계민·장윤선·정윤미·한지형

협동연구과제

- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-76-01 학교밖 청소년 지역사회 지원방안 연구Ⅳ: 질적 패널조사를 중심으로 / 김희진·서고운·김은정 (자체번호 21-R15)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-76-02 학교밖 청소년 지역사회 지원방안 연구Ⅳ: 질적 종단자료 심층분석보고서 / 김희진·서고운·김미정·류정희·권지성 (자체번호 21-R15-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-77-01 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅲ: 후기청소년 / 임희진·황여정·유성렬 (자체번호 21-R16)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-77-02 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅲ: 후기청소년 - 해외사례 분석 / 임희진·박윤주·황여정 (자체번호 21-R16-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-77-03 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅲ: 후기청소년 - 기초분석보고서 / 임희진·황여정 (자체번호 21-R16-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-78-01 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응방안 연구Ⅱ: 10대 청소년 / 배상률·이창호·김남두 (자체번호 21-R17)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-78-02 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응방안 연구Ⅱ: 10대 청소년 - 청소년 미디어 교육 지원을 위한 부모 참여 중심 소셜리빙랩 운영 방안 / 정현선·조병영·권은선·김광희 (자체번호 21-R17-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-78-03 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응방안 연구Ⅱ: 10대 청소년 - 기초분석보고서 / 배상률·이창호 (자체번호 21-R17-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-79-01 청년 빈곤 실태와 자립안전망 체계 구축방안 연구Ⅰ / 김형주·연보라·정세정·변금선 (자체번호 21-R18)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-80-01 청년 사회 첫 출발 실태 및 정책방안 연구Ⅰ: 일자리 / 김기현·배정희·김창환·성재민 (자체번호 21-R19)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 21-80-02 2021년 청년 사회·경제 실태조사 - 기초분석보고서 / 김기현·배정희 (자체번호 21-R19-1)

수시과제

- 21-R20 보호종료아동 및 자립준비청소년 자립지원 현안과 과제 / 김지연
- 21-R21 청소년 자살 원인 탐색 및 예방 대책 연구 / 서고운
- 21-R22 포스트 코로나 시대의 청소년활동 활성화 방안 연구 / 문호영
- 21-R23 청년정책연구 분야별 현황 분석 / 신동훈·김세현
- 21-R24 학교미디어교육센터 설치 유형별 지역 안착방안 / 배상률
- 21-R25 이주배경 아동·청소년 행정자료 연계 및 법제화방안 연구 / 양계민

연구개발직립금

21-R26 정책동향분석 / 이지연

수탁과제

- 21-R27 제4차 청소년보호종합대책 수립을 위한 기초연구 / 김승경·배정희
- 21-R28 청소년지도자 처우개선 및 청소년시설 운영기준 수립 연구용역 / 최용한·이희철·장혜윤
- 21-R29 청소년 자살예방 교육프로그램 효과성 분석 연구 / 김형주·강영배
- 21-R30 2021년 학교폭력 예방교육 컨설팅 매뉴얼 / 성윤숙·방인자·김유민·조아라
- 21-R31 2020 학교폭력 예방교육 어울림 프로그램 적용효과 분석 / 성윤숙·홍성호·김현수·장원빈
- 21-R32 한국 아동·청소년 삶의 질 지표 구축 방안 연구Ⅱ / 유민상
- 21-R33 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(중학교용-영어) / 성윤숙·임희진
- 21-R34 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(중학교용-기술·가정) / 성윤숙·서정아
- 21-R35 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(중학교용-체육) / 성윤숙·김영지
- 21-R36 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(고등학교용-영어) / 성윤숙·임희진
- 21-R37 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(고등학교용-기술·가정) / 성윤숙·서정아
- 21-R38 2015년 개정교육과정에 따른 학교폭력 예방 어울림 교과 연계 프로그램
(고등학교용-체육) / 성윤숙·김영지
- 21-R39 2020년 학부모용 학교폭력 예방교육 소식지 모음집 / 성윤숙·김옥수
- 21-R40 어울림 프로그램으로 열어나가는 학교폭력 예방교육 안내서(초등학교용) /
성윤숙·김정민·김효주·장원빈
- 21-R41 어울림 프로그램으로 열어나가는 학교폭력 예방교육 안내서(중학교용) / 성윤숙·김옥수
- 21-R42 어울림 프로그램으로 열어나가는 학교폭력 예방교육 안내서(고등학교용) / 성윤숙
- 21-R43 이주배경 아동·청소년 현황통계 생성을 위한 행정자료 연계방안 연구 / 양계민·장윤선
- 21-R44 2020년 청소년종합실태조사 / 김기현·문호영·황세영·유민상·이용해·김균희
- 21-R45 2021년 학교폭력 예방교육 어울림 학생서포터즈단 시범 운영 매뉴얼 /
성윤숙·장원빈·최동혁·김예원
- 21-R46 (초등용) 학업중단 위기 학생을 위한 비대면 꿈지락 / 황세영·송원일·배수인·유한별
- 21-R47 (중등용) 학업중단 위기 학생을 위한 비대면 꿈지락 / 황세영·송원일·배수인·유한별

- 21-R48 미디어 리터러시 교육 지원체계 구축방안 연구 / 배상률
- 21-R49 강원 2024 청소년 참여 기본계획 / 김정숙·김경준·정은주·이용해·김혁진
- 21-R50 보호대상아동 심리정서지원체계 통합구축방안 연구 / 김지연·이상정·정소연
- 21-R51 위기청소년 자립지원 표준화방안 및 평가지표 개발 연구 / 김지연·정경은·권해수
- 21-R52 인천 다문화교육 종합발전방안 연구 / 연보라·김정숙·신동훈·김재우
- 21-R53 지자체 및 중앙부처 청년정책 분야별 시행계획 평가방안 심화연구 /
배정희·장근영·이용해
- 21-R54 청소년상담사 자격제도 개선연구 / 최창욱·좌동훈
- 21-R55 청소년 참여활성화 및 권리의식 신장을 위한 제도적 기반 연구 / 좌동훈·김지수
- 21-R56 2021년 대학 성희롱·성폭력 전담기구 실태조사 / 정은주·문호영
- 21-R57 포스트코로나 시대의 성남시 청소년서비스 수요분석과 대안전략 수립 연구 /
최용환·곽창규·김민주
- 21-R58 2021 특수교육대상자 인권실태조사 / 김성은·김영지·김지연·강경균·서고운·
최홍일·임경원
- 21-R59 학교 성희롱·성폭력 사안처리 컨설팅 매뉴얼 / 정은주·임지연
- 21-R60 (2022년 개정판)어울림 프로그램으로 열어가는 학교폭력 예방교육 안내서
(초등학교용) / 성윤숙·유설희·장원빈
- 21-R61 (2022년 개정판)어울림 프로그램으로 열어가는 학교폭력 예방교육 안내서
(중학교용) / 성윤숙·유설희·김예원
- 21-R62 (2022년 개정판)어울림 프로그램으로 열어가는 학교폭력 예방교육 안내서
(고등학교용) / 성윤숙·유설희·신보람
- 21-R63 지속가능한 청소년국제교유사업 발전방안 연구 / 양계민·김민
- 21-R64 2021 경기도 다문화학생 직업교육 지원방안 / 양계민·장윤선·강희숙
- 21-R65 이주배경 청소년 실태조사 / 양계민·정윤미·장윤선
- 21-R66 학업중단 위기 청소년의 유형별·단계별 지원 방안 / 김영지·박하나·손진희
- 21-R67 학업중단 예방을 위한 지역자원 유형 조사 및 연계 방안 / 김성은·송원일·최홍일·배수인
- 21-R68 2021년 청소년방과후아카데미 효과만족도 조사 연구 / 서정아·조아미
- 21-R69 포스트코로나 시대의 한·중 청소년 생활실태 및 가치관 비교연구 / 배상률·장수·김수영
- 21-R70 닛트 등 비경제활동 청년층의 노동시장 유입을 위한 정책방안 연구 / 김기현·유민상·
배정희·신동훈
- 21-R71 청년정책 해외사례 및 시사점 / 김기현
- 21-R72 청년과 정의 연구 / 김기현
- 21-R73 이주배경 아동·청소년 지원 지역기관 연계 시범사업 모니터링, 평가 및 모델개발(2차) /
연보라·좌동훈·장윤선·김재우·오성배·장흔성
- 21-R74 2021 학교 밖 청소년 실태조사 / 김희진·임희진·김정숙·서고운
- 21-R75 다함께돌봄센터 운영 실무 개발 연구 / 황진구·좌동훈
- 21-R75-1 다함께돌봄센터 운영 실무 매뉴얼 / 황진구·좌동훈
- 21-R76 강진 청소년문화예술센터 건립 연구용역 / 김영한·이유진·선민철·이상선
- 21-R77 2021년 지역사회 청소년 성장지원 모델 운영사업 / 황세영·이경상·유민상·최홍일

세미나 및 워크숍 자료집

- 21-S01 2020 학교폭력 예방교육 어울림 프로그램 우수사례집 (1.28)
- 21-S02 2021년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 워크숍(1.27)
- 21-S03 2020년 어울림 프로그램 운영 우수사례 시상 및 성과보고회(1.28)
- 21-S04 청년 연속기획포럼: 『2020 한국청년을 말한다』3차 포럼-한국청년, 무엇을 원하는가?(1.15)
- 21-S05 청소년정책 토론회 『코로나 팬데믹, 그리고 청소년』(2.26)
- 21-S06 2021년 학교폭력 예방교육 어울림 학생서포터즈단 발대식 및 사전교육 자료집(6.5)
- 21-S07 근거기반 이주배경청소년정책 추진방안모색을 위한 전문가 포럼(7.27)
- 21-S08 21세기 비전, 한국-몽골 청소년의 유라시아 이니셔티브(7.19)
- 21-S09 대안교실 프로그램(꿈지락) 이해 및 활용 직무연수 자료집(7.27)
- 21-S10 2021년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 상반기 성과보고회(8.10)
- 21-S11 2021 학업중단 예방 및 대안교육 포럼: 미래 대안교육, 함께 길을 찾다-청소년에게 맞춤형 교육기회를(8.20)
- 21-S12 대안학교 및 대안교육특성화학교 역량강화 연수(8.18)
- 21-S13 2021년 학교폭력 예방교육 발전방안 포럼(8.18)
- 21-S14 2021 미디어교육 현장지원단 워크숍: 학교 미디어교육 활성화 제고 및 현장 적용 방안 수업의 실제와 사례 공 유(8.13)
- 21-S15 National Youth Policy Review: India(6.14)
- 21-S16 National Youth Policy Review: Malawi(6.21)
- 21-S17 제41회 청소년정책포럼: 미래 청소년 정책의 새로운 구상(11.5)
- 21-S18 National Youth Policy Review: Gambia(6.29)
- 21-S19 2021년 학교폭력 예방교육 어울림 학생서포터즈단 중간워크숍 자료집(8.21)
- 21-S20 제4회 한일진로교육포럼: 코로나 시대의 진로교육, '다양한 배움의 장'에서의 진로교육기회보장에 관한 한일비교 (9.25)
- 21-S21 미래를 대표하기: 핀란드 정부의 청소년 참여 정책(9.10)
- 21-S22 제12차 청년정책포럼: 청년의 사회적 고립 실태 및 대응방안(10.5)
- 21-S23 콜로키움 Mongolian Youth Policy Review 5차(10.1)
- 21-S24 콜로키움 Guatemalan Youth Policy Review 6차(10.8)
- 21-S25 Youth and Public Policy in Afghanistan(11.22)
- 21-S26 제42회 청소년정책포럼: 청소년 정치참여 현안과제 및 활성화 방안 모색(11.25)
- 21-S27 청소년정책 릴레이 토론회 자료집 '환경변화에 따른 청소년 위기상황 대응 및 보호지원 방향'(10.27)
- 21-S28 영국의 청년 고용 및 훈련 정책(11.23)
- 21-S29 청소년정책 릴레이 토론회 자료집 '뉴노멀 시대의 청소년 활동 환경 조성 방안'(11.3)

- 21-S30 청소년정책 릴레이 토론회 자료집 '뉴노멀 시대의 청소년 복지정책 방향'(11.10)
- 21-S31 직원역량 콜로키움: 실무자를 위한 예산 편성의 실제(11.22)
- 21-S32 2021 대안학교 관리자 및 담당자 역량 강화를 위한 랜선평 워크숍 자료집(11.25)
- 21-S33 청소년 정책 토론회: 청소년활동 프로그램 성인지 감수성 제고 방안(12.2)
- 21-S34 지역사회 네트워크를 활용한 청소년 성장지원 정책 추진체계 구축 시범사업Ⅲ “
시범사업기관 성과공유 워크숍 (11.24)
- 21-S35 미국 연방정부 및 주정부의 주요 청소년 정책 사례(12.3)
- 21-S36 제10회 한국아동청소년패널 학술대회(11.19)
- 21-S37 2021년 우수 대안교육 위탁교육기관 지원사업 연차평가 사전 워크숍(12.17)
- 21-S38 2021 학업중단예방 집중지원학교 및 대안교실 성과공유회(12.16)
- 21-S39 2021 대안교육 위탁교육기관 담당자 역량강화 연수(12.16)
- 21-S40 청소년 정책 토론회: 청소년 참여활성화 및 권리의식 신장을 위한 제도(12.15)

학 술 지

- 「한국청소년연구」 제32권 제1호(통권 제100호)
- 「한국청소년연구」 제32권 제2호(통권 제101호)
- 「한국청소년연구」 제32권 제3호(통권 제102호)
- 「한국청소년연구」 제32권 제4호(통권 제103호)

기타 발간물

- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 130호 : 청소년활동의 사회적 가치 제고방안 연구
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 131호 : 청소년지도자 양성시스템 재구축 방안 연구Ⅱ
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 132호 : 국가 미래 인적자원으로서 재외동포청소년 성장과
지원방안 연구 Ⅲ
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 133호 : 지역사회 네트워크를 활용한 청소년 성장지원 정책
추진체계 구축방안 연구 Ⅱ
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 134호 : 학교 밖 청소년 지역사회 지원방안 연구Ⅲ :
질적 패널조사를 중심으로
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 135호 : 청소년 빅데이터 체계 구축 및 활용방안 연구
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 136호 : 청소년·청년의 플랫폼 노동 실태와 대응 방안 연구
- NYPI Bluenote 통계 53호 : 위기청소년 실태 파악을 위한 예비조사 결과

NYPI Bluenote 통계 54호 : 아동·청소년의 주거환경 인식조사
NYPI Bluenote 통계 55호 : Z세대 10대 청소년의 가치관 변화 연구
NYPI Bluenote 통계 56호 : 청년 사회·경제실태 및 정책방안 연구Ⅴ
NYPI Bluenote 통계 57호 : 위기청소년 건강권 실태
NYPI Bluenote 통계 58호 : 2020 다문화청소년 종단연구 2기 패널 주요 조사 결과
NYPI Bluenote 통계 59호 : 청소년 혐오표현 노출 실태 연구
NYPI Bluenote 통계 60호 : 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구Ⅲ : 청년 이직자
NYPI Bluenote 통계 61호 : 10대 청소년 미디어 이용 실태
NYPI Bluenote 통계 62호 : 한국아동·청소년패널조사 2018 제3차년도 주요 조사 결과 및
데이터 분석·활용
NYPI Bluenote 통계 63호 : 아동·청소년인권실태조사

연구보고 21-R03

10대 청소년의 정신건강 실태조사

인 쇄 2021년 12월 23일

발 행 2021년 12월 31일

발행처 한국청소년정책연구원
세종특별자치시 시청대로 370

발행인 김 현 철

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 신진

사전 승인 없이 보고서 내용의 무단 전재복제를 금함.
구독문의 : (044) 415-2125(학술정보관)

ISBN 979-11-5654-311-4

연구보고 21-R03

10대 청소년의 정신건강 실태조사

 **한국청소년정책연구원**
National Youth Policy Institute

30147 세종특별자치시 시청대로370 세종국책연구단지
사회정책동(D동) 한국청소년정책연구원 6/7층
Social Policy Building, Sejong National Research Complex, 370,
Sicheong-daero, Sejong-si, 30147, Korea
Tel. 82-44-415-2114 **Fax.** 82-44-415-2369



ISBN 979-11-5654-311-4