

2022 성남시 청소년 마음건강 연구

전체총괄	장인경(성남시청소년상담복지센터장)
운영총괄	이주연(성남시청소년상담복지센터 통합지원팀장)
연구총괄	김신아(성남시청소년상담복지센터 박사)
운영지원	손세원(성남시청소년상담복지센터 팀원) 김형경(성남시청소년상담복지센터 팀원) 이석영(성남시청소년상담복지센터 팀원)

2022 청소년 자살 위험성 평가와 지원 방안

Suicidal risk in Youth, Evidence-based Interventions

성남시 청소년 마을건강 연구

》》 발간사 《《

성남시청소년상담복지센터는 청소년이 지역사회 안전망 속에서 24시간 행복한 성장을 이어갈 수 있는 플랫폼 역할을 하고자 노력해 왔습니다. 이러한 노력의 하나로 올해 ‘성남시 청소년 정신건강 실태조사’와 ‘청소년 자살 위험성 유형화 연구’를 수행하였습니다. 이 연구는 관내 청소년 정신건강 보호와 증진을 위한 상담복지센터 서비스의 증거기반 운영(Evidence-based practice)을 지원하고자 하는 목적입니다. 성남시 청소년이 경험하는 우울, 불안 등의 정신건강 어려움과 자살 위험성 대응의 타당성과 신뢰성을 확보하고자 하였습니다.

그동안 청소년 정신건강 문제에 대한 지역사회의 지속적인 관심과 노력으로 과거보다 상담복지서비스는 진화하고 발전했습니다. 그러나 현재 우리 청소년이 경험하는 정신건강 관련 병리적 현상의 증가와 문제의 복합성과 심각성을 본 연구를 통해 확인할 수 있었습니다. 이 연구는 청소년 정신건강 개입은 단편적이고 획일적인 지원으로 해결될 수 없고 대상별, 유형별 개입과 청소년기 발달적 특성을 반영하여 다각적으로 지원해야 할 필요성의 근거를 제공해 줍니다. 이 연구가 성남시 청소년 정신건강 서비스의 진화와 청소년 정신건강 증진에 기여하기를 기대합니다.

연구를 위해 기꺼이 설문조사에 응해주신 청소년과 바쁜 일정에도 불구하고 조사에 협조해 주신 학교 선생님들께 깊은 감사를 드립니다. 정신건강 예방사업과 연구에 대한 전문성을 가지고 보고서를 완료하기까지 진정성과 책임을 다해 참여해 주신 연구진께도 감사의 마음을 전합니다.

마지막으로, 지역사회 자원이 청소년에게 연결되기는 쉽지 않습니다. 성남시청소년상담복지센터는 청소년이 정신건강 어려움에 부딪혔을 때, 힘들고 어려운 상황에서 도움을 청할 사람이 없을 때, 언제 어디서든 쉽게 찾아갈 수 있고 도움을 청할 수 있는 곳임을 알 수 있도록 더욱 노력하겠습니다.

2022년 11월

성남시청소년상담복지센터 소장

장인경

»» 요약 ««

1. 연구 목적

- 본 연구는 성남시청소년상담복지센터의 ‘정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’의 효과적인 운영을 지원하고 청소년 욕구에 부합하는 심리지원 서비스 전략의 증거기반 자료를 제공하는데 목적을 두고 있음. 이를 위하여, 성남시 청소년의 정신건강 및 관련 요인의 실태를 파악하고, 고위기 정신건강 문제인 ‘청소년 자살 위험성’을 탐색하고자 하였음.

2. 연구 내용

- 청소년기 정신건강에 대한 이해, 우리나라 청소년 정신건강 실태 및 정신건강 증진 지원체계(서비스)의 현황에 대한 문헌 리뷰, 성남시청소년상담복지센터 정신건강 지원사업 안내
- 성남시 청소년 정신건강 실태 및 청소년 정신건강에 영향을 미치는 개인, 가정, 사회적 자원과 보호요인(회복탄력성, 사회적 지지)에 대한 설문조사
- 청소년 자살에 초점을 두고 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 사용하여 성남시 청소년 자살 위험성 유형화 및 유형별 개인심리요인, 사회환경요인이 미치는 영향에 관한 심층 연구

- 청소년 정신건강 실태조사 결과 및 자살 위험성 유형화 연구 결과를 토대로 청소년 정신건강 서비스 증진 전략 제안

3. 연구 방법

- 조사 대상: 성남시청소년상담복지센터 2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업 대상 성남시 소재 6개 고등학교 1, 2학년 학생
- 조사 기간: 2022년 4월 ~ 6월(고1), 8월(고2)
- 조사 방법: 자기보고식 설문조사로 온라인 및 오프라인 병행 진행
- 조사 도구: 일반적 특성, 정신건강(우울, 불안, 무망감, 정신장애 선별 검사), 보호요인(회복탄력성, 사회적 지지)

4. 주요 결과

1) 성남시 청소년 정신건강 실태조사

가. 청소년 일반적 특성

- 본 조사 대상은 전반적으로 보호자로부터 정서적 지지 보다 물질적 지원을 더 많이 받는다고 평가하였고, 보호자의 정서적 지지를 받지 못한다는 청소년 10명 중 5명은 물질적 지원은 받고 있었고, 정서적 지지를 받지 못한다는 청소년 10명 중 2명은 물질적 지원도 받지 못한다고 평가함.
- 청소년이 인식하는 지지자원 즉, ‘어렵고 힘들 때 도움을 청할 대

상'은 가정 내 구성원(부모, 형제자매)보다 가정 외 사회적 관계(친구, 학교 선생님, 이웃 등)에서 상대적으로 높게 나타남.

- 청소년 지원기관 및 지원사업에 대한 인지도는 청소년전화1388(72.1%)이 가장 높았고, 다음 청소년상담복지센터(52.6%), 학교밖지원센터(25.7%)순으로 나타남. 그러나 기관 및 사업 이용 경험은 세 기관간 모두 3% 내외로 나타남.

나. 청소년 정신건강 실태

- 조사 대상의 27.7%는 정도 이상의 우울 증상(중등도 이상 14.7%), 19.4%는 정도 이상의 불안 증상에 노출되어 있어, 청소년 10명 중 적어도 2명 이상은 우울, 불안에서 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 드러남. 조사 대상의 58.8%는 정도 이상의 무망감을 경험하고 있는 것으로 나타나, 청소년의 절반 이상이 부정적 미래에 대한 기대를 보이고 있었음.
- 앞선 세 가지 정신건강 영역인, 우울, 불안, 무망감 분류 결과와 K-PDSQ(한국판 정신장애 진단 선별 질문지) 정신장애 검출 결과를 교차 검증하여 정신장애 위험도(risk)를 분류한 결과, 조사 대상의 31.2%는 정신장애 위험도가 높은 위험군 이상(고위험군 22%)으로 분류, 청소년 10명 중 3명 이상이 우울, 불안, 무망감과 함께 정신장애 공존질환을 가지고 있을 가능성이 높았음.
- 정신건강 수준별 인구사회학적 특성을 비교한 결과, 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 여학생이 남학생보다, 1학년이 2학년보다, 특성화고등학교가 일반고등학교보다 고위험군의 비율이 높게 나타남.

- 정신건강 수준별 가정환경 차이를 비교한 결과, 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 고위험군이 저위험군에 비해 가정의 경제적 수준이 낮고, 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등을 경험하고, 보호자의 물질적/정서적 지원을 받지 못하는 것으로 나타남.
- 정신건강 수준별 사회적 자원의 차이를 비교한 결과 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 고위험군에서 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 ‘없다’는 비율이 높았고, 저위험군은 ‘4명 이상 있다’는 비율이 높았음. 정신건강 영역 중 무망감과 정신장애 위험도에서 저위험군이 고위험군보다 지역사회 청소년 지원기관 및 사업에 대한 인지도 점수가 높았고, 불안과 정신장애 위험도가 높은 고위험군이 저위험군보다 지역사회 청소년 지원기관 및 사업에 대한 이용 경험이 높았음.

다. 청소년 정신건강 보호요인 실태

- 청소년의 정신건강 수준별 회복탄력성을 비교한 결과, 회복탄력성 6개 하위요인 감정조절, 관계성, 문제해결력, 자기효능감, 낙관성, 끈기 점수는 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도가 낮은 집단이 고위험 집단보다 높게 나타남.
- 청소년의 정신건강 수준별 사회적 지지를 비교한 결과, 친구지지, 가족지지 점수는 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두에서 저위험 집단이 고위험 집단보다 높았고, 교사지지 점수는 우울, 무망감, 정신장애 위험도에서 저위험 집단이 고위험 집단보다 높았음.

2) 성남시 청소년 자살 위험성 유형화 및 예측요인 탐색 연구

가. 청소년 자살 위험성 유형화 결과

- 증거기반(Evidence-based) 정책을 위한 유형화 연구 방법의 하나로, 실천영역에서 보다 나은 타겟팅이나 프로그램 평가를 가능하게 하는 장점이 있어 상담복지현장의 대상 맞춤형 지원의 타당성과 신뢰성을 높이는데 활용되고 있는 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 사용하여 청소년의 자살 위험성을 유형화하였음.
- 청소년의 자살생각 수준 및 양상의 차이를 반영하여 청소년 자살 위험성 유형을 분석한 결과, 4개의 잠재집단이 도출됨. 4개 유형은 각 차원별 특성을 고려하여 자살 위험성 ‘적신호군’, ‘잠재군’, ‘단순생각군’, ‘일반군’으로 명명하였음.
- 자살 위험성 4개 유형별 특징은 다음과 같음. ‘적신호군’ 자살 위험성이 가장 높은 집단으로 전체의 3.6%를 차지함. 이들은 빈번하고 진지한 자살생각, 자살 욕구 및 소망, 구체적인 자살 방법까지 생각하는 청소년으로 다른 유형에 비해 상대적으로 치명적인 자살 사고를 가진 긴급 개입이 필요한 집단임.
- ‘잠재군’은 전체의 5.8%를 차지하는 집단으로, 적신호군에 비해 치명적인 수준은 아니지만, 자살에 대한 욕구가 높은 청소년으로 방치할 경우 더 심각한 자살 행동으로 발전할 가능성이 있는 개입이 필요한 고위험 집단임.
- ‘단순생각군’은 전체의 10.1%를 차지하는 집단으로, 잠재군과는 뚜렷하게 구분되는 특성을 보임. 이들은 자살 의도가 없는 경미한 수준

의 자살생각을 하는 청소년으로 예방 교육이 필요한 집단임.

- 마지막 ‘일반군’은 전체의 80.5%를 차지하는 청소년으로, 자살 위험성이 매우 낮지만, 청소년 자살의 특성상 일반군 역시 단순생각군과 마찬가지로 자살 예방 교육이 필요한 집단임.
- 이들 4개 집단은 자살 위험성에 있어서 상이한 패턴을 보이는 이질적인 하위 유형이라 할 수 있음.

나. 청소년 자살 위험성 유형별 예측요인 분석 결과

- 자살 위험성 4개 유형의 영향요인을 개인심리 및 사회환경적 요인으로 구분하여 살펴본 결과, 개인심리요인에서는 불안, 회복탄력성의 낙관성과 자기효능감이 영향을 미치는 요인으로 나타남. 구체적으로, 청소년의 불안이 높을수록 ‘일반군’과 ‘단순생각군’보다 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았음. 다음 낙관성이 높을수록 ‘일반군’, ‘단순생각군’, ‘잠재군’보다는 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았고, 자기효능감이 높을수록 ‘일반군’과 비교해서는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았으나 ‘적신호군’과 비교해서는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았음.
- 사회환경요인에서는 학교 유형, 가정의 경제적 수준, 사회적 지지의 친구지지와 교사지지이 영향을 미치는 요인으로 나타남. 구체적으로 일반고등학교 학생이 특성화고등학교 학생보다 ‘일반군’과 ‘단순생각군’보다는 ‘적신호군’과 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았음. 단순히 학교 유형별 자살 위험성 분포를 살펴보았을 때는 일반고등학교에서는 ‘일반군’의 비율이 높았고, 특성화고등학교에서는 ‘잠재

군’과 ‘적신평군’의 비율이 높았으나, 학교유형이 자살 위험성에 미치는 영향을 분석하자 일반고등학교 학생이 특성화고등학교 학생보다 자살 위험성이 더 심각한 것으로 나타남.

- 또한 가정의 경제적 수준이 높을수록, 보호자의 물질적 지원이 많을수록 ‘일반군’과 ‘단순생각군’보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았으며, 친구지지가 높을수록 ‘잠재군’보다는 ‘일반군’에 속할 확률이 높았으나, 교사지지는 높을수록 ‘단순생각군’보다는 ‘적신평군’에 속할 확률이 높았음.

5. 기대효과

- 지역사회에 실태조사 결과를 공유하여 청소년의 정신건강 문제에 대한 인식개선에 기여할 수 있음.
- 신체적 질병과 달리 주관적 경험 수준에서 진행되는 정신건강의 특징을 다루어 가정, 학교, 사회의 지속적인 관심을 유도하고 추후 실태조사 및 정신건강 서비스 대상의 범위를 확대하는데 근거자료로 활용될 수 있음.
- 청소년의 정신건강 심각도와 양상에 따른 위험 및 보호요인을 파악하여, 유형별 보호요인 수준에 따른 개입 방안과 차별화된 프로그램을 마련하여 청소년의 건강한 성장을 지원하고자 함.
- 청소년 자살 위험성 유형화 연구는 다양한 양상의 청소년 자살에 대한 입체적이고 다각적인 개입 방안을 위한 기초정보를 제공함. 성남시 청소년 정신건강 실태 및 자살 위험성 유형화 결과를 공론화하여

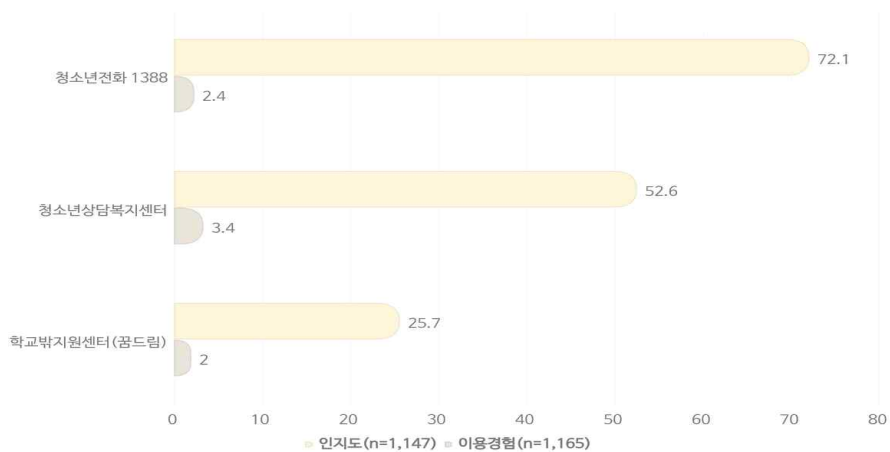
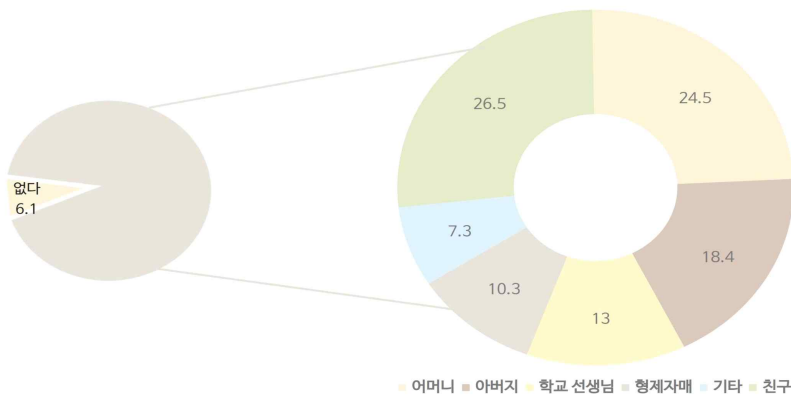
청소년의 심리·정서적 지원 전반에 공적 차원의 제도적 시스템 및 서비스 전달 과정에 증거기반 자료를 제공하는데 활용할 수 있음.

≫≫ 그래프로 보는 실태조사 요약 ≪≪

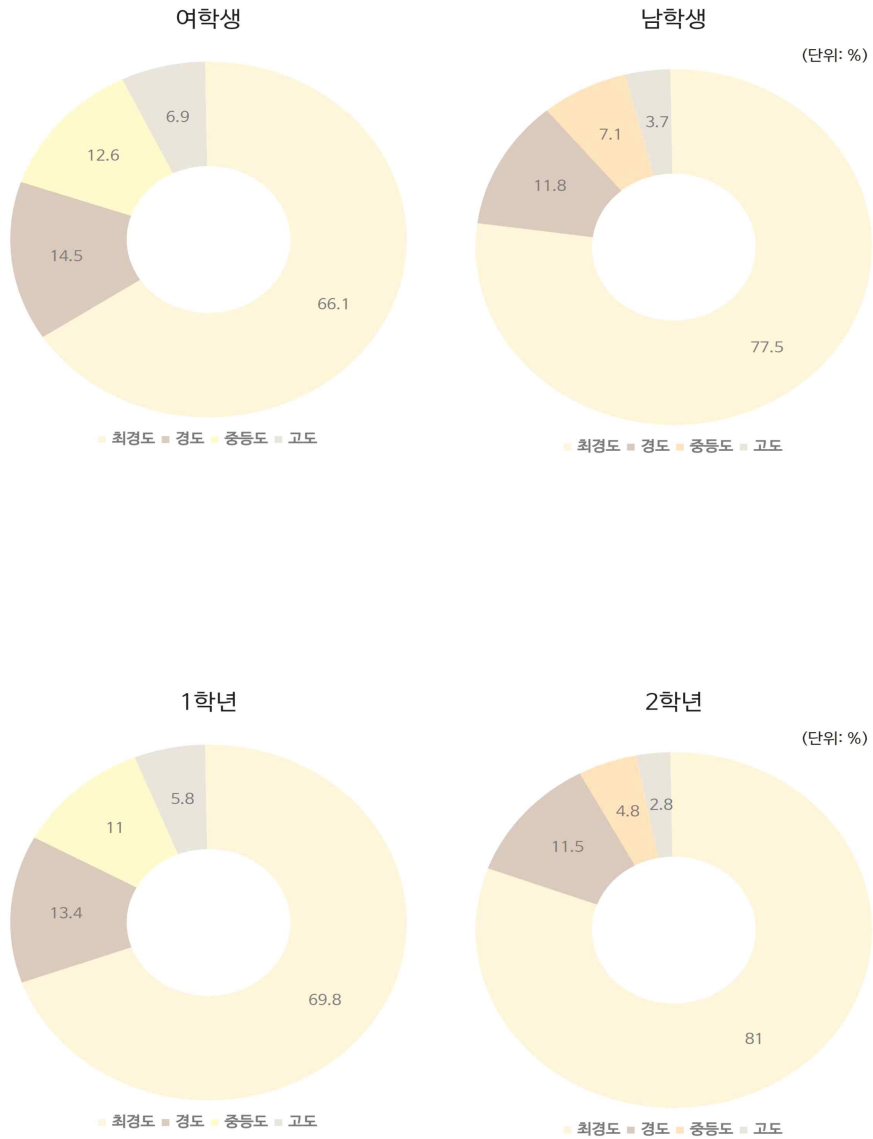
청소년의 사회적 자원 특성

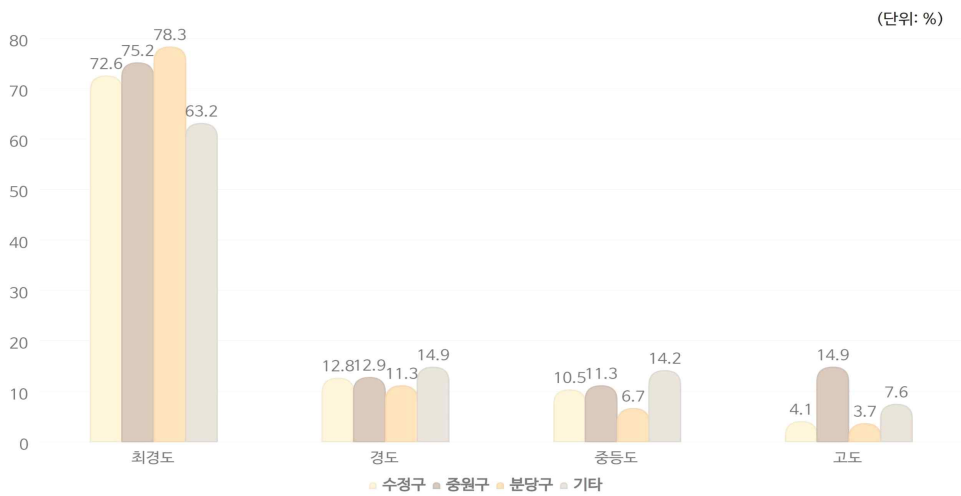
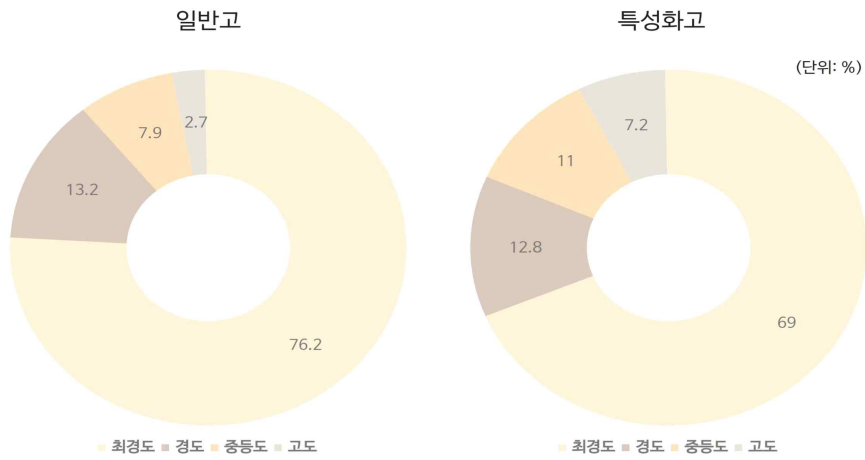
어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상

(단위: %)



청소년의 우울 수준별 인구사회학적 특성

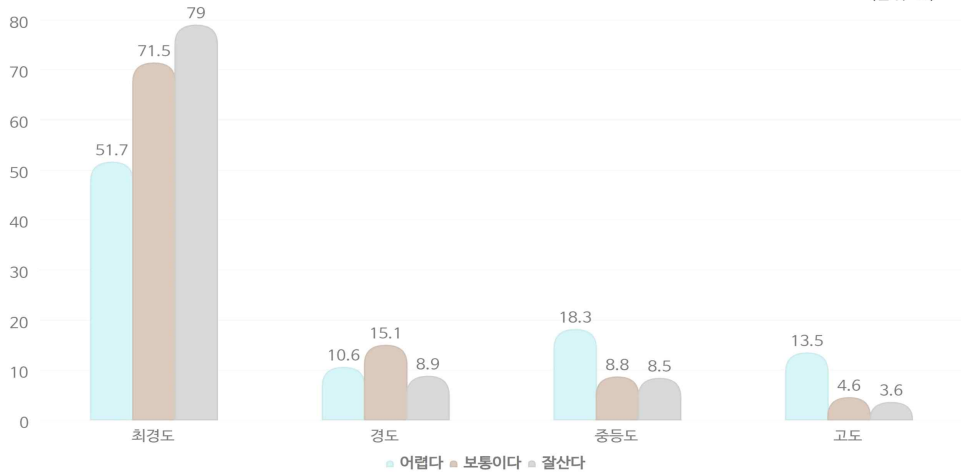




청소년의 우울 수준별 가정환경 특성

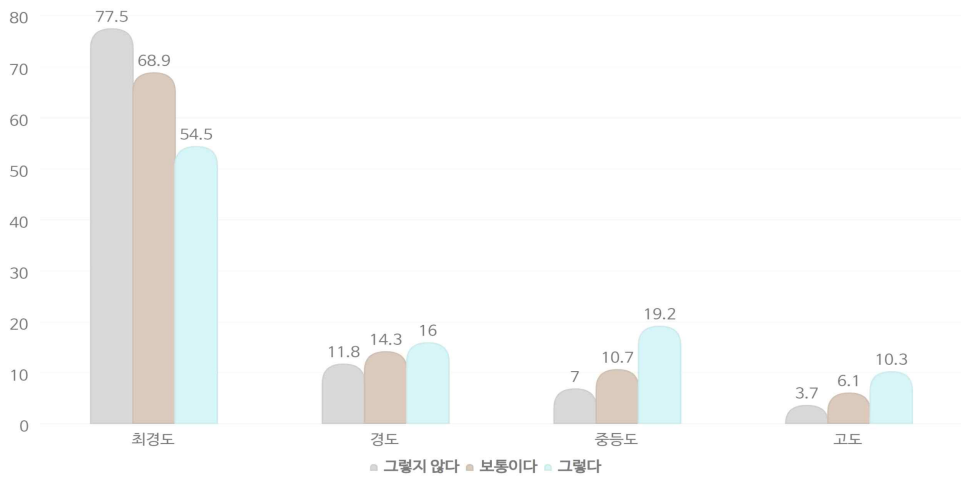
가정의 경제적 수준

(단위: %)



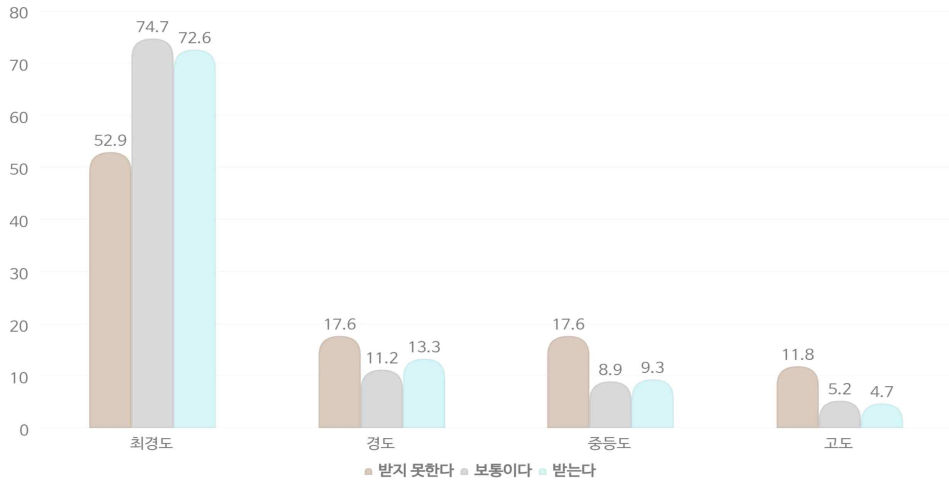
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등

(단위: %)



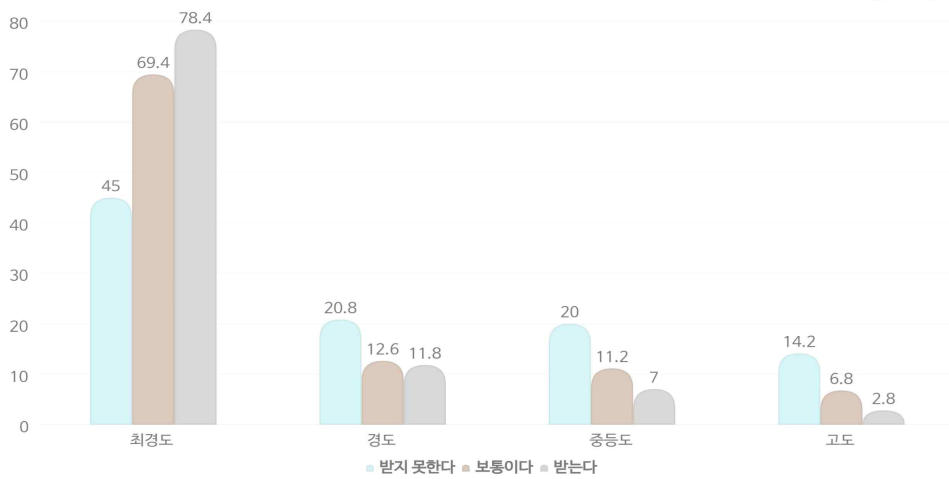
보호자의 물질적 지원

(단위: %)



보호자의 정서적 지원

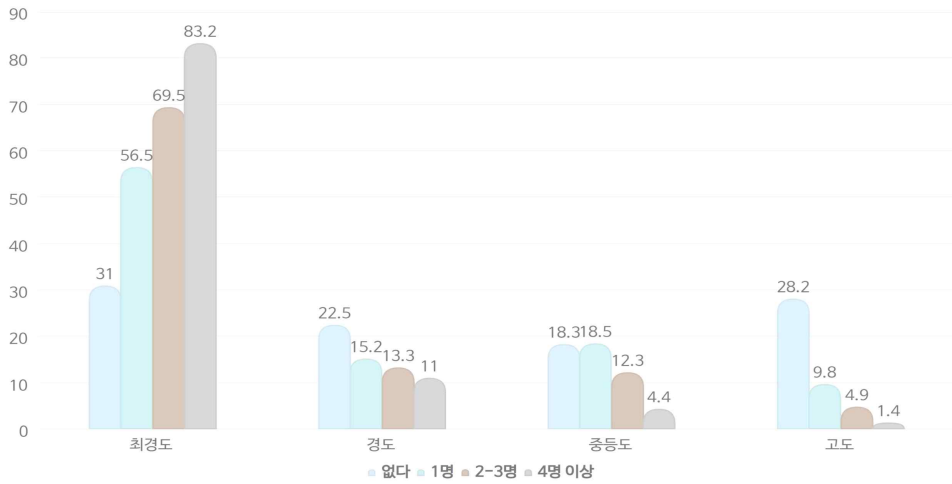
(단위: %)



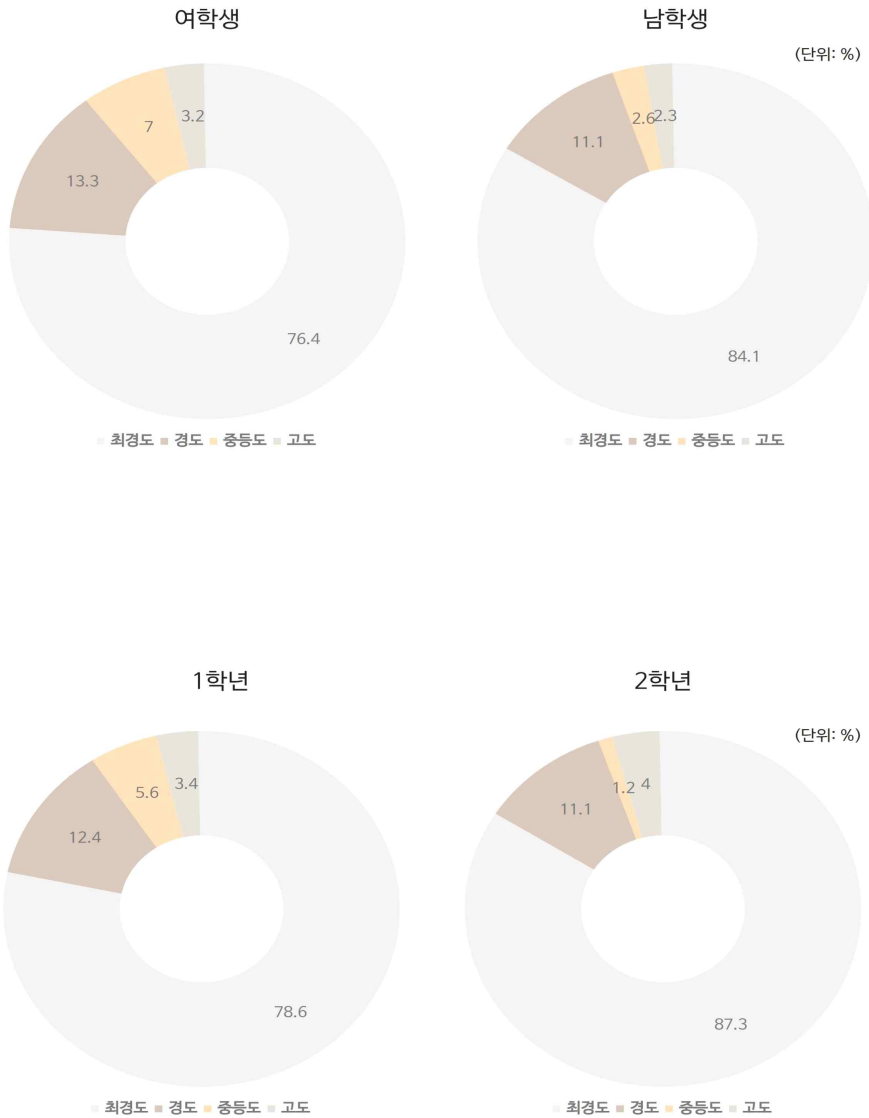
청소년의 우울 수준별 사회적 지지 자원

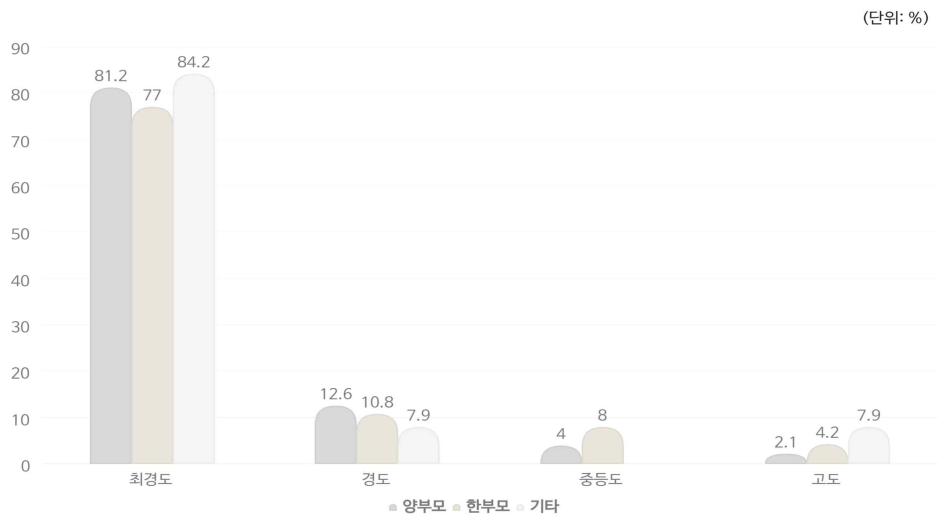
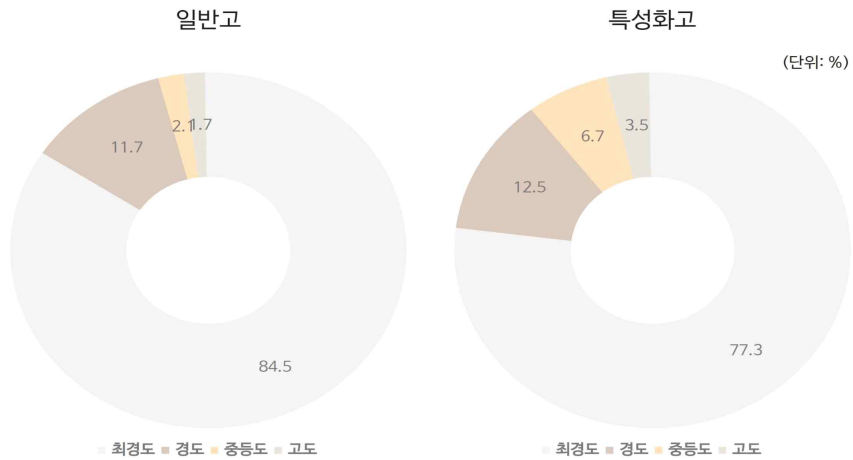
어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람

(단위: %)



청소년의 불안 수준별 인구사회학적 특성





청소년의 불안 수준별 가정환경 특성

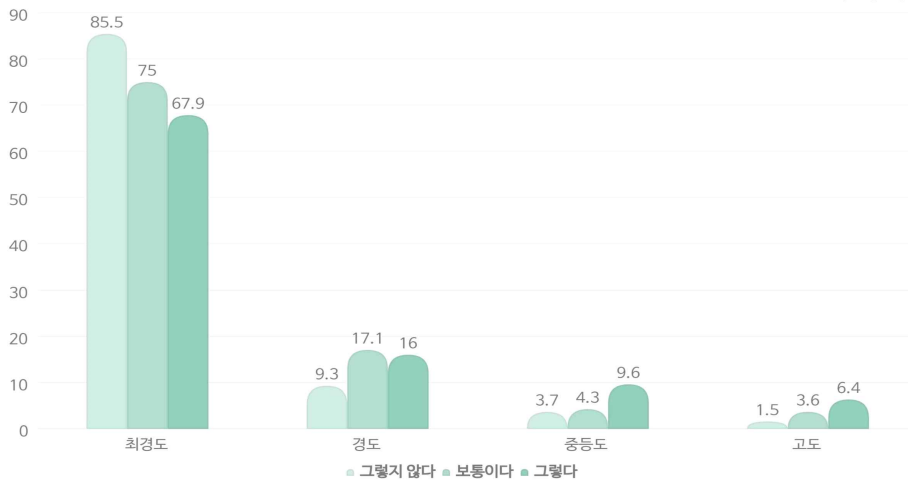
가정의 경제적 수준

(단위: %)



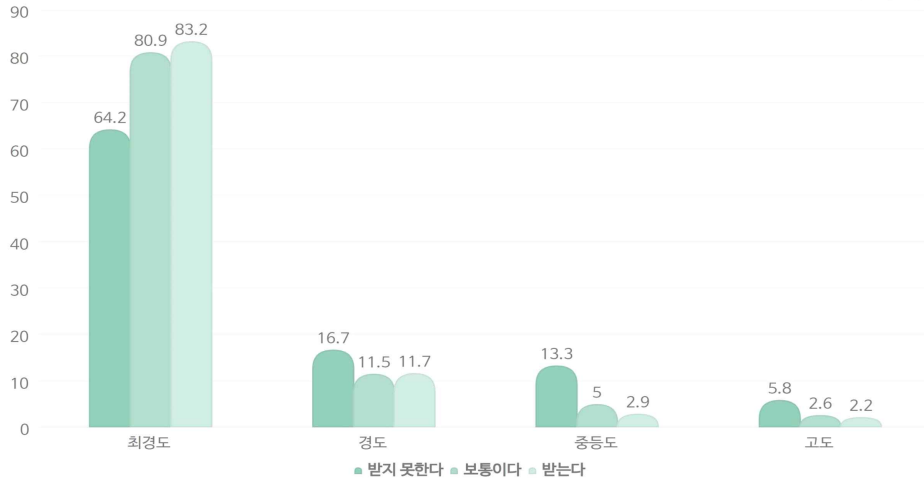
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등

(단위: %)



보호자의 정서적 지원

(단위: %)



청소년의 불안 수준별 사회적 지지 자원

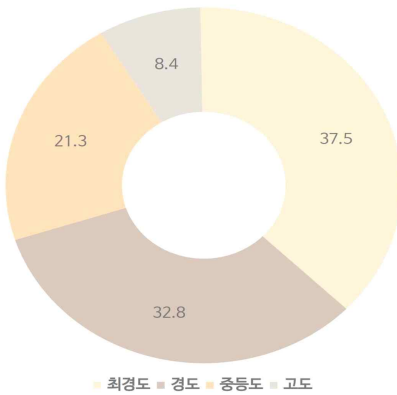
어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람

(단위: %)



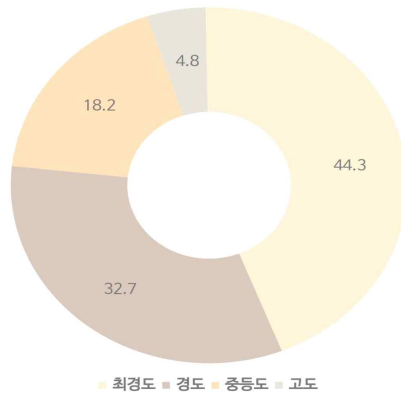
청소년의 무망감 수준별 인구사회학적 특성

여학생

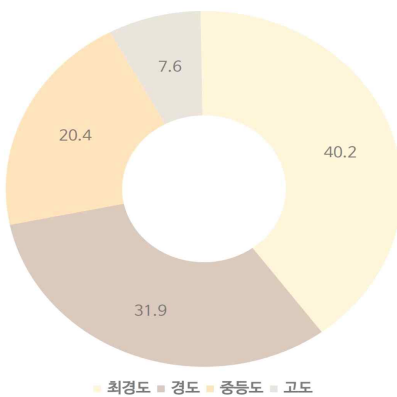


남학생

(단위: %)

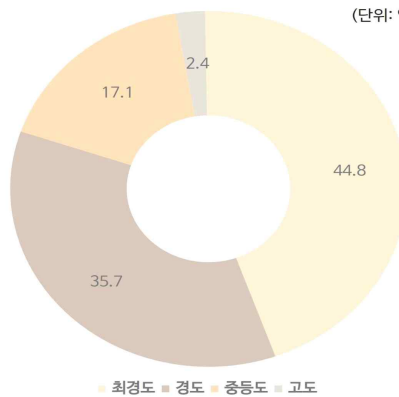


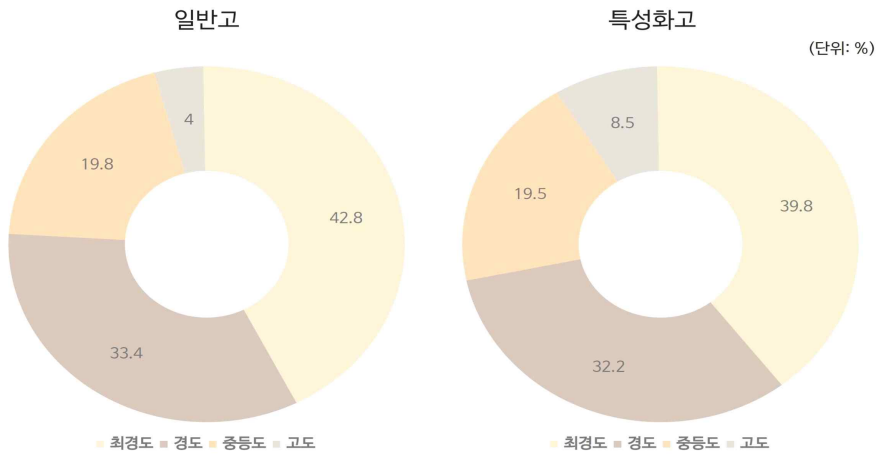
1학년



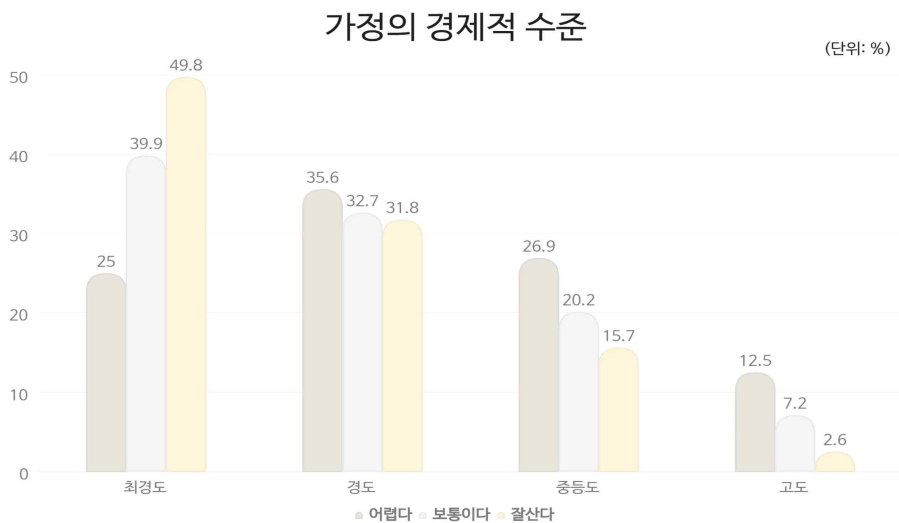
2학년

(단위: %)



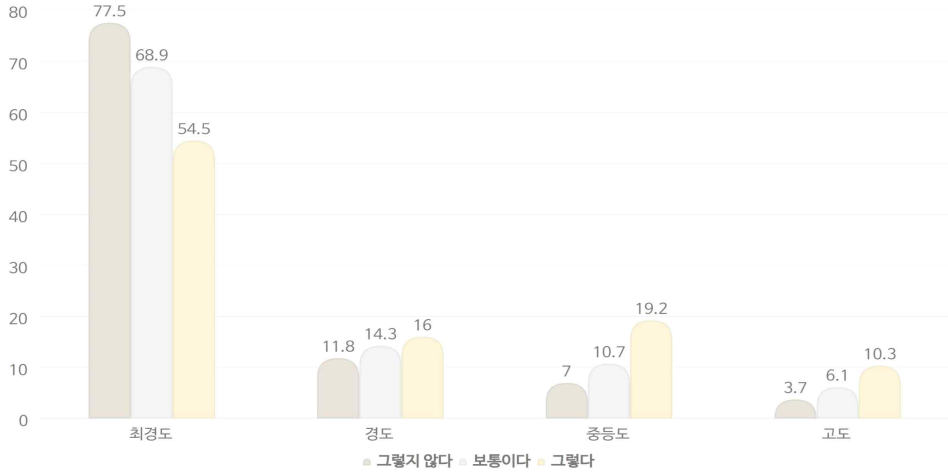


청소년의 무망감 수준별 인구사회학적 특성



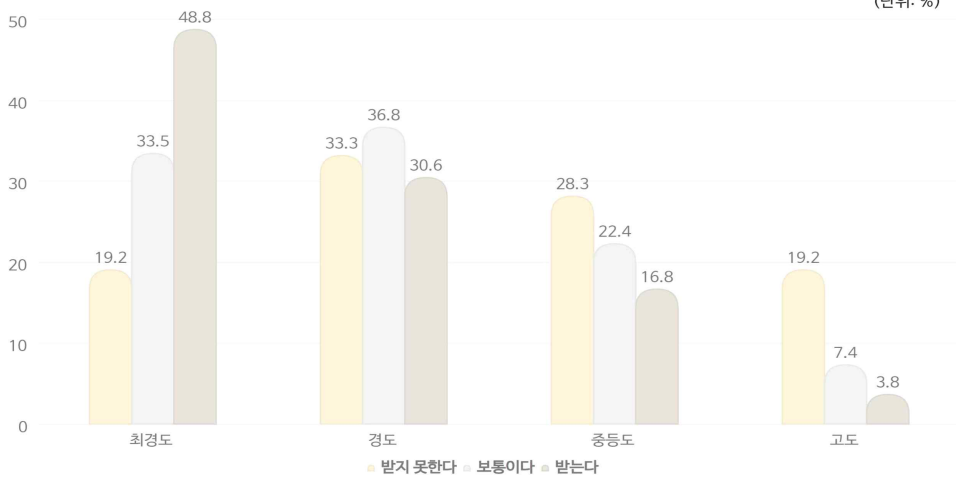
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등

(단위: %)



보호자의 정서적 지원

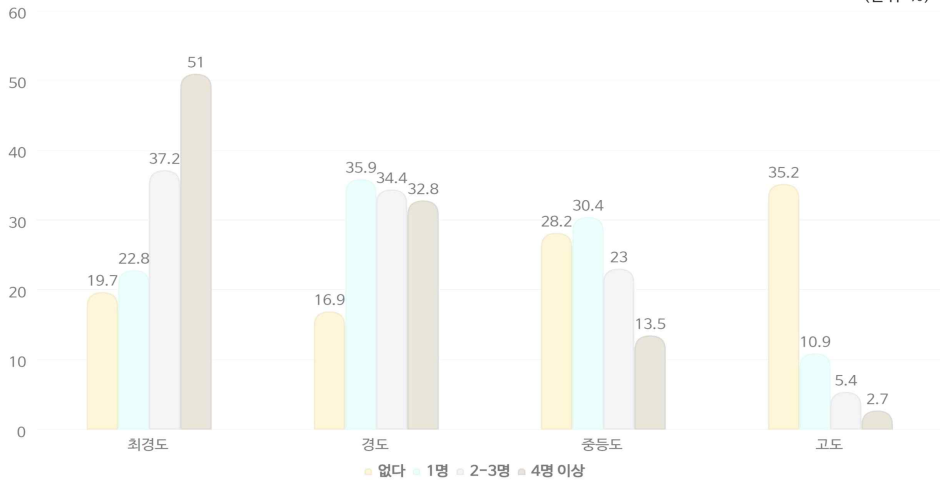
(단위: %)



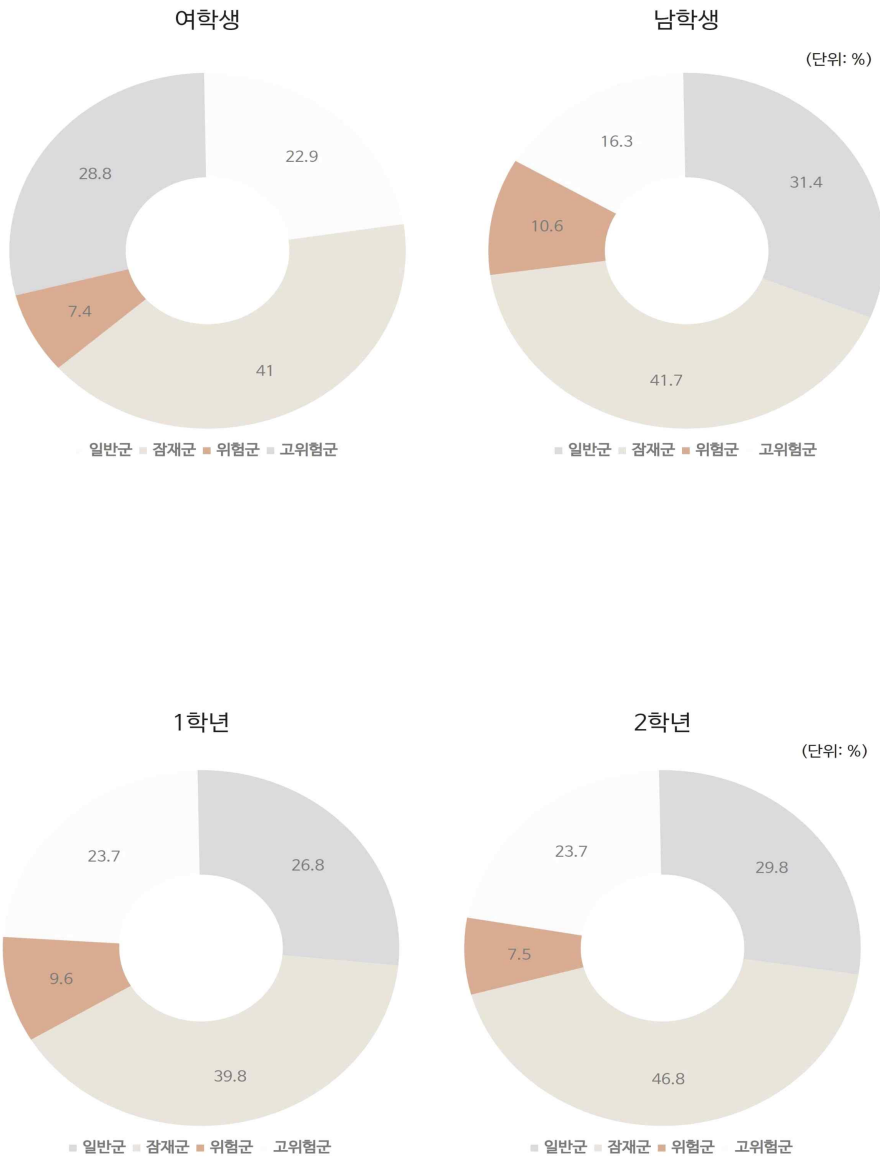
청소년의 무망감 수준별 사회적 지지 자원

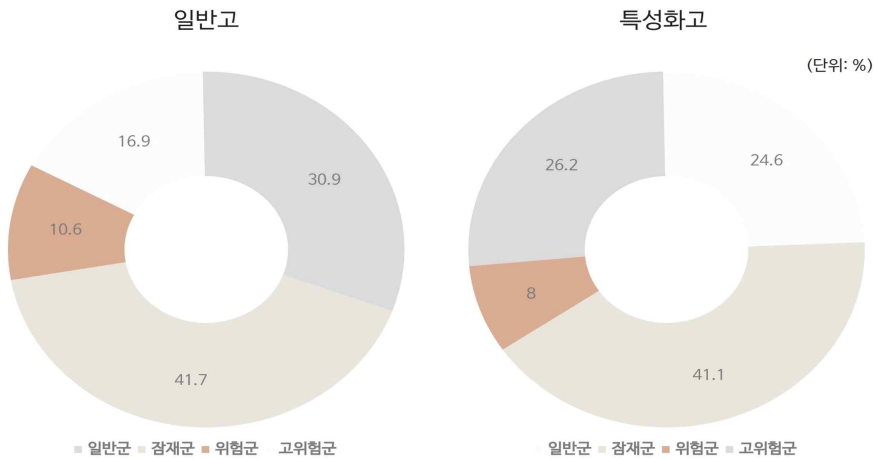
어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람

(단위: %)

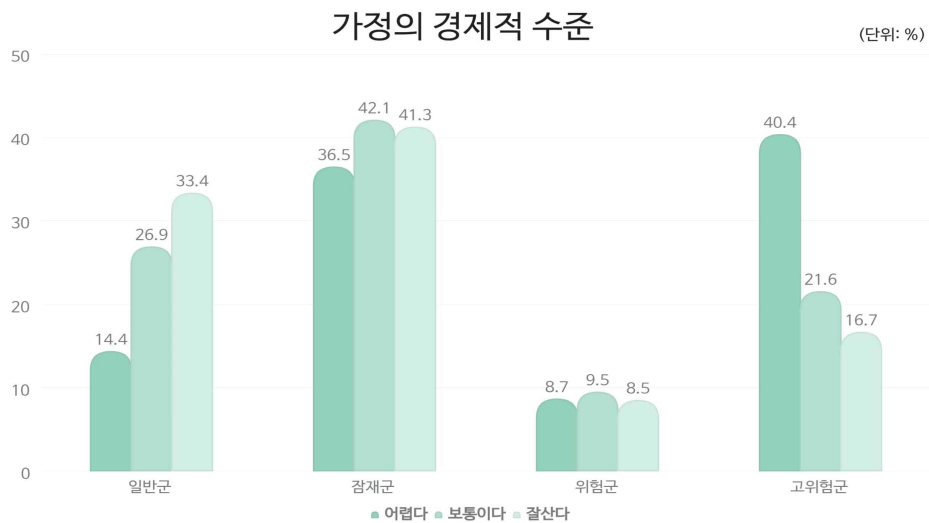


청소년의 정신장애 위험도 수준별 인구사회학적 특성



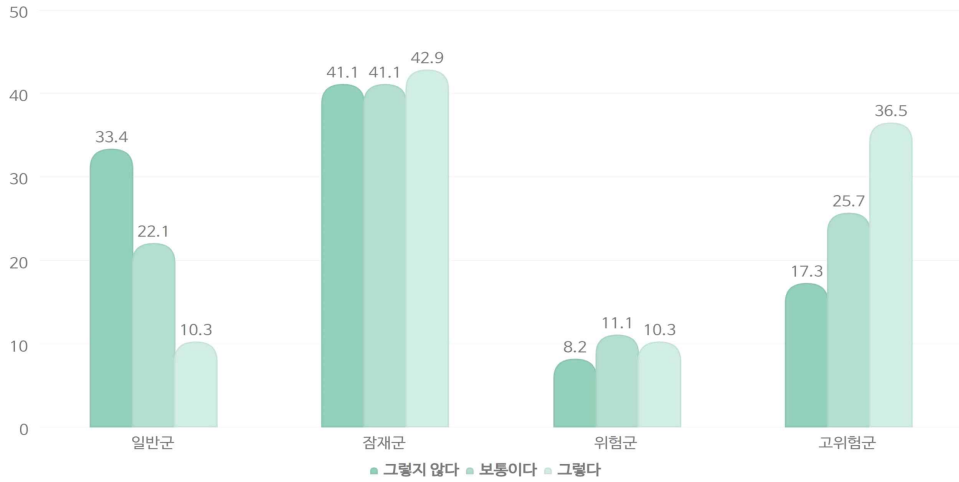


청소년의 정신장애 위험도 수준별 가정환경 특성



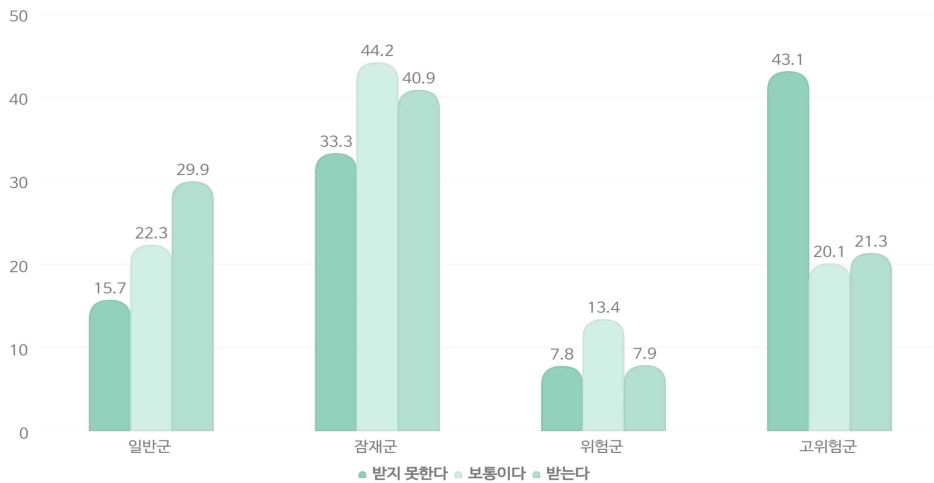
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등

(단위: %)



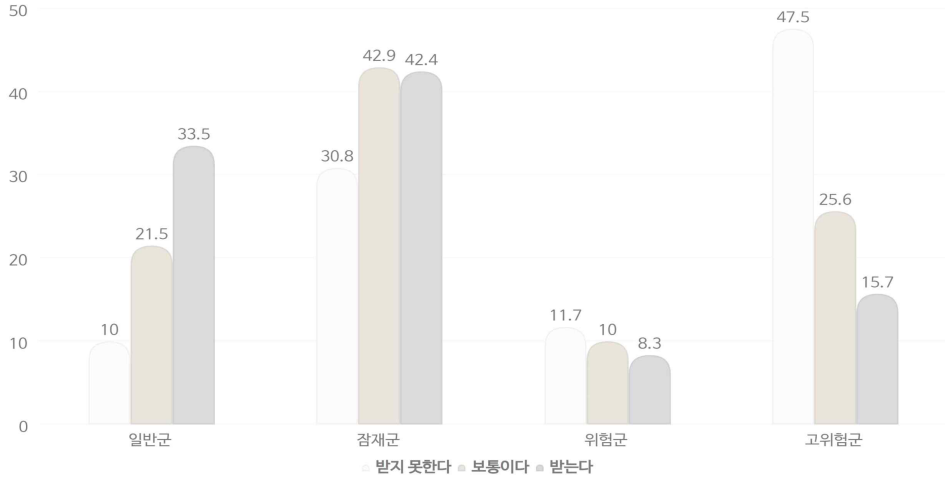
보호자의 물질적 지원

(단위: %)



보호자의 정서적 지원

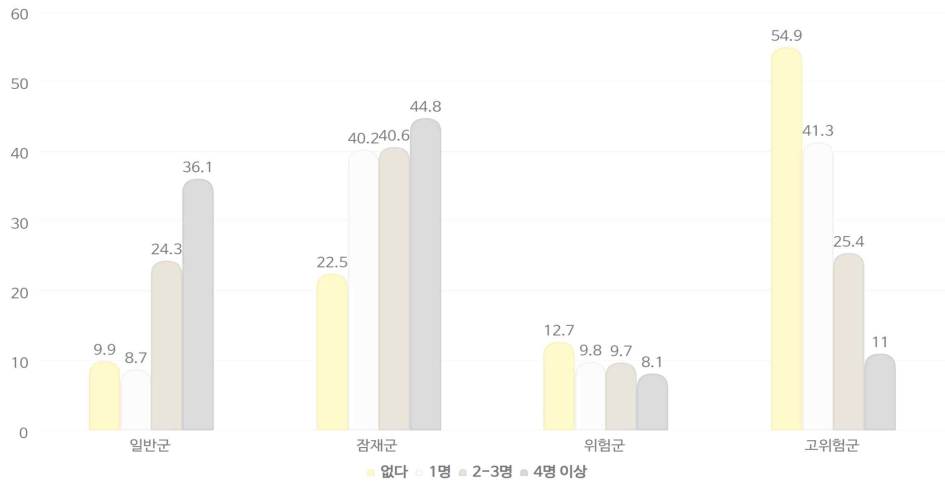
(단위: %)



청소년의 정신장애 위험도 수준별 사회적 지지 자원

어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람

(단위: %)



목 차

I. 서론

- 1. 연구의 필요성 및 목적 3
- 2. 연구 내용 및 방법 10

II. 이론적 배경

- 1. 청소년과 정신건강 15
 - 1) 청소년기 정신건강의 중요성 15
 - 2) 청소년 정신건강 현황 18
 - 3) 성남시 청소년 정신건강 현황 23
- 2. 청소년 정신건강 서비스 27
 - 1) 청소년 정신건강 증진 서비스 27
 - 2) 성남시 청소년 정신건강 증진 서비스 34
- 3. 소결 36

III. 성남시 청소년 정신건강 실태조사

- 1. 조사 내용 41
 - 1) 조사 목적 41
 - 2) 조사 대상 및 방법 41
 - 3) 조사 도구 43
 - 4) 분석 방법 50
- 2. 조사 결과 50
 - 1) 응답자의 일반적 특성 50
 - 2) 정신건강 실태 56
 - 3) 청소년 정신건강 수준별 회복탄력성 실태 76
 - 4) 청소년 정신건강 수준별 사회적 지지 실태 83
- 3. 소결 89

IV. 성남시 청소년 자살 위험성 유형화 및 예측요인 탐색 연구	
1. 연구 내용	96
1) 연구의 목적	96
2) 연구의 필요성	96
3) 연구 문제	101
4) 연구 방법	101
2. 연구 결과	106
1) 청소년의 자살 위험성 유형화 및 집단별 특성	106
2) 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 예측요인 분석	112
3. 소결	118
V. 결론	127
VI. 참고문헌	145
VII. 부록	160
VIII. Abstract	177

표 목 차

〈표 II-1〉 아동 및 청소년 자살 현황.....	21
〈표 III-1〉 조사대상 및 조사내용.....	42
〈표 III-2〉 Beck 3종 척도의 점수해석 가이드라인(Cut-off score).....	46
〈표 III-3〉 K-PDSQ 척도의 점수해석 가이드라인(Cut-off score).....	48
〈표 III-4〉 청소년의 인구사회학적 특성.....	51
〈표 III-5〉 청소년의 가정환경 특성.....	52
〈표 III-6〉 청소년의 가정내 지지자원.....	53
〈표 III-7〉 청소년의 사회적 자원 특성: 지지자원.....	54
〈표 III-8〉 청소년의 사회적 자원 특성: 청소년 기관 관련 경험	55
〈표 III-9〉 청소년의 사회적 자원 특성: 청소년 기관 이용 경험.....	55
〈표 III-10〉 청소년의 우울 수준별 인구사회학적 특성 비교	57
〈표 III-11〉 청소년 우울 수준별 가정환경 비교.....	59
〈표 III-12〉 청소년 우울 수준별 사회적 자원 비교.....	60
〈표 III-13〉 청소년의 불안 수준별 인구사회학적 특성 비교.....	62
〈표 III-14〉 청소년 불안 수준별 가정환경 비교.....	63
〈표 III-15〉 청소년 불안 수준별 사회적 자원 비교.....	65
〈표 III-16〉 청소년의 무망감 수준별 인구사회학적 특성 비교.....	66
〈표 III-17〉 청소년 무망감 수준별 가정환경 비교.....	68
〈표 III-18〉 청소년 무망감 수준별 사회적 자원 비교.....	70

〈표 III-19〉 정신장애 위험도 분류기준.....	71
〈표 III-20〉 청소년의 정신장애 인구사회학적 특성 차이 검증.....	72
〈표 III-21〉 청소년의 정신장애 가정환경 차이 검증	73
〈표 III-22〉 청소년 정신장애 수준별 사회적 자원 차이 검증.....	75
〈표 III-23〉 우울 수준별 회복탄력성 비교.....	77
〈표 III-24〉 불안 수준별 회복탄력성 비교.....	79
〈표 III-25〉 무망감 수준별 회복탄력성 비교.....	81
〈표 III-26〉 정신장애 위험도 수준별 회복탄력성 비교.....	83
〈표 III-27〉 우울 수준별 사회적 지지 비교.....	84
〈표 III-28〉 불안 수준별 사회적 지지 비교.....	86
〈표 III-29〉 무망감 수준별 사회적 지지 비교.....	87
〈표 III-30〉 정신장애 위험도 수준별 사회적 지지 비교.....	88
〈표 IV-1〉 인구학적 배경 및 주요변수.....	103
〈표 IV-2〉 연구대상자의 일반적 특성.....	107
〈표 IV-3〉 청소년 자살 위험성 잠재계층분석 결과.....	108
〈표 IV-4〉 청소년 자살 위험성 잠재계층별 특성: 자살 위험성 지표 응답률.....	110
〈표 IV-5〉 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성.....	113
〈표 IV-6〉 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 예측요인 분석결과...	116

그 립 목 차

[그림 I -1] 주요 연구 내용과 방법의 개요.....	12
[그림 II -1] 성별, 교급별 우울증상 비교.....	19
[그림 II -2] 청소년과 성인의 우울감 경험률 비교.....	20
[그림 II -3] 코로나 19 확산 이전 3개년과 이후 시기 청소년사이버상담 주호소 내용 경향.....	23
[그림 II -4] 2020 성남시 청소년 삶의 만족도 및 스트레스와 부적응, 심리치료 요구.....	24
[그림 II -5] 코로나 19 확산 이전 2개년과 이후 시기 성남시 청소년 상담 호소 문제 경향	26
[그림 II -6] 국가 정신건강 증진사업의 비전과 정책목표.....	28
[그림 II -7] 청소년안전망 연계지원 절차.....	31
[그림 II -8] 기초정신건강복지센터 연계지원 절차.....	33
[그림 II -9] 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업 흐름도.....	36
[그림 IV -1] 자살로 사망한 청소년 수.....	97
[그림 IV -2] 본 연구의 모형.....	101
[그림 IV -3] 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성.....	111

I . 서론

1. 연구 필요성 및 목적

정신건강은 인간의 건강과 안녕(well-being)에 필수적인 부분이며 모든 인간이 누려야 할 기본권이다(WHO, 2022). 세계보건기구(WHO)에서는 정신건강을 ‘개인이 자신의 잠재력을 실현할 수 있는 상태로, 일상에 발생하는 스트레스에 대처하고 생산적으로 활동하여 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 well-being의 상태’로 정의하고 있다(WHO, 2004). 정신건강이 좋다는 것은 개인적, 사회적으로 충분히 기능하고 사람들과 연결되고 편안하고 탄력적인 안녕(well-being) 상태를 유지하고 있음을 의미한다. 정신건강의 중요성에 따라 WHO는 매년 10월 10일을 세계 정신건강의 날(World Mental Health Day)로 지정하여 각종 캠페인과 정보 공유로 세계인의 정신건강 문제에 대한 인식과 관리 노력을 끌어내려 하고 있다. 예를 들면 2016년 세계 정신건강의 날에는 젊은 세대 정신건강 문제의 심각성을 인지하고 ‘우울증, 이야기합시다(Depression: Let’s talk) 캠페인을 벌인 바 있다. 그러나 유니세프 2021년 ‘세계아동현황 보고서’에 따르면, 전 세계적으로 10~19세 청소년 7명 중 1명은 정신장애를 겪는 것으로 추정되고 있으며, 매년 46,000명에 가까운 청소년이 목숨을 끊는다고 보고하고 있다(Keeley, 2021). 청소년 사망의 5대 원인 중 하나가 자살이며, 매 11분마다 1명 이상의 청소년이 스스로 생을 마감하고 있어 청소년 자살에 대한 전세계의 우려가 높다.

우리나라 청소년 역시 예외는 아니다. 현재 우리나라 청소년의 정신건강은 매우 우려할만한 수준이다. 관련 통계를 살펴보면, 2016년부터 2020년까지 정신건강 관련 진료를 받은 10~19세 환자 수는 꾸준히 증가하고 있으며, 2020년을 기준으로 청소년 10명 중 1명은 최근 12개월 동안 자살을 심각하게 생각하는 것으로 나타났다(박진우 & 허민숙, 2021). 실태조사에서도 상당수의 청소년이 스트레스, 우울감, 자살충동 등의 심리적 고통과 우울증, 불안장애, 적응장애 등의 정신질환을 겪고 있었다(교육부, 2019; 한국트라우마스트레스학회, 2021.06.29; 최정원 외, 2021) 이러한 현상은 성남시 청소년도 마찬가지이다. 2021년 성남시 청소년 1,000명을 대상으로 한 정신건강실태조사에 따르면(장인경 외, 2021), 청소년의 24.9%가 높은 수준으로 스트레스를 지각하고 있으며, 13.4%가 중등도 이상의 불안, 20.2%가 중등도 이상의 우울증상을 보였다. 자살 또한 심각한 청소년 정신건강 문제이다. 2022 자살예방백서의 최근 5년간 자살률을 살펴보면, 2020년 청소년 자살자 수는 957명으로 전년 대비 81명(9.2%) 증가하였고, 자살률은 인구 10만 명당 11.1명으로 전년 대비 1.2명(12.2%) 증가하였다. 2016년과 2017년에는 인구 10만명 당 자살자 수가 7.7~7.8명이었으나 2018년부터 9명대를 기록, 2020년에는 11.1명으로 증가 추세이다(한국생명존중희망재단, 2022). 이 조사에서 2020년 청소년 자살자 수는 경기도 242명으로 가장 많았다.

특히 우리나라 청소년은 급격한 경제성장 및 과열된 입시경쟁과 같은 국내의 독특한 사회구조로 인해 외국의 청소년과 구별되는 정신건강 특성이 있다. 2017년 이후 지속되는 저성장국면 등의 위기상황으로 촉발된 가족 간 유대의 약화와 더불어 과도한 입시경쟁 스트레스 등으로 괴

로움을 겪고 있으며, 이는 자살과 같은 심각한 정신건강 문제 및 학교 내 위기 사안의 급증으로 나타나고 있다(교육부, 2019). 이러한 현실에서 코로나19로 인한 강제적인 일상의 변화는 전방위적인(multidimensional) 스트레스원(stressor)으로 아동과 청소년의 인지적, 신체적, 사회·정서적 발달의 위기를 초래하였다(김현수, 2020; Gruber, et al., 2021). 해외에서는 코로나 19 이후 경험한 거리두기, 장기간의 학교 폐쇄가 청소년이 체감하는 삶의 만족도가 떨어지고 스트레스, 미래에 대한 불안, 우울, 외로움, 규칙위반과 과잉행동, 짜증과 분노, 과도한 미디어 노출의 원인으로 작용하고 있음을 밝히고 있다(Chaabane, et al., 2021; Magson, et al., 2021; Panchal, et al., 2021). 국내 실태조사에서도 코로나 19가 장기화되면서 상당수 청소년이 답답함과 불안, 걱정, 우울 같은 부정적 감정은 증가하고, 감사, 평온, 관심과 같은 긍정적 정서, 즉 심리적 자원이 지속해서 감소하고 있어 청소년의 정신건강이 심각하게 위협받고 있음을 지적하고 있다(한국청소년상담복지개발원, 2021; 2022).

이러한 사안의 심각성을 반영하여 정부는 청소년 정신건강 보호를 위해 다양한 정책적 지원과 서비스 사업을 수행하고 있다. 우리나라는 교육부, 보건복지부, 여성가족부를 중심으로 지역사회 기반 청소년 정신건강 서비스 사업이 추진 중이다. 예를 들면 국민건강증진법에 따라 매년 전국의 중고등학생을 대상으로 청소년건강행태조사, 교육기본법과 학교보건법에 근거하여 모든 초등 1~4학년, 중·고등 1학년 학생을 대상으로 정서행동특성검사가 실시되고 있다. 이외에도 국내아동종합실태조사, 국내청소년종합실태조사, 국내학교밖청소년실태조사, 스마트폰과의존실태조사, 게임과몰입종합실태조사 등 청소년정신건강 실태를 파악하기 위한

다양한 조사가 수행되고 있다. 최근에는 우리나라 소아청소년 정신질환 현황에 대한 객관적인 실태조사를 수행하기 위하여 2021년 보건복지부에서 소아청소년 정신건강실태조사 도구개발 및 예비조사를 실시했고, 2022년 만 6세에서 17세 이하 소아청소년 6,000명을 대상으로 정신건강 실태에 대한 본조사가 실시될 예정이다(국립정신건강센터 정신건강연구소, 2022).

정신건강 현황 파악과 더불어 아동청소년정신보건사업, 학생건강관리사업, 위기청소년 특별지원 사업 등 청소년 정신건강서비스의 질 개선과 접근성 강화를 위한 인프라 확대 등의 다양한 정책과 지원사업이 시행 중이다. 특히 코로나 19 이후 청소년 정신건강 악화에 선제적으로 대응하고 지역의 특성과 수요를 반영하여 정신건강 문제를 예방하고 서비스를 통합적으로 제공하는 지역사회 정신건강 증진사업 및 인프라가 확대되고 있다. 예를 들면 성남시의 경우에도 성남시청소년상담복지센터를 중심으로 포스트 코로나에 대비하고 성남시 청소년의 정신건강에 도움을 주고자 다양한 심리지원 서비스를 제공하고 있다. 대표적으로 성남시 정신건강 고위기 청소년 사전 발굴 및 예방사업은 사업 참여 청소년을 대상으로 다차원적인 선별검사를 실시하고 청소년의 정신건강 어려움을 조사하여 청소년 맞춤형 심리지원 개입과 체계적인 사후관리를 통해 위기 문제의 재발과 심화를 예방하기 위해 노력하고 있다. 또한 청소년 정신건강 및 자살에 대한 예방 및 교육, 홍보 등으로 서비스에 대한 접근성을 높이기 위한 노력도 지속되고 있다.

이처럼 정부가 다각적인 정책을 통해 청소년 정신건강 서비스 강화 방안을 모색해 온 만큼 정신건강 서비스 제공기관과 관련 인력은 지속적으

로 확대되었다. 그러나 꾸준히 증가하고 있는 청소년 정신건강 문제와 관련하여 정부 추진 사업의 한계도 여전히 존재한다. 예를 들면 2022년 최초로 진행 중인 소아청소년정신건강 실태를 제외하면, 아직 국내에는 아동청소년을 대상으로 한 정신질환실태조사는 없다. 정신건강복지법에 따라 5년 주기로 정신질환실태조사가 실시되고 있으나, 이는 18세 이상 성인을 대상으로 해 아동청소년에 대한 통계가 정확하게 파악되지 않고 있다(김나현, 2021.05.18). 앞서 제시한 보건복지부의 소아청소년 정신건강실태조사가 올해 실시될 예정이지만, 2017년 서울, 고양, 대구, 제주 등 전국 4개 권역 중고등학생을 대상으로 소아청소년 정신질환 유병률과 관련 위험요인을 분석한 조사가 유일하다(유수인, 2018.08.20)

또 다른 한계점으로는 여전히 청소년의 정신건강지원 서비스에 대한 실질적인 접근성을 들 수 있다. 정부의 건강행태조사를 통해 관심군으로 발굴하는 일련의 과정은 상당한 시간이 포함될 뿐 아니라, 연계 의료기관의 부족으로 적절한 치료 시기를 놓치기 쉽다(박진우 & 허민숙, 2021). 즉 일상적이고 만성적인 우울감이나 자해/자살 충동에 시달리고 있는 청소년을 조기에 발굴하여 적절한 치료를 제공하는 것이 중요하다는 측면에서, 발굴, 연계, 치료의 과정에 이르는 시기에 사각지대가 발생한다는 것이다. 또한 청소년 정신건강서비스를 위한 다양한 경로의 홍보에도 불구하고 여전히 청소년의 정신건강관련 기관 혹은 서비스에 대한 인지도는 정신건강의 어려움을 호소하는 청소년 수에 비해 상대적으로 낮은 편이다(최정원 외, 2021).

청소년기는 다양한 환경적 요구와 유전적 요인들로 인하여 성인에 비해 정신건강 문제에 취약하다(최지욱, 2021). 청소년기는 신체적 발달과

심리적 변화 등 다양한 변화를 경험하는 시기로, 이때 경험하는 다양한 스트레스는 정신건강을 위협하여 심리적 부적응, 즉 정신장애로 이어질 수 있다. 특히 청소년은 성인과 비교하면 재난이나 스트레스에 대처하는 역량이 부족하고(Sewell & Gaines 1993), 재난이 미치는 영향을 수동적으로 받기 때문에(김선숙, 조소연, & 이정애, 2020; Kousky 2016) 성인보다 피해가 더 클 수 있다. 청소년기 정신건강 문제는 또래 관계, 정체성 형성에 영향을 미칠 수 있으며, 성인기 이후의 사회 적응 등 생애 전반에 걸쳐 어려움을 초래할 수 있다. 이는 추후 사회적 문제로 나타날 수 있으며 많은 사회적 비용의 손실을 줄 수 있다. 따라서 청소년기 정신건강 관리는 매우 중요하다.

지금까지 청소년 정신건강 증진을 위한 우리 사회의 노력은 지역사회 기반 개입 및 예방 프로그램 개발 등 제도적 확충에서부터 실질적인 서비스 지원까지 다양한 형태로 나타나고 있다. 이러한 개입이 더욱 효과적이고 효율적으로 작동하기 위해서는 개입의 근거가 되는 정신건강 위험요인 간의 실증적인 관계 파악이 필요하다. 무엇보다 지역사회 청소년의 정신건강 수준에 맞춘 지역사회 서비스 사업이 수립/실행되기 위해서는 구체적인 측정 도구를 사용해 청소년 정신건강의 현황을 파악하고 철저한 평가 후 이러한 정보를 토대로 정신건강 예방사업이 수행되어야 한다. 즉, 청소년 정신건강에 관여하는 지역사회의 환경 및 문화는 차이가 있을 수 있으므로 성남시 청소년의 특성을 고려한 정신건강 실태조사를 근거로 청소년 정신질환이나 자살과 같은 심각한 정신건강 문제를 예방할 전문적인 서비스가 시행되어야 한다.

결국 정신건강 문제는 개인만의 문제가 아닌 사회적 문제로 확산되고

있어, 청소년기 정신건강 문제를 관리하기 위한 체계적인 시스템이 구축되어야 한다. 무엇보다 지역사회 내에서 청소년의 정신건강을 점검하고 지원해야 한다. 지역사회 내 청소년 정신보건서비스 체계를 토대로 청소년기 정신건강 문제를 미리 예방하고 조기에 발견할 수 있도록 정신건강 지원체계가 강화되어야 한다. 이를 위해서는 청소년 정신건강 현황을 실증적으로 파악하고 문제점에 다각적으로 접근하여 증거기반(Evidence-based)의 대안을 제시해야 한다. 청소년의 발달과 경험은 단일한 패턴을 보이는 것이 아니고 개인적 요인이나 상황에 따라 다르게 나타나기 때문이다. 빠르게 변화하는 환경 속에서 청소년기 발달적 특성에 대한 이해와 청소년 정신건강에 영향을 미치는 다양한 요인들의 유기적인 작용에 대한 실질적인 이해를 토대로 통합적인 접근이 필요하다. 이러한 필요성에 따라 본 연구는 성남시 청소년의 정신건강 실태와 청소년 정신건강에 영향을 미치는 개인, 가정, 사회 내 다양한 위험 및 보호요인을 파악하여 성남시 청소년의 정신건강 지원과 가족의 삶의 질 향상을 위한 정책 및 사업에 기초자료를 제공하고자 한다. 보다 객관적인 실태를 반영하기 위한 다차원적인 도구를 사용하여 지역사회 청소년의 특성을 반영한 정신건강 예방 서비스 사업의 효과적인 운영을 지원하고자 한다.

본 연구의 목표는 성남시청소년상담복지센터 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’의 효과적인 운영을 위하여 사업 참여 청소년 정신건강 실태를 최대한 반영하여 자료의 활용 가치를 높이고 청소년의 욕구에 부합하는 심리지원 서비스를 제공하는 근거를 마련하는 것이다. 무엇보다 양적, 질적으로 복합적인 특성을 가지는 청소년 정신건강의 심각도나 양상을 고려하여 정신건강 고위기 청소년을 사전발굴하고

정신건강 위기 유형별 특성과 청소년이 가진 심리적 자원을 파악함으로써 청소년 유형별 맞춤형 개입 전략의 증거기반(Evidence-based) 자료를 제공하는데 기여하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 성남시 청소년 정신건강 실태를 파악하여 정신건강 관련 문제를 점검한다.

둘째, 성남시 청소년의 정신건강 문제를 조기 발견하여 고위험 청소년의 특성을 파악하고 개입을 위한 기초정보를 제공한다.

셋째, 성남시 청소년의 자살생각 위험 수준에 따른 유형을 탐색하고, 유형별 개인심리, 사회환경적 특성을 파악하여 실천적인 개입 방향을 제안한다.

2. 연구 내용 및 방법

본 연구는 성남시청소년상담복지센터 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’에 참여하는 성남시 청소년을 대상으로 청소년 정신건강 실태에 대한 기초자료를 수집, 분석하여 증거 기반(Evidence-based)의 심리지원 서비스 전략을 제공하고자 한다.

또한 청소년 자살 문제 사안의 심각성을 반영하여 다양한 수준의 청소년 자살 위험성 유형을 탐색하고 유형 별 개인심리요인, 사회환경적 요인이 미치는 영향을 파악하고자 한다. 실태조사에서 관찰된 청소년 정신건강의 다양한 양상을 탐색하고, 자살 위험성 유형에 따른 개별적, 차별적 개입 전략을 제시하고자 한다. 이는 청소년 사례에 근거한 정신건강

위험성의 스펙트럼을 고려한 개입 전략에 근거를 제공해 줄 것이다.

이러한 목적에 따라 본 연구에서 중점적으로 살펴볼 내용과 내용별 연구 방법의 개요는 다음과 같다.

□ 제1장 서론에서는 성남시청소년 정신건강 실태조사 및 자살위험성 유형화 연구의 필요성 및 목적과 본 연구의 내용 및 방법에 대해 제시하였다.

□ 제2장 이론적 배경에서는 청소년 정신건강에 대한 이해와 우리나라 청소년 정신건강 현황에 대하여 고찰하였다. 더불어 우리나라 및 성남시 청소년 정신건강 증진 지원체계(서비스)의 현황과 지원체계의 문제점 및 문제점에 대한 대안 등을 고찰하였다. 또한 현행 성남시청소년상담복지센터의 정신건강예방사업의 현황에 대하여 살펴보았다.

□ 제3장에서는 성남시청소년상담복지센터에서 수행 중인 2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업의 일환으로 성남시 소재 6개 고등학교 학생 1,171명을 대상으로 정신건강 실태조사를 진행하고 분석 결과를 제시하였다. 청소년의 정신건강 관련 조사 외에 청소년 정신건강 예방과 조기개입 전략 마련에 근거가 될 수 있는 보호요인인 회복탄력성과 사회적 지지를 탐색하였다.

□ 제4장에서는 성남시 청소년 자살 위험을 유형화하고 유형별로 구분된 각 집단에 대하여 개인심리요인, 사회환경적 요인이 미치는 영향을

분석하였다. 질적, 양적으로 동일하지 않은 청소년 자살 위험성의 실증적 자료를 토대로 청소년의 정신건강 어려움의 심각도 및 양상의 복합적 특성을 파악하고, 다양한 양상의 자살 위험성 유형에 영향을 미치는 개인심리 및 사회환경적 요인을 밝혀 이를 바탕으로 보다 입체적이고 차별화된 청소년 정신건강 예방 및 개입을 위한 실제적인 전략과 함의를 제시하고자 한다.

□ 마지막으로, 성남시 청소년 정신건강 실태조사 결과 및 자살 위험성 유형화 연구 결과를 토대로 청소년 정신건강 서비스 증진 전략을 제안하였다.

□ 연구내용과 방법에 대한 개요를 [그림 1-1]에 제시하였다.



[그림 1-1] 주요 연구내용과 방법의 개요

II. 이론적 배경

1. 청소년과 정신건강

1) 청소년기 정신건강의 중요성

청소년의 정신건강이 좋다는 것은 자신의 삶에 대해 기본적으로 행복하다고 느끼고 정서적으로 안정되어 스트레스나 긴장을 잘 견디어 내며, 긍정적인 자아상을 지니고 주변 사람들과 연결되고 일상에서 편안하고 탄력적으로 기능하는 안녕 상태로 정의해볼 수 있다. 그러나 우리나라 청소년의 행복지수는 OECD 28개 국가 중 꼴찌이고(박홍주 & 박나은, 2022.05.04), 정신건강 수준 또한 국가적 위기라 할 만큼 갈수록 악화되고 있다(박진우 & 허민숙 2021).

우리나라는 1997년 IMF 경제위기와 2008년 세계적인 금융위기, 2017년 이후 지속되고 있는 저성장국면 등의 위기상황으로 촉발된 가족의 불안정 및 저출산 위기에 직면해 있다. 특히 코로나로 인해 정치, 사회, 경제 등 전 분야가 예측하지 못했던 방향으로 변화하면서 이러한 위기는 곧 미래 세대인 청소년의 정신건강 문제로 드러나고 있다. 이는 최근 10년간 자살이 청소년 사망 원인 1위라는 부동의 자리를 차지하고 있으며, 재학 중인 청소년 10명 중 적어도 1명은 우울, 불안, 자살 위험성 등에서 경도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있고, 학교급이 높아질수록 대부분의 정신건강 문제의 심각도가 유의하게 높다는 사실이 이를 증명하고 있다(최정원 외, 2021). 즉, 사회적 문제나 변화는 노인보다 사회화 단계에

있는 청소년의 정신건강에 더 직접적이고 분명하게 영향을 미친다.

청소년기 정신건강 문제가 중요하게 다루어져야 할 이유는 다음과 같다.

첫째, 청소년기는 정신건강 문제 혹은 정신의학적 진단을 내릴 정도의 정신질환이 더욱 심해지는 시기이며 그 발생률 또한 증가하는 시기이다 (Gruber, et al. 2021). 청소년기는 다양하고 많은 스트레스를 받는 시기이며, 성인에 비해 정신건강 관리에 서툴다. 이처럼 발달적으로 취약한 시기에 사소해 보이는 심리·정서적 어려움이더라도 적절한 예방과 개입이 이루어지지 않는다면 청소년이 원래 지닌 문제가 악화되거나 새로운 정신건강 문제가 발생 되는 등 더 심각한 상황을 초래할 수 있다. 예를 들면, 청소년기 우울증은 성인기 우울증에 비해 감정의 기복이 크고, 충동적인 행동으로 이어지기 쉽기 때문에 특히 청소년 자살과의 관련성이 높다(홍영수 & 전선영 2005; Greening & Stoppelbein, 2002). 2016년부터 2017년까지 서울, 고양, 대구, 제주 4개 권역 중고등학생을 대상으로 실시된 정신질환 실태조사에 따르면, 진단된 유병률은 적대적 반항장애(5.7%)가 가장 높았으며, 특정공포증(5.3%), 주의력결핍 과잉행동장애(3.1%), 틱장애(2.6%), 분리불안장애(2.3%)가 뒤를 이었고 고위험군 유병률은 주의력결핍 과잉행동장애(11%), 적대적 반항장애(10%), 분리불안장애(5%), 사회공포증(5%), 틱장애(5%) 순이었다(유수인, 2018.08.20.). 같은 조사에서 중-고등학생을 대상으로 한 자살 관련 설문에서는 대상자의 17.6%가 자살에 대해서 생각한 적이 있으며, 3.7%는 자살 의도를 가졌고 5.8%는 의도는 없지만 자해행동을 한 것으로 나타났다. 연구팀은 자살과 자해에 대한 위험성은 우울과 불안이 심할수록 높으며, 반항적이거나 공격적인

행동으로 표현되는 외현화 문제행동과도 유의한 상관을 보였다고 보고하였다.

둘째, 많은 유형의 청소년기 정신건강문제 또는 정신질환은 단지 해당 시기에 그치는 것이 아니라 성인기로 이어진다는 점이다. 청소년기 정신 관련 문제는 성인이 된 이후에도 생애 전반에 걸쳐 지속적인 영향을 미칠 수 있고 청소년기의 문제가 그대로 지속되지는 않더라도 시간이 지나면서 증상이나 강도를 달리하여 변화된 형태로 나타날 수 있다. 세계보건기구(World Health Organization)에 따르면 아동 및 청소년의 20%가 정신질환을 가지고 있고, 성인 정신질환의 약 50%가 14세 이전에 발생한다(WHO, 2022). 따라서 청소년의 건강하고 행복한 성장을 위하여 청소년 정신건강 문제에 대한 예방, 조기 발견 및 개입, 지속적인 관리, 지원이 필수적이다.

셋째, 최근의 급격한 사회변동과 코로나와 같은 예측 불가능한 상황이 청소년을 위협에 빠뜨릴 수 있고, 연령이 낮을수록 더 심각한 발달상의 문제를 일으킬 수 있다. 청소년 정신건강은 핵가족화, 조손가족이나 한부모가족, 이주배경, 미등록 체류, 만성적인 빈곤, 부모의 실직, 도시와 농촌의 격차 등 다양한 정치, 경제, 사회적 변화와 관련이 있다. 실제로 정신질환 문제로 진료를 받는 아동·청소년의 연령이 더 어려워지고 있으며(박진우 & 허민숙 2021), 미디어 과의존, 게임중독이 중독성 행위 장애로 등록, 전세계적으로 심각한 아동·청소년 정신건강 문제로 대두되면서 청소년 정신건강문제 양상 또한 다양해지고 있다. 여기에는 코로나 19와 같은 예측이 불가능하며, 통제할 수 없는 사회적 혼란이 상당한 영향을 미쳤다. 국제연합은 아동과 청소년은 코로나 19의 장기적 영향에 가장

취약한 계층임을 선언하고(UN, 2020) 코로나 19 바이러스가 정신건강에 미치는 영향이 25세 미만에서 두드러지며, 이 문제를 해결하지 않는다면 한 세대가 장기적인 위협에 처하게 된다는 우려를 표했다(Mental Health America 2020). 이처럼 코로나 19와 같은 재난으로 인한 혼란은 청소년의 정신건강을 발달적으로 더 취약하게 한다. 이러한 사회변화 등으로 인하여 청소년기 정신장애와 문제는 형태나 유형만 달라지는 것이 아니라 발생빈도도 증가하고 있다. 이는 앞서 밝혔듯이 최근의 사회변동과 상황이 성인이나 노인보다는 사회화 과정에 있으면서 발달상으로도 취약한 아동과 청소년에게 더 직접적이고 분명하게 영향을 미친다고 볼 수 있다.

2) 청소년 정신건강 현황

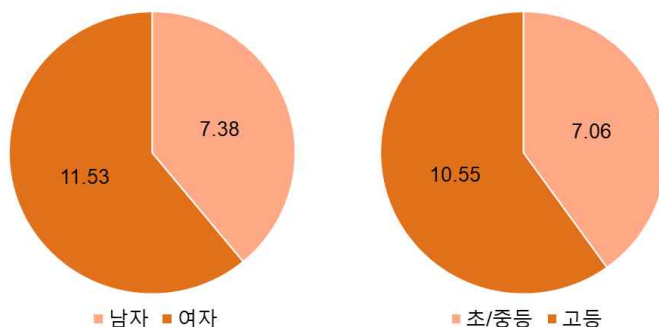
최근 청소년 정신건강 수준이 과거에 비해 어느 정도 개선된 경향을 보이고 있으나 여전히 청소년 2.8명 중 1명은 높은 스트레스를 경험하고 있으며, 4.2명 중 1명은 우울감, 8.5명 중 1명은 자살생각을 하는 등(최지희 & 전진아, 2017) 정신건강 어려움을 호소하는 청소년이 상당하다. 이러한 심각성을 반영하듯 청소년의 정신건강 문제 실태를 파악하기 위한 다양한 실증 연구 및 실태조사들이 진행됐다.

한국청소년정책연구원(2021)의 정신건강 현황 결과를 살펴보면, 학생 청소년 10명 중 1명은 우울, 불안, 자살 위험성에서 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있는 것으로 나타났다(최정원 외, 2021). 이 조사에서는 남학생보다 여학생이 그리고 초, 중고등학생보다 고등학생이 정신건강

문제에서 증증도가 유의하게 증가하였다(그림 II-1).

우울증상 증증도 점수

(단위: 점수)

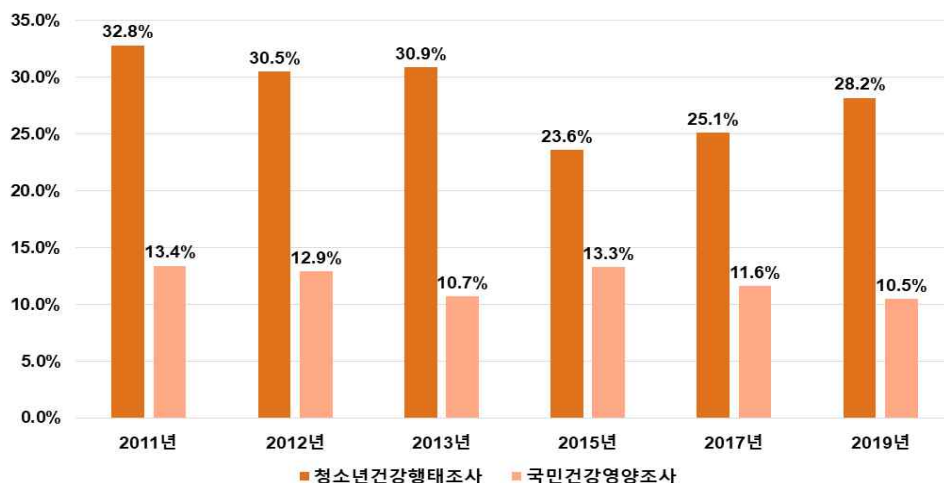


[그림 II-1] 성별, 교급별 우울증상 비교

*출처: 한국청소년정책연구원(2021). 10대 청소년의 정신건강 실태조사

코로나 19 발생 이후인 2020년부터 2022년까지 3차에 걸쳐 실시된 청소년의 정신건강에 관한 조사에 따르면(한국청소년상담복지개발원, 2022), 2022년 조사 대상 청소년의 코로나 스트레스는 코로나 사태가 3년이 넘는 현시점에도 전반적으로 증가했으며, 2021년 2차 조사에 비하여 부정적 감정은 증가하고 긍정적 감정은 더 감소한 것으로 나타났다. 특히 대인관계 결핍으로 인한 사회적 고립감 증가, 스마트폰 사용 증가로 인한 일상생활 관리의 어려움이 더욱 가중된 것으로 나타났다. 2005년부터 매년 전국 중고등학교 학생을 대상으로 실시되는 청소년건강행태조사에서는 2020년 조사에서 청소년의 34.2%가 스트레스를 많이 느끼는 것으로 나타났으며, 청소년의 25.2%가 지난 1년간 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있다고 보고하였다(질병관리청, 2021). 특히 이러한 우울감은 2011년도 32.8%에서 2020년 7.6%p 감소하였

으나 여전히 청소년 4명중 1명이 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 경험하고 있는 것으로 나타났으며, 학년이 높아질수록 우울감이 상승하고 있었다. 이러한 청소년의 우울감을 성인과 비교했을 때 청소년이 성인에 비해 2배 이상 높게 나타났다(그림 II-2).



[그림 II-2] 청소년과 성인의 우울감 경험률 비교

*출처: 질병관리청(2021), 제16차 청소년건강행태조사 통계, 질병관리청(2020), 2019 국민건강통계, 재구성
주. 국민건강영양조사의 2014년, 2016년, 2018년 우울감 경험 조사 값이 없어 자료에서 제외함

더욱 심각한 정신건강 문제인 우리나라 청소년 자살 문제 또한 국가적 과제(예, 자살예방 국가행동계획)로 대응하는 만큼 심각한 수준이다. 최근 조사에 따르면, 자살 위험군 학생이 2만여 명에 달하지만, 자살시도 후 병원 치료 경험율은 0.3%로 자살시도자 가운데 불과 15%만이 병원 치료를 경험한 것으로 나타났다(김민준, 2022. 03. 18). 구체적으로 자살 생각 및 자살시도와 관련하여 재학 청소년의 10.9%가 최근 1년 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있다고 응답했으며, 자살을 시도한 학생은 전체 응답자의 2%로 나타났다(질병관리청, 2021). 또한 고의로 자신의 신

체를 훼손하는 행위인 자해 또한 심각한 실정으로, 2019년 한 해 동안 자해 또는 자살시도로 병원을 찾은 만 9세~24세 청소년이 일 평균 26.9명으로 5년새 2배가량 증가했다(김동주, 2020.10.05). 이러한 자해는 자살생각 및 자살행동으로 이어질 수도 있으므로 단순히 청소년기 일탈 행동으로만 볼 수 없는 심각한 문제임을 알 수 있다.

<표 II-1> 아동 및 청소년 자살 현황

(단위: 명)					
구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
자살자 수	245	273	255	301	200
자살률 (인구 10만명당 자살자 수)	2.3	2.7	2.6	3.1	3.2

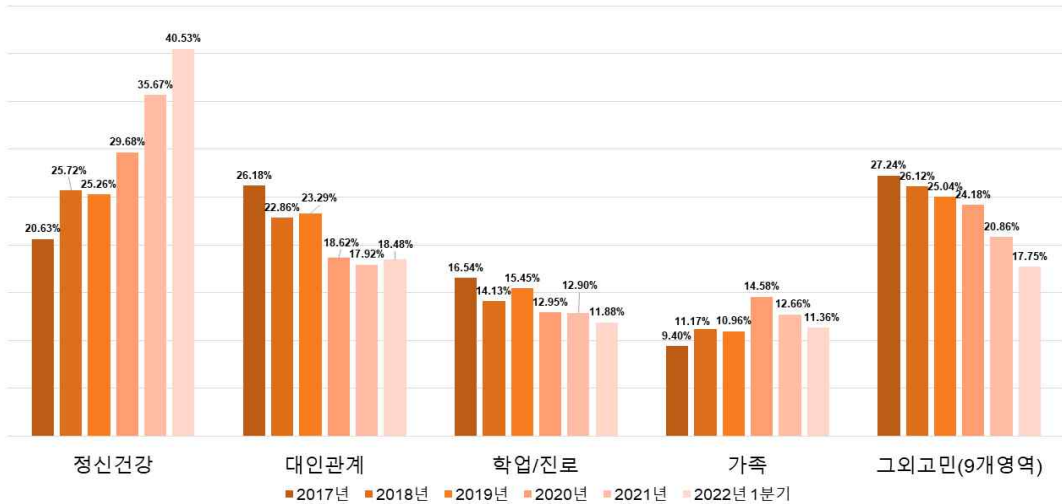
*출처: 한국생명존중희망재단 제출자료(2021.4.15)를 재구성함

한편, 청소년 정신건강 보호 및 위험요인 노출과 관련하여, 한국청소년정책연구원(2021)의 조사에 따르면, 따스함, 자율성, 지지와 같은 부모의 긍정적 태도에 대한 인식은 학교급이 낮을수록 높았고, 거부나 강요와 같은 부정적 양육 태도에 대한 인식은 학교급이 높을수록 높게 나타났다. 이러한 결과는 가족관계, 사회적 지지에서도 유사하게 나타났다. 즉, 학교급이 낮을수록 가족관계에 대해 긍정적으로 평가하였고 지역사회 지원 정도를 긍정적으로 인식하였다. 특별히 학교적응에서는 친구 관계나 학교생활에 대한 평가는 평균 이상으로 긍정적이나, 교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류에 대해서는 상대적으로 낮게 평가하고 있었다(최정원, 외 2021). 이 역시 앞선 조사와 마찬가지로 고등학생이 가장 부정적으로 평가하였다. 청소년의 스마트폰 사용과 관련해서는 여학생의 39.5%

가 주말 스마트폰 사용 시간이 8시간 이상, 남학생 28.6%가 4시간 이상~6시간 미만으로 응답하였다. 청소년이 누릴만한 특별한 여가활동이 부족하고, 여가생활을 즐길 여유가 적은 우리나라 청소년의 스마트폰 과의존이 중대한 정신건강 문제가 되고 있음을 알 수 있다(질병관리청, 2021)

이러한 청소년 정신건강 위기 실태는, 청소년 정신과 진료 현황과도 맥을 같이한다. 청소년 정신과 진료 현황을 살펴보면 2016년부터 2020년까지 5년간 아동·청소년의 정신진료(상병코드 F00~F99) 환자 수는 2016년도 22만 587명에서 2020년도 27만 1,557명으로 꾸준한 증가추세를 보인다(박진우 & 허민숙, 2021). 나이별로 살펴보면, 0세~9세까지의 환자 수는 2016년 7만 3,823명에서 2020년 8만 441명으로 증가하고, 10세~19세까지의 환자 수는 2016년 15만 720명에서 2020년 19만 6,972명으로 증가하였다. 같은 보고에 따르면 10세~19세 청소년에게 운동과다장애, 우울증, 기타 불안장애, 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애, 틱장애가 유병률 상위를 차지하고 있다.

정신과 진료의 증가뿐만 아니라 청소년 상담 현황도 급격한 증가세를 보였다. 청소년 상담 의뢰 현황을 살펴보면 코로나 팬데믹 이전과 이후를 비교했을 때 지난 2017년부터 2019년, 그리고 2020년부터 2022년, 138 8 청소년사이버상담센터를 통해 들어온 상담 내용을 비교 분석한 결과(그림 II-3), 정신건강 문제를 호소하는 상담 건수가 10.2% 증가한 것으로 나타났다(계승현, 2022.05.19). 같은 보고에 따르면, 코로나 확산 3년 차인 2022년이 2021년에 비해 상담 건수는 줄어들었으나 정신건강 문제는 매년 약 10% 정도 증가해 전체 상담 건수 중 50%를 차지했다(한국청소년상담복지개발원, 2021.05.04.).



[그림 II -3] 코로나19 확산 이전 3개년과 이후 시기
청소년사이버상담주호소 내용 경향

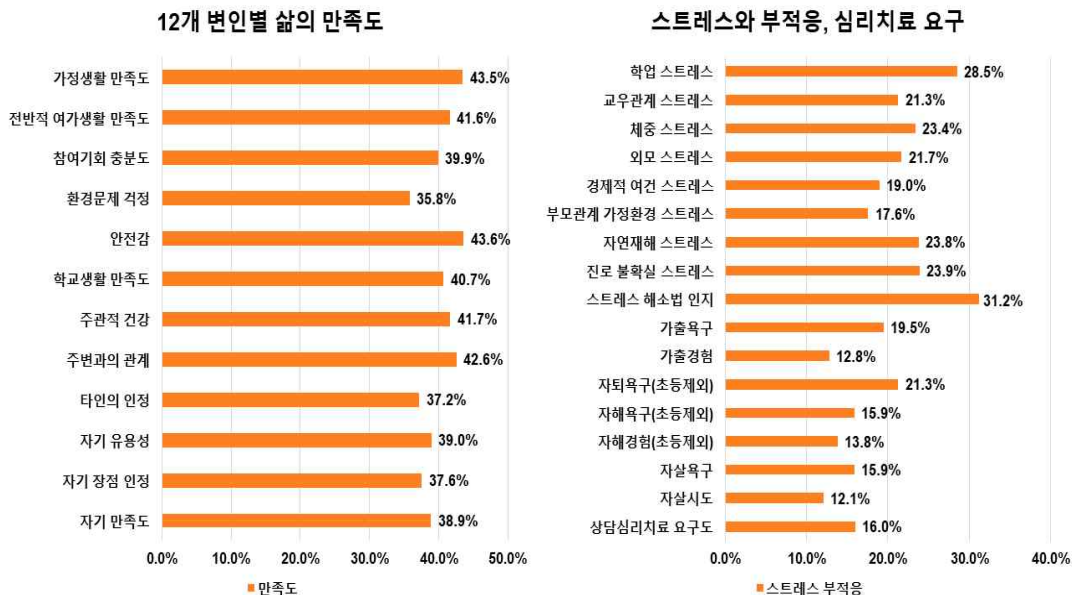
*출처: 1388 청소년사이버상담센터(www.cyber1388.kr), 한국청소년상담복지개발원(2021)

3) 성남시 청소년 정신건강 현황

현행 정신건강복지법에 따라 5년 주기로 정신질환실태조사가 실시되고 있고 경기도에서도 정신장애 주요 진단군별 유병률에 대한 통계가 공개되어 있으나¹⁾ 이는 만 18세에서 만 79세 성인을 대상으로 해 성남시 청소년 정신질환에 대한 통계가 정확하게 파악되지 않고 있다. 청소년 정신질환 이환율을 정확하게 산출하고, 그에 따른 정책을 시행하기 위해서는 청소년을 대상으로 하는 정신질환실태조사의 도입이 시급하다. 이와 함께 각 권역별로도 지역 청소년 정신건강 보호 및 예방을 위해서는 청소년 삶의 전반적인 영역에 대한 실태조사가 먼저 파악되어야 할 것이

1) 경기도정신건강복지센터 홈페이지, 접속일 2022.09.29.

다. 코로나 19 이후 성남시 청소년의 정신건강과 관련하여 다양한 영역의 실태조사가 수행되었다. 먼저, 성남시 초·중·고등학생 1,500명을 대상으로 실시된 2020 성남시 청소년 행복실태조사에 따르면(그림 II-4), 코로나 19의 장기화로 인한 전국민의 코로나 블루, 청소년 정신건강 문제의 심각성에 대한 우려에도 불구하고 상대적으로 전반적인 스트레스와 주관적 행복감, 삶의 만족도(5점 만점에 4점)는 비교적 긍정적으로 나타났다(성남시청소년재단, 2021). 물론 코로나 19로 인해 다소 부정적으로 생활이 변화하고 더욱 취약해진 고위기 청소년(가출 15.9%, 자살 위험성 9.5%)의 실태도 심각하나, 성남시 청소년의 행복지수(1점 만점에 .74점)는 중상 수준으로 전반적으로 양호한 상태였다.



[그림 II-4] 성남시 청소년 삶의 만족도 및 스트레스와 부적응, 심리치료 요구

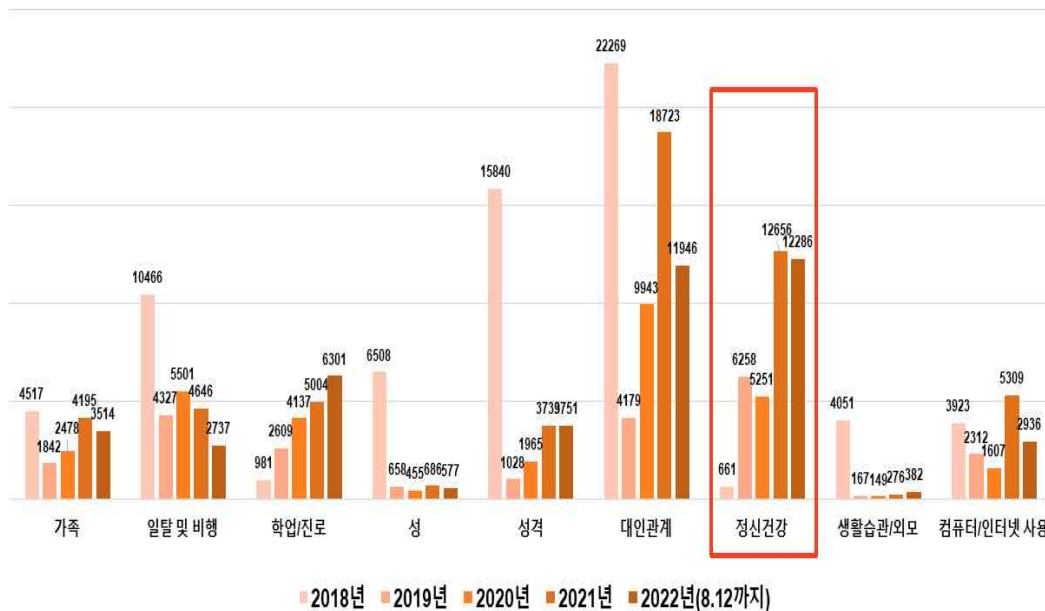
*출처: BIGTA 성남시청소년재단, 청소년빅데이터플랫폼, 2020 성남시 청소년행복실태조사연구

보다 구체적인 정신건강 실태와 관련하여 성남시청소년상담복지센터에서는 2021년 성남시에 거주하는 고등학생 1,000명을 대상으로 마음건강 실태조사를 실시하였다(장인경 외, 2021). 성남시 청소년의 정신건강 실태와 코로나 19 상황에서의 어려움 및 필요로 하는 도움이 무엇인지를 파악하여 청소년 정신건강 예방 및 개입의 기초자료로 활용하고자 수행된 것이다. 조사 결과에서 청소년의 24.9%가 스트레스를 높게 경험하고 있었고, 여자 청소년이 남자 청소년보다 높게 나타났다. 또한 청소년의 13.4%가 중등도 이상의 불안 증상을 보였고, 우울은 응답자의 20.3%가 중등도 이상으로 나타났다. 특히 자살과 관련해서는 청소년의 4.1%가 자살 사고 및 자살 소망에 대하여 ‘그렇다’고 응답하였다. 이는 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 없다고 응답한 청소년이 4명 이상인 청소년보다 높게 나타났다. 코로나 19와 관련한 어려움으로는 청소년의 50.6%가 생활의 리듬이 깨짐, 43.9%는 친구를 만나지 못함, 42.7%는 외출 자제로 인해 갑갑함, 41.7%는 나와 주변 사람의 감염 위험, 41.1%는 학업 진로의 불투명성으로 힘들다고 응답하였다.

최근 5년간 CYS-Net에 등록된 성남시 청소년의 상담 현황을 살펴보면, 2018년부터 2022년 8월까지 성남시 청소년의 상담 내용을 비교 분석한 결과(그림 II-5), 가족 문제나 일탈 및 비행 등 다른 영역에 비해 정신건강 영역과 관련한 상담 건수가 눈에 띄게 증가하였다. 코로나 19 발생 전인 2018년과 비교해 2019, 2020년 정신건강과 관련한 상담 건수의 급격한(약 10배) 증가가 나타났으나 코로나 19가 장기화되는 시점인 2021년부터 2022년 3분기 중반에 이르는 현시점에 정신건강 관련 상담 건수가 100%가량 증가하였다. 2022년, 정신건강은 청소년기 주요 호소 문제

로 보고되었던 학업/진로, 대인관계 어려움을 제치고 상위를 차지하고 있다.

(단위: 명)



[그림 II -5] 코로나 19 확산 이전 2개년과 이후 시기 성남시 청소년 상담 호소 문제 경향

*출처: CYS-Net 주요호소유형별 이용현황, 성남시청소년상담복지센터(2018년 1월 ~ 2022. 8. 12일 기준)

이처럼 청소년 정신건강 현황에 대한 파악은 일반 청소년의 심리정서적 지원뿐만 아니라 고위기 청소년을 사전에 발굴하여 체계적인 개입과 심각한 문제로의 발생을 예방할 수 있다는 측면에서 중요한 의미를 지닌다. 따라서 코로나 19가 미치는 장기적인 영향을 파악하고, 정신건강 위험요인을 조기 발견하여 지속적으로 관리하기 위해서는 주기적인 청소년 정신건강 실태조사가 이루어져야 할 것이다.

2. 청소년 정신건강 서비스

1) 청소년 정신건강 증진 서비스

우리나라는 1995년 정신보건법이 제정되어 1997년 시행된 이후 국가적 차원에서 전국민의 정신건강 증진을 위한 노력이 지속적으로 확대되어 왔다. 정신건강사업의 비전과 정책은 ㄱ)전체 국민을 대상으로 한 정신건강 증진과 예방, 환경조성 강조, ㄴ)지역사회 인프라 강화-정보시스템-협력체계 구축을 통해 서비스 접근성 확보, ㄷ)국가 정신건강 증진사업의 리더십 강화, ㄹ)정확한 정보와 근거를 기반으로 정신건강정책사업 수행이라는 4가지 기본 원칙을 토대로 하고 있다(보건복지부, 2021).

우리나라의 정신건강 정책은 정신건강 서비스 접근성 강화에 보다 초점을 두고 있으며, 정신질환자를 대상으로 한 복지서비스뿐 아니라 일반 국민의 정신건강 증진 및 정신건강 문제 예방을 위한 지역사회의 노력을 강조하고 있다(한국보건사회연구원, 2019). [그림 II-6]에는 우리나라 정신건강 증진사업의 비전과 정책목표, 실행전략이 한눈으로 볼 수 있게 도식으로 제시되어 있다.

청소년 정신건강 서비스 관련 사업은 교육부, 여성가족부, 보건복지부 등 다양한 부처를 통해 이루어지고 있다. 교육부는 학교 학생을 대상으로, 여성가족부는 학교가 아닌 지역사회 청소년을 대상으로, 보건복지부는 의료적 치료 필요성이 높은 청소년을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 그 외에도 사행산업통합감독위원회의 한국도박문제관리센터, 과학기술정보통신부, 한국지능정보사회진흥원의 스마트쉼센터 등 청소년기에

발생하는 특정 정신건강 문제에 서비스를 제공하는 기관도 다수 있다

비전					
마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라					
정책목표					
코로나19 심리 방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진					
전 국민이 언제든지 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경조성					
정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료 환경 제공					
정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원					
약물중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련					
자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현					
전 국민 정신건강증진	정신의료 서비스/ 인프라 선진화	지역사회 기반 정신질환자의 사회통합	중독 및 디지털기기 이용 장애 대응 강화	자살로부터 안전한 사회구현	정신건강정책 발전 위한 기반 구축
•적극적 정신건강증진 분위기 조성 •대상자 별 예방 접근성 재고 •트라우마 극복을 위한 대응 역량 강화	•정신질환 조기인지 및 개입 강화 •지역 기반 정신 응급 대응체계 구축 •치료 친화적 환경 조성 •집중치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고	•지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 •지역사회 내 자립 지원 •정신질환자 권익 신장 및 인권 강화	•알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 •마약 등 약물중독 관리체계 구축 •디지털기기 등 이용 장애 대응 강화	•자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 •고위험군 지원 및 사후관리 •서비스 지원체계 개선	•정책 추진 거버넌스 강화 •정신건강관리 전문인력 양성 •공공 자원 역량 강화 •통계 생산체계 정비 및 고도화 •정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화

[그림 II -6] 국가 정신건강 증진사업의 비전과 정책목표

*출처: 보건복지부(2021). 2021년 정신건강사업안내

(1) 교육부 청소년 정신건강 증진 서비스

교육부에서 수행하는 청소년 정신건강 증진 서비스는 학생정신건강지원센터와 청소년모바일상담센터, 병원학교, 교육청의 Wee 프로젝트 사업을 중심으로 이루어진다. 먼저 학생정신건강지원센터에서는 학생을 대상으로 정신건강 관련 교육 및 프로그램 개발이나, 교육 및 연수를 진행한다. 또한 국가 재난상황 및 학생 자살과 같은 학교 위기상황에 대한 컨설팅과 즉각적 위기개입도 수행, 필요한 경우 센터에서는 스쿨닥터를 배치하고, 재난 상황이나 유사시 학교에 이들을 파견하여 초기에 긴급 개입한다. 학생정신건강지원센터에서는 「학교보건법」 제2조, 제7조와 「학교

건강검사규칙」 제4조의 3에 근거하여 학생의 정서·행동 발달상의 문제를 발견하고 악화를 예방하기 위해 매년 초등학교 1~4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 학생정서·행동특성검사를 실시하고 있다. 청소년모바일상담센터는 청소년의 접근성을 높이기 위해 SNS를 활용하여 상담을 365일 24시간 제공하고 있다. 청소년모바일상담센터는 다양한 경로로 이용할 수 있는데, 이용을 원하는 청소년은 스마트폰 애플리케이션 ‘다들어줄게’를 다운받거나, 카카오톡 또는 페이스북에서 ‘다들어줄게’를 검색하거나, ‘1661-5004’에 문자를 보내는 방식으로 상담을 신청할 수 있다.

Wee사업 또는 Wee프로젝트는 학교, 교육청, 지역사회가 연계하여 학생의 학교생활을 지원하기 위해 시작된 것으로, 학교에는 Wee클래스, 교육지원청에는 Wee센터가 있다. 교육청에는 Wee스쿨, 가정적 돌봄과 대안교육이 필요한 학생을 대상으로 하는 가정형 Wee센터, 심리정서적 위기학생을 대상으로 하는 병원형 Wee센터 등이 설치되어 운영 중이다.²⁾ 이처럼 교육부는 학교에 다니는 학생을 대상으로 학교 내 물리적 환경을 적극적으로 활용하여 정신건강증진 사업을 운영하고 있다.

(2) 여성가족부

여성가족부는 「청소년복지지원법」 제12조에 근거하여 학생과 학교밖청소년을 모두 포괄하여 만 9세~24세의 청소년을 대상으로 상담 중심의 정신건강 서비스를 제공하고 있다. 여성가족부에서는 청소년 정신건강 증진 사업을 한국청소년상담복지개발원(이하 개발원)에 총괄 위임 하고 있

2) 위(Wee) 프로젝트 홈페이지, 접속일 2022.09.06.

으며, 개발원은 다양한 경로를 통해 청소년 정신건강 증진 지원사업을 수행한다. 대표적으로 청소년상담복지센터가 있으며 현재 시군구 단위에 1개소씩, 전국에 239개소가 운영중이다.³⁾ 청소년상담복지센터는 「청소년복지지원법」 제29조에 근거하여 설치 및 운영되는 기관으로, 청소년 상담, 긴급구조, 자활, 의료 지원 등의 업무를 수행하도록 법적으로 규정되어 있다. 센터는 아동 및 청소년, 보호자, 교사 등을 대상으로 전문적이고 통합적인 서비스를 제공하고 있으며 지역사회 청소년통합 지원체계인 청소년안전망의 중심 기관으로, 위기청소년에 대한 긴급 구조 및 맞춤형 서비스를 원스톱(one-stop)으로 지원하고 있다. 청소년안전망은 [청소년복지지원법] 제9조에 근거하여 청소년상담복지센터를 중심으로 지역사회 내 활용가능한 자원을 모두 연계하여 위기 청소년을 지원하는 네트워크이다(그림 II-7). 청소년상담복지센터의 상담은 전화 상담, 문자 상담, 사이버, 대면 방식으로 다양하게 진행하며 청소년의 인터넷, 스마트폰 과의존 문제를 예방하고 치료하기 위한 상담, 치유캠프 등 특화 프로그램을 운영한다. 또한 여성가족부에서는 청소년사이버상담센터를 운영하며, 365일 24시간 운영되는 청소년상담 1338(전화·문자·채팅 등)을 통해 가출, 학업중단, 인터넷 중독, 가정·학교 폭력, 성폭력·성매매 등에 노출된 위기청소년 발굴, 상담 및 복지 지원을 수행한다.

3) 한국청소년상담복지개발원 홈페이지, 접속일 2022.08.04



[그림 II-7] 청소년안전망 연계지원 절차

이 외에도 여성가족부에서는 청소년 상담뿐 아니라 국립중앙청소년디딤센터를 통해 정서 및 행동장애를 경험하는 청소년을 대상으로 서비스를 제공한다(여성가족부, 2022). 국립중앙청소년디딤센터(이하 디딤센터)는 「청소년복지지원법」 제31조에 제시된 청소년치료 재활센터로 학습, 정서, 행동상의 장애가 있는 청소년을 대상으로 정상적인 성장과 생활을 할 수 있도록 적합한 치료와 교육, 재활을 종합적으로 지원하는 거주형 시설이다⁴⁾. 디딤센터에서는 개인, 집단, 부모 대상 상담과 치료(음악, 미술, 동작, 정서, 명상 등), 학습권 보장을 위한 대안교육과 검정고시 준비, 동아리 활동 등 공동체 활동, 진로 교육 및 사회 적응 행동, 대인관계 기술 습득 등 다양한 프로그램이 제공되고 있다. 디딤센터는 장단기

4) 국립중앙청소년디딤센터 홈페이지, 접속일 2022.08.31.

치료 및 재활 과정을 운영하고 있으며, 장기치료의 경우 정서 및 행동 영역에서 어려움을 겪는 만 9세~18세 청소년을 대상으로 1~4개월간 서비스를 제공한다. 이처럼 여성가족부의 청소년 정신건강 증진 서비스는 교육부와 달리 학생과 학교 밖 청소년 모두를 포괄적으로 포함한다.

(3) 보건복지부 청소년 정신건강 증진 서비스

보건복지부는 한국의 정신건강 정책을 총괄하는 곳으로, 전국의 기초 지자체에 정신건강복지센터를 설립하여 정신건강 증진 서비스를 제공한다. 청소년 대상으로는 정신건강문제의 예방, 조기발견 및 상담·치료를 목적으로 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제11조 제2항에 따라 기초정신건강복지센터를 중심으로 아동·청소년 정신건강증진사업을 시행한다. 2022년 7월 기준으로 16개소의 광역정신건강복지센터, 239개소의 기초정신건강복지센터가 있다. 기초정신건강복지센터는 지역 내 만 18세 이하 아동·청소년 등을 대상으로 학생 정서·행동특성검사를 실시한다. 검사로 발굴된 고위험군은 심층사정평가를 거쳐 기초정신건강복지센터로 연계된다. 기초정신건강복지센터에서는 연계된 아동·청소년을 대상으로 사례관리, 심리상담, 정신건강증진 및 정신질환 예방교육을 실시한다. 임상적 치료를 필요로 하는 청소년의 경우는 지역 정신의료기관에 연계하거나 확진을 위한 진단검사 및 치료비용을 제공한다(그림 II-8).



[그림 II -8] 기초정신건강복지센터 연계지원 절차

*출처: 한국보건사회연구원(2019)

정신건강복지센터외에도 보건복지부는 정신질환을 앓고 있는 아동과 청소년을 대상으로 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 ‘아동청소년 정신건강지원시설’을 운영하고 있다. 이 시설은 정신질환자의 재활을 돕는 정신재활시설로 현재 전국에 13개소(서울 11개소, 제주 2개소)가 운영중이다. 지역내 만 18세 이하 아동청소년(미취학 아동 포함, 지역사회 내 취약계층 아동청소년[북한이탈주민, 다문화가정, 조손가정, 한부모가정, 청소년 쉼터(가출청소년 일시보호소), 공동생활가정, 아동복지시설 아동청소년 등], 아동청소년 정신건강 관계자(부모, 교사, 시설 종사자 등)를 대상으로 사업을 진행한다. 서비스 대상은 정신건강복지센터(또는 보건소)에서 발견하여 등록, 상담, 집단프로그램, 치료 연계, 치료비(진료비) 지원 등을 담당하고 있다. 또한 지역 내 유관기관(학교 및 아동청소년

관련 시설)과 연계 협조체계를 구축하고 지역 내 정신보건자원을 파악하여 활용하기도 한다(예, 인근 소아청소년 정신건강의학과 전문의 등 전문가의 협조 유도). 결국, 보건복지부의 정신건강 증진 서비스는 정신건강복지센터를 주축으로 제공되고 있으며 정신건강복지센터는 시군구 단위에 1개소씩 설치되어 있다. 교육부 및 여성가족부에서 제공하는 서비스와 차별되는 보건복지부의 정신건강복지센터의 가장 큰 장점은 이용대상 연령을 제한하지 않는 것이다.

이처럼 정부를 중심으로 청소년 정신건강 증진을 위한 다각도의 노력이 수행 중이지만, 아직도 상당수의 위기 청소년은 전문가의 도움이나 조기 치료를 받지 못하고 있다는 지적이 있다(유수인, 2018.08.20). 그뿐만 아니라 정부 주도하에 청소년 정신건강 서비스에 대한 다각적인 채널 개발과 홍보 효과로 과거에 비해 청소년의 서비스 접근성이 높아졌지만, 청소년 정신건강 발생 현황에 비해 청소년 지원기관에 대한 인지도 및 이용 경험은 여전히 낮은 편이다(최정원 외, 2021; 한국트라우마스트레스학회, 2021.06.29).

2) 성남시 청소년 정신건강 증진 서비스

성남시 청소년 정신건강 증진 서비스는 성남시청소년상담복지센터를 주축으로 하여 지역사회가 연계하여 운영되고 있다. 상담을 기반으로 위기 유형에 맞는 대상·현안별 맞춤 서비스를 제공하는 청소년 전화 1388, 위기청소년 회복탄력성 집단 프로그램인 공동체회복지원사업, 긴급 위기상황 발생시 초동대응을 위한 위기대응지원사업, 솔리언 또래상담사업,

인터넷·스마트폰 과의존 사업 등 학생과 학교 밖 청소년을 포괄하는 심리지원 서비스를 제공하고 있다. 성남시청소년상담복지센터에서 진행 중인 ‘정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’은 지역사회 청소년 통합지원체계인 청소년 안전망의 허브 기관의 기능을 보여주는 대표적인 정신건강증진사업이다. 이는 성남시 재학 청소년을 대상으로 정신건강선별검사를 실시하고 위기 수준을 분류하여 종합적인 심리지원서비스 제공을 목표로 하며, 지역사회 내 관계기관의 협업 시스템을 도입하여 정신건강증진사업을 운영한다. 이 사업은 정신건강 고위기 청소년의 사전 발굴 및 선별에서부터 사후관리에 이르기까지 조기발견, 해결, 예방, 적응의 지속적이고 통합적인 서비스 지원으로 청소년이 스스로 회복탄력성을 강화하여 건강하고 긍정적으로 성장하도록 지원하는 것을 목표로 하는 사업이다. 2020년 1개 고등학교를 대상으로 시범사업을 시작, 2022년 현재 6개 고등학교로 확대되어 학생들을 대상으로 정신건강선별검사를 실시하고 심리지원 서비스를 제공하고 있다. 특히 이 사업은 지역사회 내에서 청소년의 정신건강을 점검하고 지원하고자 하는 목적에 맞게 지역 내 정신건강 전문병원과 협약을 맺어 사업 대상 청소년에게 종합심리검사 및 정신장애 진단 서비스를 제공하고 있다. 또한, 지역 기업으로부터 후원금을 받아 고위험 청소년을 지속해서 관리하도록 하고 있다(그림 II-9). 특히 전문상담사는 개입 대상 청소년과 학교, 병원, 청소년상담복지센터 그리고 보호자 사이의 가교 역할을 함으로써 위기 청소년의 정신건강 증진을 위한 환경 조성을 지원하는 유의미한 역할을 하고 있다. 이는 지역 청소년에 대한 상담복지서비스연계사업을 추진함으로써 청소년의 삶의 질 향상에 기여하고 지역사회 자원을 효과적으로 개발하

고 관리하고 활용하는 사회공헌사업의 좋은 사례라고 할 수 있다.



[그림 II-9] 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업 흐름도

3. 소결

본 장에서는 청소년 정신건강과 관련한 선행연구 및 기존의 실태조사를 토대로 청소년기 정신건강의 중요성과 우리나라 청소년 정신건강 현황, 그리고 청소년을 대상으로 한 정신건강 증진 서비스에 대해 정리하여 제시하였다. 또한 본 연구의 목적에 도달하기 위하여 성남시 청소년의 정신건강 현황과 성남시 청소년 정신건강 서비스 지원체계에 대해서도 살펴보았다.

앞서 살펴본 청소년 정신건강 실태조사에서 알 수 있듯이 정부는 물론

학계를 포함하여 우리 사회 전체가 청소년 정신건강의 심각성을 인식하고 있다. 이러한 측면에서 현재 우리나라는 청소년 정신건강 증진을 위해 여러 중앙부처가 고유 인프라를 활용하여 지역사회 서비스 체계를 구축하는 등 다각적인 노력을 지속하고 있다. 그러나 하나의 기관에서 청소년이 경험하는 정신건강 문제에 충분히 대응하기는 어려울 수 있다(최정원 외, 2021). 예를 들면 보건복지부의 기초정신건강복지센터가 전국에 약 240여 개가 있지만, 아동·청소년에 특화해 정신질환의 치료가 가능한 기초정신건강복지센터는 4개소에 불과하다. 또한 퇴원 후 사회 복귀를 지원하는 정신재활시설은 전국 349개소 중 아동·청소년 정신건강지원시설은 전국에 13개뿐이며 이마저도 서울(11개소)에 편중되어 있다. 여성가족부에서도 청소년사이버상담센터와 함께 청소년상담복지센터를 중심으로 청소년에게 종합적인 서비스를 제공하는 역할을 수행하고는 있으나 상담 서비스를 제공하는 종사자 대부분이 정신건강 분야에 대한 자격이나 경력이 없고 상담복지분야 또는 청소년학 분야에 한정되어 있어 정신건강과 관련한 상담이나 대처에는 한계가 있다. 따라서 전국에 청소년 정신건강 증진 지원을 위한 여러 인프라가 설치되어 있는 만큼 청소년 정신건강 지원의 사각지대를 해소하고 물리적 접근성을 높이기 위해서는 관계기관 간 협업과 연계가 필요할 것이다. 또한 정신건강지원시설과 같은 기관을 아동청소년 인구를 기준으로 권역별로 균형 있게 설치해 수도권 편중을 해결하고, 정신건강 사업 수행인력의 전문성 증진과 인력을 확충하여 전국적으로 균등하고 사각지대 없는 정신건강 서비스 제공 방안이 추진되어야 한다.

마지막으로 정신건강과 관련한 다양한 실태조사가 기관별로 수행 중이

지만, 청소년 정신질환에 대한 유병률이나 치료실태 등에 대한 조사는 없어 이에 대한 정확한 파악이 이루어지지 않고 있다. 정신질환은 빠른 초기 검진과 치료가 중요하기 때문에 청소년기 특성을 반영한 조사 기준과 방법을 적용하여 주기적인 청소년 대상 정신질환 실태조사가 필요하다. 특히 우리나라는 인구, 일자리, 교통, 기본 인프라에서 지역 간의 격차가 큰 편이므로, 이러한 실태를 반영한 권역별 청소년 정신건강 현황에 대한 정보는 지역사회 기반 통합 서비스 전달체계뿐만 아니라 맞춤형 정신건강 서비스의 근거가 될 것이다.

다음 제 3장에서 성남시 청소년의 정신건강 실태와 정신건강에 영향을 미치는 개인, 가정, 사회환경 및 보호요인의 연관성을 세밀하게 분석함으로써 성남 지역 청소년 맞춤형 정신건강 서비스의 근거자료를 마련하고자 한다.

Ⅲ. 성남시 청소년 정신건강 실태조사

1. 조사 내용

1) 조사 목적

제3장에서는 성남시청소년상담복지센터의 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’ 참여 대상 청소년의 정신건강 실태를 파악하였다. 이를 통해 고위기 청소년을 조기에 발견하고 청소년 정신건강 문제 유형별로 적합한 검사와 치료를 제공하여 더 심각한 위기 문제의 발생을 예방하기 위한 정신건강 서비스의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2) 조사 대상 및 방법

(1) 조사 대상

- 성남시청소년상담복지센터의 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’에 참여하는 성남시 소재 6개 고등학교 1, 2학년 재학생 총 1,171명

(2) 조사 기간

- 고등학교 5개교 1학년 학생: 2022년 4월 1일부터 6월 10일까지 진행
- 고등학교 1개교 2학년 학생: 8월 26일에 실시

(3) 조사 방법

본 조사는 자기보고식으로 학교의 상황과 요청에 따라 온라인 및 오프라인 설문조사 방법을 병행하였다. 온라인 조사를 희망하는 학교에는 조사 내용에 관한 모바일 조사 링크를 청소년상담복지센터 담당자가 희망 학교의 담임교사에게 발송하고, 모바일 조사 링크를 수령한 학교의 담임교사가 참여 청소년에게 모바일 조사 링크를 전달하여 설문조사를 실시하도록 하였다. 오프라인 조사를 희망하는 학교는 학교 측에서 현장 설문조사를 위한 공간을 마련하여 청소년상담복지센터 조사 담당자가 직접 청소년에게 검사에 대해 안내하였으며, 참여 청소년은 동일한 시간에 조사를 수행하였다.

참여동의서에 본인과 보호자가 모두 동의한 경우에만 참여하도록 하였으며, 참여 학교의 사업 담당자 및 담임 교사에게 검사에 대한 안내 및 사전교육을 시행하였다. 참여자들은 본 연구의 목적과 방법을 숙지하고 자발적으로 설문에 응답하였으며 조사에 소요된 시간은 약 30분 내외였다. 구체적인 조사 대상 및 조사 내용은 <표 III-1>과 같다.

<표 III-1> 조사대상 및 조사내용

조사 대상	- 성남시 소재 고등학교 1, 2학년 재학생	비고
모집처	- 성남시청소년상담복지센터 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’ 참여 학교 명단	
조사 실시 기간	- 1차: 2022년 4~6월 - 2차: 2022년 8월	

조사 방법	- 참여 학교를 대상으로 설명회 진행 후 청소년상담복지센터 사업 담당자가 학교에 직접 방문하여 학교 상황에 맞게 온/오프라인 조사 병행	
최종 대상	- 참여동의서에 본인과 보호자가 모두 동의한 고등학교 1, 2학년 총 1,171명	
조사 내용	- 성별, 거주지역, 학교 유형, 거주지역, 가족구조	5문항
	- 경제적 수준, 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등, 보호자로부터의 물질적 지원, 보호자로부터 정서적 지원	4문항
	- 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람, 도움을 청할 대상, 청소년 지원기관 인지도 및 이용 경험, 이용기관 만족도	5문항
	- 우울(BDI)	21문항
	- 불안(BAI)	21문항
	- 무망감(BHS)	20문항
	- 정신장애(K-PDSQ)	125문항
	- 회복탄력성	37문항
보호요인	- 사회적 지지	24문항

3) 조사 도구

청소년 정신건강 조사 내용은 크게 3개 영역으로 구성되었다. 첫째, 청소년의 성별, 학교유형, 가족구조 등 인구사회학적 영역. 둘째, 정신장애와 우울, 불안, 무망감을 중심으로 정신건강 영역. 셋째, 회복탄력성, 사회적 지지와 같은 보호요인 영역이다.

특별히 정신건강 영역은 청소년 정신건강 문제 노출 실태조사와 관련해 임상척도를 사용하여 심층 조사를 하였다. 예를 들면, 임상장면에서 흔히 관찰되는 정신장애를 선별하기 위한 검사인 한국판 정신과적 진단

선별질문지(Korean version of Psychiatric Diagnostic; K-PDSQ)가 있다.

(1) 일반적 특성

연구대상 청소년의 일반적인 특성은 3가지 영역, 총 14문항으로 구성되어 있다.

- 인구사회학적 특성: 성별, 학년, 학교유형, 거주지역, 가족구조
- 가정환경 특성: 경제적 수준, 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등, 보호자의 물질적 지원, 보호자의 정서적 지원
- 사회적 자원 특성: 어렵고 힘들 때 도움을 요청할 사람 및 대상, 지역 사회 청소년 지원기관에 대한 인지도, 이용 경험, 이용한 기관 만족도

(2) 정신건강

본 조사에서는 청소년의 정신건강을 살펴보고자 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도를 조사하였다.

가. 우울

참여 청소년의 불안을 측정하기 위하여 한국판 BDI-II(Beck Depression Inventory-II)를 사용하였다(임선영 외, 2011). 미국에서 1996년 DSM-IV의 우울증 진단기준에 맞추어 개발된 Beck 우울척도 2판을 국내 상황에 맞게 한국판 BDI-II(K-BDI-II)로 타당화한 것이다. 총 21문항으로 DSM-IV의 주요 우울증 진단기준을 반영하여 슬픔, 죄책감, 자살사고, 즐거움 상실 등의 우울증 주요 증상과 함께 짜증, 자기비판, 주의집중 어려움, 피로감, 수면이나 식욕의 저하 혹은 증가를 평가할 수 있다. Beck 우울척

도는 18세 이상의 성인을 대상으로 개발되었다. 그러나 청소년을 대상으로 한국판 Beck 우울척도의 신뢰도를 조사한 연구에 따르면 본 도구는 청소년을 대상으로도 신뢰도가 높게 나타나 청소년 대상 우울 증상의 선별도구로 사용될 수 있다(박현정 외, 2000). 청소년은 조사 시점을 기준으로 지난 2주일 동안 얼마나 힘들었는지를 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’ ~ ‘심하게 그렇다/정말 견디기 힘들었다(3점)’의 4점 Likert 척도로 응답한다. 총점은 문항의 점수를 합산하며 0~63점의 범위를 가진다(김지혜 외, 2015). 우울의 점수해석(cut-off score)은 한국어판 BDI-II(K-BDI-II)의 점수해석 가이드라인을 따랐다(표 III-2). 정상 성인 집단을 대상으로 한 한국판 BDI-II 연구에서 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .89로 나타났으며, 고등학교 1학년을 대상으로 신뢰도를 조사한 박현정 등(2000)의 연구에서는 .85, 본 연구에서는 .93으로 나타났다.

나. 불안

참여 청소년의 불안을 측정하기 위하여 한국판 Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory; BAI)를 사용하였다. BAI는 불안 증상의 심각도를 측정하기 위하여 개발된 자기보고식 설문지이다(Beck, et al., 1988). 정신건강 의학과에서 성인 또는 청소년 환자를 대상으로 불안 증상의 심각도를 평가하기 위하여 개발되었으며 특히 우울 증상들과 구별되는 불안 증상들을 파악할 수 있다(김지혜 외, 2015). K-BAI는 총 21개 문항으로 청소년은 조사 시점을 기준으로 지난 1주일 동안 각 문항에서 제시한 증상이 얼마나 심각했는지를 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’ ~ ‘심하게 그렇다/정말 견디기 힘들었다(3점)’의 4점 Likert 척도로 응답한다. 총점은 문항의 점

수를 합산하며 0~63점의 범위를 가진다(김지혜 외, 2015). 불안의 점수 해석(cut-off score)은 한국판 BAI(K-BAI)의 점수해석 가이드라인을 따랐다(표 III-2). 정상 성인 집단을 대상으로 한 한국판 BAI 연구에서 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .90이었으며(Lim, et al., 2014), 본 연구에서는 .93으로 나타났다.

다. 무망감

참여 청소년의 무망감을 측정하기 위해 한국판 Beck 무망감 척도(K-BHS)를 사용하였다(김성건 외, 2015). BHS는 미래에 대한 부정적인 기대(비관주의)를 평가하는 척도로 총 20문항으로 구성된 자기보고식 척도이다. 각 문항에 대하여 지난 일주일을 떠올리며 자신이 가지고 있는 태도에 대해, ‘예(1점)’ 또는 ‘아니오(2점)’로 응답한다. 점수는 20점에서 40점까지 분포하고, 점수가 높을수록 무망감이 높음을 의미한다. 무망감의 점수해석(cut-off score)은 한국판 BHS(K-BHS)의 점수해석 가이드라인을 따랐다(김지혜 외, 2015)(표 III-2). 정상 성인 집단을 대상으로 한 김성건 등(2015)의 한국판 BHS 연구에서 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .85이었고, 본 연구에서는 .78로 나타났다.

<표 III-2> Beck 3종 척도의 점수해석 가이드라인(Cut-off score)

수준별 위험도	BDI	BAI	BHS
최경도(minimal)	0~13점	0~7점	0~3점
경도(mild)	14~19점	8~15점	4~8점
중등도(moderate)	20~28점	16~25점	9~14점
고도(severe)	29~63점	26~63점	15~20점

*출처: 한국판 BDI(K-BDI), BAI(K-BAI), BHS(K-BHS)의 점수해석 가이드라인을 따름

라. 정신장애

참여 청소년의 정신장애를 측정하기 위하여 한국판 정신과적 진단 선별 질문지(Korean version of Psychiatric Diagnostic; K-PDSQ)를 사용하였다. K-PDSQ는 임상에서 흔히 관찰되는 정신장애를 선별하기 위해 고안된 자기보고식 검사로 2001년 Zimmerman과 Mattia(2001)가 개발하였다. PDSQ는 정신장애의 진단 및 통계편람(DSM-IV)을 근거로 기분장애, 불안장애, 섭식장애, 정신병적 장애, 신체형 장애, 물질 관련 장애 총 6개의 모듈로 구성되어 있다. 각 모듈은 우울(21문항), 외상후스트레스(15문항), 섭식(10문항), 강박(7문항), 공황(8문항), 정신증(6문항), 광장공포(11문항), 사회공포(15문항), 알코올남용/의존과 같은 알코올 관련(6문항), 약물남용/의존과 같은 약물 관련(6문항), 범불안(10문항), 신체화(4문항), 건강염려증(6문항)으로 총 13가지 정신건강 관련 장애의 증상을 평가하는 125개의 질문으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 PDSQ를 최정식 등(2009)이 한국어판으로 번안 및 개발하였고 이후 곽재훈 등(2012)이 선별검사로서의 진단적 타당성과 유용성을 재검증한 것을 사용하였다. 곽재훈 등(2012)은 K-PDSQ 13개 질환의 민감도와 특이도를 평가하여 최적의 절단점(cut-off score)을 산정하여 진단적 유용성을 검증하였는데, 타당화 과정에서 표본수가 매우 적었던, 섭식, 약물남용/의존, 신체화는 제외되어 총 10가지 정신질환에 대해 선별하도록 했다(곽재훈 외, 2012). 그러나 본 조사에서는 PDSQ의 13가지를 모두 조사하고 분석에 사용하였다. 이때, 곽재훈 등(2012)에서 제외된 3가지 질환(섭식, 약물, 신체화)의 절단점은 루마니아인을 대상으로 타당화한 연구를 참고하였다(Ciuca, et al., 2011). K

-PDSQ 척도의 점수해석 가이드라인(Cut-off score)은 <표 III-3>에 제시하였다. K-PDSQ는 DSM-IV 진단기준에 따라 우울, 외상후스트레스, 섭식, 강박, 공황, 정신증은 지난 2주 동안, 다른 7가지 하위척도(광장공포, 사회공포, 알코올, 약물, 신체화, 범불안, 건강염려)는 지난 6개월 동안의 증상 유무를 묻는 질문에 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 응답하게 되어있다.

<표 III-3> K-PDSQ 척도의 점수해석 가이드라인(Cut-off score)

하위 질환	절단점
주요우울장애	9점
외상 후 스트레스 장애	5점
섭식장애	5점
강박장애	2점
공황장애	4점
정신증적 장애	1점
광장공포증	2점
사회공포증	5점
알코올 관련 장애	2점
약물 관련 장애	2점
신체화 장애	2점
범불안장애	5점
건강염려증	4점

(3) 보호요인

본 연구에서는 청소년 정신건강 문제에 대한 보호요인으로 회복탄력성과 사회적 지지를 사용하였다.

가. 회복탄력성

본 연구에서 참여 청소년의 회복탄력성(resilience)을 측정하기 위하여 홍세희 등(2019)이 청소년을 대상으로 개발 및 타당화한 척도를 사용하

였다. 이 척도는 회복탄력성을 역경과 고난의 상황에서 적응적 상태로 다시 돌아온다는 회복의 의미로서 개인이 스트레스 상황을 극복하고 심리적 혹은 신체적 외상으로부터 회복하여 이전의 수준으로 적응하는 능력으로 정의하였다(홍세희 외 2019). 이러한 측면에서 회복탄력성은 개인 특질이 아닌 역동적 관점에서 환경과 상호작용하는 변화 가능한 개념으로 볼 수 있다. 본 척도는 7개 하위요인 총 37문항으로 각 하위요인은 감정조절 5문항, 공감 6문항, 관계성 6문항, 문제해결력 4문항, 자기효능감 4문항, 낙관성 6문항, 끈기 6문항으로 구성되어 있으며 ‘전혀 그렇지 않다’에서 ‘매우 그렇다’의 5점 Likert 척도로 응답하도록 되어 있다. 홍세희 등(2019)의 연구에서 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 감정조절 .81, 공감 .83, 관계성 .90, 문제해결 .79, 자기효능감 .87, 낙관성 .89, 끈기 .89 이었으며 회복탄력성 검사 전체는 .95로 나타났다. 본 연구에서는 감정조절 .83, 공감 .83, 관계성 .92, 문제해결 .80, 자기효능감 .91, 낙관성 .93, 끈기 .92 이었고 회복탄력성 검사 전체의 신뢰도 계수는 .89로 나타났다.

나. 사회적 지지

참여 청소년의 사회적 지지를 측정하기 위하여 Dubow와 Ullman(1989)이 개발한 SSAS(Social Support Appraisal Scale) 척도를 한미현과 유안진(1996)이 제작한 사회적 지지척도를 사용하였다. 이 척도에서 사회적 지지 지각은 ‘사회적 관계를 통해 타인으로부터 얻을 수 있는 사랑이나 인정, 정보, 물질적 원조 등의 긍정적 자원에 대한 청소년의 인지적 평가’로 정의하고 있다. 이러한 측면에서 청소년이 맺는 주된 사회적 관

계를 친구, 교사, 가족으로 구분하였다. 본 척도는 친구지지, 가족지지, 교사지지의 3개 하위요인 각 8개 문항, 총 24문항으로 구성되어 있다. 한미현과 유안진(1996)의 연구에서 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 친구지지 .91, 가족지지 .94, 교사지지 .89, 사회적 지지 검사 전체는 .93이었으며, 본 연구에서는 친구지지 .89, 가족지지 .97, 교사지지 .47, 사회적 지지 검사 전체는 .70으로 나타났다.

4) 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 22.0 프로그램을 사용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

- 인구통계학적 변인에 대하여 빈도분석, 정신건강, 보호요인과 같은 주요 변수에 대하여 기술통계분석 실시
- 주요변수에 대한 내적일관성 계수인 Cronbach's α 를 산출하여 신뢰도 분석 실시
- 변수 간 관계는 종속변수간 관련성을 고려하여 차이를 검증하는 다변량분산분석(Multivariate Analysis of Variance; MANOVA)을 실시
- 유의한 결과에 대하여 사후검정(Post-Hoc Test)을 수행. 사후검정은 집단별 사례수가 달라도 분석이 가능한 Scheffè를 사용(박광배, 2003).

2. 조사 결과

1) 응답자의 일반적 특성

(1) 인구사회학적 특성

본 조사에 참여한 청소년은 총 1,171명으로 남학생은 644명(55%), 여학생은 527명(45%)로 나타났다. 학년 비율은 1학년 919명(78.5%)으로 2학년 252명(21.5%)에 비해 높았으며, 특성화고등학교 참여 학생(53.6%)이 일반고등학교(46.4%)보다 높았다. 거주지역은 기타지역이 25.8%로 가장 많았지만, 분당구 25.7%, 중원구 24.8%, 수정구 23.7%로 지역별로 균등하게 차지하고 있다. 기타 지역 응답 청소년의 경우 성남시 소재 고등학교에 재학 중이지만 집은 성남시 인근 경기도 지역, 즉 광주, 용인, 하남 등에 거주하는 청소년이다. 가족형태는 양부모가정(친부모, 새부모)이 78.2%로 가장 많았고, 다음으로 한부모가정이 18.5%, 기타는 3.2%로 나타났다. 기타 응답은 조손가족, 혼자 살거나, 보호시설, 친척 또는 친구 등과 사는 청소년이다(표 III-4).

<표 III-4> 청소년의 인구사회학적 특성 (N = 1,171)

구분		빈도(%)
성별	여학생	527(45.0)
	남학생	644(55.0)
학년	1학년	919(78.5)
	2학년	252(21.5)
학교유형	일반고등학교	543(46.4)
	특성화고등학교	628(53.6)
거주지역	수정구	278(23.7)
	중원구	290(24.8)
	분당구	301(25.7)
	기타	302(25.8)
가족형태	양부모가족	916(78.2)
	한부모가족	217(18.5)
	기타	38(3.2)
전체		1,171(100)

주. 가족형태 기타: 조손가족, 보호시설, 혼자, 친구 등

(2) 가정환경 특성

청소년의 가정환경 특성은 다음과 같다. 청소년이 지각한 가정의 경제적 수준은 ‘보통’이 64.5%로 가장 많았고, 잘사는 편 26.5%, 어려운편 9.1%로 순이었다. 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등 경험은 청소년의 61.8%가 ‘그렇지 않다’, 24.8%는 보통이다, 13.4%는 ‘그렇다’고 응답하였다. 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등 평균은 2.19($SD=1.10$)로 전반적으로 낮은 편이었다. 보호자의 물질적 지원도 청소년의 71.7%가 ‘받는다’, 23.6%가 ‘보통이다’, 4.7%는 ‘받지 못한다’고 응답하였다. 보호자의 정서적 지원은 청소년의 59.9%가 받는다, 29.9%는 보통이다, 10.2%는 받지 못한다고 응답하였다. 보호자의 물질적 지원과 정서적 지원의 평균은 각각 4.13($SD=0.97$), 3.80($SD=1.07$)로, 전반적으로 높은 편이었다(표 III-5).

〈표 III-5〉 청소년의 가정환경 특성 ($N = 1,171$)

구분	응답	빈도(%)	$M(SD)$	범위
경제적 수준	어려운 편	106(9.1)	3.21(0.69)	1 - 5
	보통	755(64.5)		
	잘사는 편	310(26.5)		
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	그렇지 않다	724(61.8)	2.19(1.10)	1 - 5
	보통이다	290(24.8)		
	그렇다	157(13.4)		
보호자의 물질적 지원	받지 못한다	55(4.7)	4.13(0.97)	1 - 5
	보통이다	276(23.6)		
	받는다	840(71.7)		
보호자의 정서적 지원	받지 못한다	120(10.2)	3.80(1.07)	1 - 5
	보통이다	350(29.9)		
	받는다	701(59.9)		

본 조사에서 보호자로부터 ‘정서적 지원을 받는다’는 청소년의 비율은 ‘물질적 지원을 받는다’는 청소년(71.7%)에 비해 약 12% 낮았으며 보호자로부터 ‘정서적 지원을 받지 못한다’는 청소년의 비율은 ‘물질적 지원을 받지 못한다’는 청소년(4.7%)에 비해 약 6% 높았다. 이에 청소년의 가정 내 지지자원을 구체적으로 확인하기 위해 물질적 지원과 정서적 지원을 교차분석 하였다(표 III-6). 분석결과 응답자의 18.3%가 보호자의 물질적 지원과 정서적 지원 둘 다 ‘받지 못한다’는 것으로 나타났다, 물질적 지원은 ‘받는다’ & 정서적 지원은 ‘받지 못한다’는 청소년 비율은 응답자의 49.2%로 나타났다. 물질적 지원은 ‘받지 못한다’ & 정서적 지원은 ‘받는다’는 청소년 비율은 2.4%로 나타났다.

<표 III-6> 청소년의 가정 내 지지자원 (N = 1,171)

구분		전체	보호자 물질적 지원(%)		
			받지못한다	보통이다	받는다
보호자 정서적 지지	받지못한다	120(100)	18.3	32.5	49.2
	보통이다	350(100)	4.6	38.6	56.9
	받는다	701(100)	2.4	14.6	83.0
전체		1171(100)	55(100)	276(100)	840(100)

(2) 사회적 자원 특성

참여 청소년의 사회적 자원 특성 중 먼저, 지지자원에 대한 실태 결과는 <표 III-7>에 제시하였다. 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 있는지에 대하여 응답자의 45.3%가 4명 이상, 40.6%는 2~3명, 7.9%는 1명이라고 응답하였다. 도움을 청할 사람이 ‘없다’는 청소년은 응답자의 6.1%

로 나타났다. 다음, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상이 누구인지에 대하여 ‘친구’라는 응답이 전체의 26.5%로 가장 높았다. 다음 어머니 24.5%, 아버지 18.4%, 학교 선생님 13.0%, 형제자매 10.3% 순으로 나타났다.

<표 III-7> 청소년의 사회적 자원 특성: 지지자원 (N = 1,171)

구분	응답	빈도(%)
도움을 청할 사람의 수	없다	71(6.1)
	1명	93(7.9)
	2~3명	476(40.6)
	4명 이상	531(45.3)
	아버지	607(18.4)
도움을 청할 대상	어머니	811(24.5)
	형제자매	342(10.3)
	친구	878(26.5)
	학교 선생님	430(13.0)
	학원 선생님	91(2.8)
	복지시설 선생님	68(2.1)
	이웃/친척	74(2.2)
	기타	6(0.2)

주. 도움을 청할 대상: 도움을 청할 사람의 수에서 ‘없다’는 응답은 제외하여 분석

다음 청소년을 위한 기관 및 지원사업(청소년 전화 1388, 청소년상담복지센터, 학교밖지원센터)에 대한 인지도 및 이용 경험 그리고 만족도를 알아보았다. 청소년 지원기관 및 사업에 대하여 청소년의 19.8%가 모른다고 응답했으며, 30.7%는 2개 기관, 29.3%는 1개 기관, 20.2%는 3개 기관에 대해 알고 있다고 응답하였다. 청소년 지원기관 및 사업 이용 경험은 94.3%의 청소년이 ‘없다’고 응답하였으며, 4.4%의 청소년이 1개 기관을 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 청소년 지원기관 및 사업 이용 경험이 있는 청소년의 만족도 점수는 평균 3.30($SD = 0.96$)으로 전반적으로 높게 나타났다(표 III-8).

<표 III-8> 청소년의 사회적 자원 특성: 청소년 기관 관련 경험

구분	인지도 (<i>n</i> =1,147)		이용 경험 (<i>n</i> =1,165)		만족도 (<i>n</i> =63)	
	빈도(%)				<i>M(SD)</i>	범위
청소년 지원기관 및 사업	모른다	227(19.8)	없다	1,099(94.3)		
	1개 기관	336(29.3)	1개 기관	51(4.4)		
	2개 기관	352(30.7)	2개 기관	7(0.6)	3.30(0.96)	1 - 5
	3개 기관	232(20.2)	3개 기관	8(0.7)		

주. 청소년 지원기관 및 사업: 청소년 전화 1388, 상담복지센터, 학교밖지원센터(꿈드림)

청소년 지원기관 및 사업과 관련하여 기관별로 인지도 및 이용 경험에 대한 비율을 분석했다(표 III-9). 청소년 전화 1388의 경우 응답자의 72.1%가 알고 있었다고 응답하였으나 이용 경험은 2.4%에 불과했다. 청소년 상담복지센터의 경우 응답자의 52.6%가 알고 있었으나 이용 경험은 3.4% 수준이었다. 마지막 학교밖지원센터인 꿈드림을 알고 있는 청소년은 응답자의 25.7%로 다른 두 기관에 비해 상대적으로 적은 비율이었으며 이용 경험 역시 2.0%로 나타났다.

<표 III-9> 청소년의 사회적 자원 특성: 청소년 기관 이용 경험(기관별 비율)

구분	인지도 (<i>n</i> = 1,147)	이용 경험 (<i>n</i> = 1,165)
	빈도(%)	
청소년 전화 1388	844(72.1)	28(2.4)
청소년상담복지센터	616(52.6)	40(3.4)
학교밖지원센터(꿈드림)	301(25.7)	24(2.0)

주. 중복응답, 제시된 값은 '그렇다' 응답 비율

2) 정신건강 실태

(1) 우울

청소년 우울에 대한 분석 결과는 다음과 같다. 먼저, BDI의 절단점(cut off score)을 기준으로 우울 점수를 4개의 수준으로 분류한 결과, 응답자의 72.3%가 우울 증상이 거의없는 ‘최경도’이었으며, 다음이 경도 13.0%, 중등도 9.6%, 고도 5.1% 순으로 나타났다. 청소년의 우울 수준이 인구사회학적 특성, 가정환경, 사회적 자원에 따라 차이가 있는지 알아보기 위하여 검증을 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-10>에 제시하였다.

4개 우울 수준을 대상으로 인구사회학적 특성을 비교한 결과, 가족형태에 따른 차이는 유의하지 않았으나, 성별($\chi^2 = 21.12, p < .001$), 학년($\chi^2 = 15.34, p < .01$), 학교유형($\chi^2 = 16.32, p < .01$), 거주지역($\chi^2 = 24.05, p < .01$)은 우울 수준별로 유의한 차이가 나타났다.

구체적으로 살펴보면, 우울이 최경도인 집단에서 남학생(77.5%) 비율이 여학생(66.1%)보다 높았고 중등도와 고도 집단에서는 여학생(중등도 12.6%, 고도 6.9%)이 남학생(중등도 7.1%, 고도 6.9%)보다 높았다.

학년별로는 최경도 집단에서 2학년(81.0%) 비율이 1학년(69.8%)보다 높았지만, 중등도 집단에서는 1학년(11.0%)이 2학년(4.8%)보다 높게 나타났다. 학교 유형별로는 우울 수준이 최경도인 집단에서 일반고 학생(76.2%)의 비율이 높았고, 고도 집단에서는 특성화고 학생(7.2%)의 비율이 유의하게 높았다.

거주지역은 최경도 집단에서는 분당구(78.3%)가 가장 높았으며, 중등도

집단에서는 기타지역(14.2%)에 거주하는 청소년의 비율이 가장 높았다.

〈표 III-10〉 청소년의 우울 수준별 인구사회학적 특성 비교

구분		전체	우울(%)				χ^2
			최경도	경도	중등도	고도	
성별	여학생	525 (45.8)	66.1	14.5	12.6*	6.9*	21.12***
	남학생	621 (54.2)	77.5*	11.8	7.1	3.7	
학년	1학년	894 (78)	69.8	13.4	11.0*	5.8	15.34**
	2학년	252 (22)	81.0*	11.5	4.8	2.8	
학교유형	일반고	521 (45.5)	76.2*	13.2	7.9	2.7	16.32**
	특성화고	625 (54.5)	69.0	12.8	11.0	7.2*	
거주지역	수정구	266 (23.2)	72.6	12.8	10.5	4.1	24.05**
	중원구	278 (24.3)	75.2	12.9	6.8	5.0	
	분당구	300 (26.2)	78.3*	11.3	6.7	3.7	
	기타	302 (26.4)	63.2	14.9	14.2*	7.6	
가족형태	양부모	895 (78.1)	73.6	13.4	8.8	4.1	12.44
	한부모	213 (18.6)	67.1	11.7	12.2	8.9	
	기타	38 (3.2)	68.4	10.5	13.2	7.9	
전체		1,146 (100)	828 (72.3)	149 (13.0)	110 (9.6)	59 (5.1)	

주. 해석방법: 진하게 표시된 우울 수준에서 각 인구학적 특성의 열을 비교, [*] 표기된 값이 유의하게 높은 비율을 의미

다음 4개의 우울 수준을 대상으로 가정환경의 차이를 비교한 결과(표

III-11), 경제적 수준($\chi^2 = 36.71, p < .001$), 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등($\chi^2 = 43.81, p < .001$), 보호자 물질적 지원($\chi^2 = 12.76, p < .05$), 보호자 정서적 지원($\chi^2 = 70.25, p < .001$)의 유의한 차이가 나타났다.

구체적으로 살펴보면, 가정의 경제적 수준은 최경도 집단에서는 ‘잘 산다(79.0%)’는 응답 비율이 가장 높았고 ‘어렵다(57.7%)’는 응답이 가장 낮게 나타났으며, 경도 집단에서는 ‘보통이다(15.1%)’가 가장 높았다. 그러나 우울 수준이 상대적으로 높은 중등도와 고도 집단에서는 가정의 경제적 수준이 ‘어렵다(18.3%, 13.5%)’는 응답이 가장 높았다.

경제적 문제로 인한 가족 간 갈등은 최경도 집단에서 ‘그렇지 않다(7.5%)’는 응답 비율이 가장 높았고 ‘그렇다(54.5%)’는 응답이 가장 낮게 나타났으나, 경도, 중등도, 고도 세 집단 모두 ‘그렇다(16.0%, 19.2%, 10.3%)’는 응답이 가장 높았다.

보호자의 물질적 지원은 최경도 집단에서는 ‘보통이다(74.7%)’의 비율이 가장 높았으며, 다른 세 집단에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

보호자의 정서적 지원은 최경도 집단에서는 ‘받는다(78.4%)’는 응답 비율이 가장 높았고 ‘받지 못한다(45.0%)’는 응답이 가장 낮게 나타났으나, 경도, 중등도에서는 ‘받지 못한다(20.8%, 20.0%)’는 응답 비율이 가장 높았다. 우울 수준이 고도인 집단에서는 보호자의 정서적 지원을 ‘받지 못한다(14.2%)’는 응답이 가장 높았고 ‘받는다(2.8%)’는 응답이 가장 낮게 나타났다.

〈표 III-11〉 청소년 우울 수준별 가정환경 비교

구분		전체	우울(%)				χ^2
			최경도	경도	중등도	고도	
가정의 경제적 수준	어렵다	104 (9.1)	57.7	10.6	18.3*	13.5*	36.71***
	보통이다	737 (64.3)	71.5	15.1*	8.8	4.6	
	잘산다	305 (26.6)	79.0*	8.9	8.5	3.6	
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	그렇지 않다	710 (62.0)	77.5*	11.8	7.0	3.7	43.81***
	보통이다	280 (24.4)	68.9	14.3	10.7	6.1	
	그렇다	156 (13.6)	54.5	16.0*	19.2*	10.3*	
물질적 지원	받지못한다	51 (4.5)	52.9	17.6	17.6	11.8	12.76*
	보통이다	269 (23.5)	74.7*	11.2	8.9	5.2	
	받는다	826 (72.1)	72.6	13.3	9.3	4.7	
정서적 지원	받지못한다	120 (10.5)	45.0	20.8*	20.0*	14.2*	70.25***
	보통이다	340 (29.7)	69.4	12.6	11.2	6.8	
	받는다	686 (59.9)	78.4*	11.8	7.0	2.8	
전체		1,146 (100)	828 (72.3)	149 (13.0)	110 (9.6)	59 (5.1)	

주. 진하게 표시된 우울 수준에서 각 가정환경 특성의 열을 비교, [*] 표기된 값이 유의하게 높은 비율을 의미

우울 수준별 사회적 자원의 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상에 대하여 검증을, 나머지 세 변수에 대하여 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 다변량분산분석시 독립변수는 4개의 우울 수준이고 종속변수는 3개 영역의 사회적 자원이었다. Box

의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으며($F=5.69$, $p<.001$], Wilks' 람다 값은 사회적 자원에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .86$, $F=14.44$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .05$).

4개 수준의 우울을 대상으로 사회적 자원 차이를 비교한 결과, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람($F=158.35$, $p<.001$)과 청소년 지원기관 이용 경험($F=5.20$, $p<.01$)에서 우울 수준 간 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 열 비교와 Scheffè의 사후검정을 실시하였다(표 III-12).

<표 III-12> 청소년 우울 수준별 사회적자원 비교

구분		전체	우울(MSD)				χ^2/F	Sig. diff
			최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상 (%)	없다	71 (6.2)	31.0	22.5*	18.3*	28.2*	158.35***	
	1명	92 (8.0)	56.5	15.2	18.5*	9.8		
	2-3명	465 (40.6)	69.5	13.3	12.3	4.9		
	4명이상	518 (45.2)	83.2*	11.0	4.4	1.4		
청소년 기관 및 사업	인지도	2.52 (1.03)	2.55 (1.02)	2.39 (1.07)	2.53 (0.99)	2.32 (1.08)	1.74	c>a
	이용경험	1.07 (0.33)	1.05 (0.29)	1.09 (0.33)	1.16 (0.53)	1.16 (0.42)	5.20**	
	만족도	0.55 (1.28)	0.51 (1.25)	0.57 (1.26)	0.82 (1.49)	0.61 (1.14)	2.04	

주. 청소년 지원기관 및 사업 만족도는 청소년지원기관 및 사업 이용 경험이 있는 청소년의 데이터만을 사용

먼저, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상은 최경도 집단은 ‘4명(83.2

%)’의 비율이 가장 높았으며, 경도에서는 ‘없다(22.5%)’, 중등도에서는 ‘없다(18.3%)’와 ‘1명(18.5%)’의 비율이 가장 높았으며, 고도 역시 ‘없다(28.2%)’ 응답 비율이 가장 높았다. 청소년 지원기관 및 사업 이용 경험은 중등도($M=1.16$, $SD=0.53$)의 점수가 최경도($M=1.05$, $SD=0.29$)보다 높게 나타났다.

(2) 불안

청소년 불안에 대한 분석결과는 다음과 같다. BAI의 절단점을 기준으로 불안 점수를 4개의 수준으로 분류한 결과, 응답자의 80.5%가 불안 증상이 거의 없는 ‘최경도’이었으며, 경도 12.1%, 중등도 4.6%, 고도 2.7% 순으로 나타났다. 청소년의 불안 수준이 인구사회학적 특성, 가정환경, 사회적 자원에 따라 차이가 있는지 알아보기 위하여 검증을 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-13>에 제시하였다. 4개의 불안 수준을 대상으로 인구사회학적 특성을 비교한 결과, 성별($\chi^2 = 16.55$, $p < .01$), 학년($\chi^2 = 16.71$, $p < .01$), 학교유형($\chi^2 = 18.38$, $p < .001$), 가족형태($\chi^2 = 15.88$, $p < .05$), 거주지역($\chi^2 = 31.15$, $p < .001$)은 불안 수준 별 차이가 유의하게 나타났다. 불안이 최경도인 집단에서는 남학생(84.1%)의 비율이 여학생(76.4%)보다 높았고, 중등도에서는 여학생(7.0%)의 비율이 높게 나타났다. 학년별로는 최경도 집단에서 2학년(87.3%) 비율이 1학년(78.6%)보다 높았지만, 중등도 집단과 고도 집단에서는 1학년(5.6%, 3.4%)이 2학년(1.2%, 0.4%)보다 높게 나타났다. 학교유형별로는 불안이 최경도인 집단에서 일반고 학생(84.5%)의 비율이 높았고, 중등도와 고도 집단에서는 특성화고 학생(6.7%, 3.5%)의 비율이 높게 나타났다. 다음 가족형태는 중등도 집단에

서 한부모가정(8.0%)의 비율이 가장 높게 나타났으며, 거주지역은 고도 집단에서 기타지역(4.6%) 청소년의 비율이 가장 높게 나타났다.

〈표 III-13〉 청소년의 불안 수준별 인구사회학적 특성 비교

구분		전체	불안(%)				χ^2
			최경도	경도	중등도	고도	
성별	여성	525 (45.8)	76.4	13.3	7.0*	3.2	16.55**
	남성	621 (54.2)	84.1*	11.1	2.6	2.3	
학년	1학년	894 (78)	78.6	12.4	5.6*	3.4*	16.71**
	2학년	252 (22)	87.3*	11.1	1.2	0.4	
학교유형	일반고	521 (45.5)	84.5*	11.7	2.1	1.7	18.38***
	특성화고	625 (54.5)	77.3	12.5	6.7*	3.5*	
거주지역	수정구	266 (23.2)	81.2	12.0	3.4	3.4	31.15***
	중원구	278 (24.3)	84.5	9.7	3.6	2.2	
	분당구	300 (26.2)	86.0	9.7	3.7	0.7	
	기타	302 (26.4)	70.9	16.9	7.6	4.6*	
가족형태	양부모	895 (78.1)	81.2	12.6	4.0	2.1	15.88*
	한부모	213 (18.6)	77.0	10.8	8.0*	4.2	
	기타	38 (3.2)	84.2	7.9	0.0	7.9	
전체		1,146 (100)	923 (80.5)	139 (12.1)	53 (4.6)	31 (2.7)	

주. 진하게 표시된 우열 수준에서 각 인구학적 특성의 열을 비교, [*] 표기된 값이 유의하게 높은 비율을 의미

다음 불안 수준 별 가정환경의 차이를 비교한 결과, 보호자의 물질적 지원을 제외한 경제적 수준($\chi^2 = 30.61, p < .001$), 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등($\chi^2 = 40.85, p < .001$), 보호자 정서적 지원($\chi^2 = 36.04, p < .001$)의 유의한 차이가 나타났다. 이에 대한 결과는 <표 III-14>에 제시하였다.

구체적으로 살펴보면, 불안이 최경도인 집단에서는 경제적 수준이 ‘잘산다(83.3%)’는 응답 비율이 가장 높았으며, 경도, 중등도, 고도 집단에서는 ‘어렵다(20.2%, 11.5%, 6.7%)’는 응답이 높게 나타났다.

경제적 문제로 인한 가족 간 갈등은 최경도 집단에서 ‘그렇지 않다(85.5%)’는 응답이 가장 높았으며, 경도 집단에서 ‘보통이다(17.1%)’, 중등도와 고도 집단에서는 ‘그렇다(9.6%, 6.4%)’는 응답이 가장 높았다.

마지막 보호자의 정서적 지원은 최경도 집단은 ‘받는다(83.2%)’는 응답 비율이 가장 높았으며, 중등도와 고도 집단에서는 ‘받지 못한다(13.3%, 5.8%)’는 응답이 가장 높게 나타났다.

<표 III-14> 청소년 불안 수준별 가정환경 비교

구분		전체	불안(%)				χ^2
			최경도	경도	중등도	고도	
가정의 경제적 수준	어렵다	104 (9.1)	61.5	20.2*	11.5*	6.7*	30.61***
	보통이다	737 (64.3)	82.1	11.8	3.9	2.2	
	잘산다	305 (26.6)	83.3*	10.2	3.9	2.6	
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	그렇지않다	710 (62.0)	85.5*	9.3	3.7	1.5	40.85***
	보통이다	280 (24.4)	75.0	17.1*	4.3	3.6	
	그렇다	156 (13.6)	67.9	16.0	9.6*	6.4*	

물질적 지원	받지못한다	51 (4.5)	66.7	21.6	5.9	5.9	
	보통이다	269 (23.5)	82.2	11.9	4.1	1.9	8.24
	받는다	826 (72.1)	80.9	11.6	4.7	2.8	
정서적 지원	받지못한다	120 (10.5)	64.2	16.7	13.3*	5.8*	
	보통이다	340 (29.7)	80.9	11.5	5.0	2.6	36.04***
	받는다	686 (59.9)	83.2*	11.7	2.9	2.2	
전체		1,146 (100)	923 (80.5)	139 (12.1)	53 (4.6)	31 (2.7)	

주. 진하게 표시된 우열 수준에서 각 가정환경 특성의 열을 비교, [*] 표기된 값이 유의하게 높은 비율을 의미

마지막으로 불안 수준별 사회적 자원의 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상에 대하여 검증율, 나머지 세 변수는 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 다변량분산분석시 독립 변수는 4개의 불안 수준이고 종속변수는 3개 영역의 사회적 자원이었다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으며($F=6.47$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 자원에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .93$, $F=7.04$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .02$). 4개의 불안 수준을 대상으로 사회적 자원 차이를 비교한 결과, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상($\chi^2= 78.01$, $p<.001$)과 청소년 지원기관 이용 경험($F=4.77$, $p<.01$)에서 불안 수준 간 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 열 비교와 Scheffè의 사후검정을 실시하였다(표 III-15).

<표 III-15> 청소년 불안 수준별 사회적자원 비교

구분		전체	불안(<i>M</i> / <i>SD</i>)				χ^2/F	Sig. diff
			최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상 (%)	없다	71 (6.2)	53.5	18.3	15.5*	12.7*	78.01***	
	1명	92 (8.0)	71.7	13.0	12.0	3.3		
	2-3명	465 (40.6)	80.6	12.5	4.1	2.8		
	4명이상	518 (45.2)	85.7*	10.8	2.3	1.2		
청소년 기관 및 사업	인지도	2.52 (1.03)	2.54 (1.04)	2.44 (0.93)	2.48 (0.93)	2.23 (1.26)	1.29	d>a
	이용경험	1.07 (0.33)	1.06 (0.29)	1.12 (0.46)	1.06 (0.24)	1.26 (0.68)	4.77***	
	만족도	0.55 (1.28)	0.54 (1.27)	0.63 (1.35)	0.28 (0.86)	0.97 (1.52)	2.07	

주. 청소년 지원기관 및 사업 만족도는 청소년지원기관 및 사업 이용 경험이 있는 청소년의 데이터만을 사용

어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상은 최경도 집단은 ‘4명(85.7%)’의 비율이 가장 높았으며, 중등도 및 고도 집단에서는 ‘없다(15.5%, 12.7%)’는 비율이 가장 높았다. 청소년 지원기관 및 사업 이용 경험은 고도($M=1.26$, $SD=0.68$)의 점수가 최경도($M=1.06$, $SD=0.29$)보다 높게 나타났다.

(3) 무망감

무망감에 대한 청소년의 분석 결과는 다음과 같다. BHS의 절단점을 기준으로 무망감 점수를 4개의 수준으로 분류한 결과, 응답자의 41.2%가 ‘최경도’이었으며, 경도 32.7%, 중등도 19.6%, 고도 6.5% 순으로 나타났다. 청소년의 무망감 수준이 인구사회학적 특성, 가정환경, 사회적 자

원에 따라 차이가 있는지 알아보기 위하여 검증을 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-16>에 제시하였다. 4개 수준의 무망감을 대상으로 인구사회학적 특성을 비교한 결과, 거주지역과 가족구조에 따른 차이는 유의하지 않았으며, 성별($\chi^2 = 10.13$, $p < .05$), 학년($\chi^2 = 11.33$, $p < .05$), 학교유형($\chi^2 = 9.46$, $p < .05$)에 따른 차이가 유의하게 나타났다.

구체적으로 살펴보면, 우울이 최경도인 집단에서 남학생(44.3%) 비율이 여학생(37.5%) 보다 높았고 고도 집단에서는 여학생(8.4%)이 남학생(4.8%) 보다 높았다. 학년별로는 고도 집단에서 1학년(7.6%)의 비율이 2학년(2.4%)보다 높게 나타났으며, 학교 유형 역시 고도 집단의 특성화고 학생(8.5%)의 비율이 유의하게 높았다.

<표 III-16> 청소년의 무망감 수준별 인구사회학적 특성 비교

구분		전체	무망감(%)				χ^2
			최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d	
성별	여성	525 (45.8)	37.5	32.8	21.3	8.4*	10.13*
	남성	621 (54.2)	44.3*	32.7	18.2	4.8	
학년	1학년	894 (78)	40.2	31.9	20.4	7.6*	11.33*
	2학년	252 (22)	44.8	35.7	17.1	2.4	
학교유형	일반고	521 (45.5)	42.8	33.4	19.8	4.0	9.46*
	특성화고	625 (54.5)	39.8	32.2	19.5	8.5*	

거주지역	수정구	266 (23.2)	43.2	28.6	21.4	6.8	12.06
	중원구	278 (24.3)	39.9	32.7	21.9	5.4	
	분당구	300 (26.2)	42.3	36.3	17.0	4.3	
	기타	302 (26.4)	39.4	32.8	18.5	9.3	
가족형태	양부모	895 (78.1)	42.0	33.0	19.2	5.8	8.34
	한부모	213 (18.6)	40.4	30.5	19.7	9.4	
	기타	21 (1.8)	26.3	39.5	28.9	5.3	
전체		1,146 (100)	472 (41.2)	375 (32.7)	225 (19.6)	74 (6.5)	

다음 무망감 수준 별 가정환경의 차이를 비교한 결과, 경제적 수준($\chi^2 = 31.53, p<.001$), 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등($\chi^2 = 43.68, p<.001$), 보호자 정서적 지원($\chi^2 = 78.13, p<.001$)의 유의한 차이가 나타났다. 이에 대한 결과는 <표 III-17>에 제시하였다

구체적으로 살펴보면, 무망감이 최경도인 집단에서는 경제적 수준이 ‘잘산다(49.8%)’는 응답 비율이 가장 높았으며, 중등도와 고도 집단에서는 ‘어렵다(26.9%, 12.5%)’는 응답이 가장 높았다. 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등은 최경도 집단에서는 ‘그렇지 않다(77.5%)’는 응답이 가장 높았고 ‘그렇다(54.5%)’는 응답이 가장 낮게 나타났으며, 중등도와 고도 집단에서는 ‘그렇다(19.2%, 10.3%)’는 응답이 가장 높았다.

마지막 보호자의 정서적 지원은 최경도 집단에서 ‘받는다(48.8%)’는 응답이 가장 높았고 ‘받지 못한다(19.2%)’는 응답이 가장 낮게 나타났

으며, 중등도는 ‘받지 못한다(28.3%)’는 응답이 가장 높게 나타났다. 무망감 수준이 고도인 집단에서는 보호자의 정서적 지원을 ‘받지 못한다(19.2%)’는 응답이 가장 높게 나타났고 ‘받는다(3.8%)’는 응답이 가장 낮게 나타났다.

〈표 III-17〉 청소년 무망감 수준별 가정환경 비교

구분		전체	불안(%)				χ^2
			최경도	경도	중등도	고도	
가정의 경제적 수준	어렵다	104 (9.1)	25.0	35.6	26.9*	12.5*	31.53***
	보통이다	737 (64.3)	39.9	32.7	20.2	7.2	
	잘산다	305 (26.6)	49.8*	31.8	15.7	2.6	
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	그렇지않다	710 (62.0)	77.5*	11.8	7.0	3.7	43.68***
	보통이다	280 (24.4)	68.9	14.3	10.7	6.1	
	그렇다	156 (13.6)	54.5	16.0	19.2*	10.3*	
물질적 지원	받지못한다	51 (4.5)	33.3	27.5	29.4	9.8	11.45
	보통이다	269 (23.5)	34.9	35.7	21.9	7.4	
	받는다	826 (72.1)	31.5	23.1	13.2	4.3	
정서적 지원	받지못한다	120 (10.5)	19.2	33.3	28.3*	19.2*	78.13***
	보통이다	340 (29.7)	33.5	36.8	22.4	7.4	
	받는다	686 (59.9)	48.8*	30.6	16.8	3.8	
전체		1,146 (100)	472 (41.2)	375 (32.7)	225 (19.6)	74 (6.5)	

마지막으로 무망감 수준별 사회적 자원의 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상에 대하여 검증을, 나머지 세 변수는 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-18>에 제시하였다.

다변량분산분석시 독립변수는 4개의 무망감 수준이고 종속변수는 3개 영역의 사회적 자원이었다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으며($F=3.44$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 자원에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .87$, $F=13.29$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .05$). 4개 무망감 수준을 대상으로 사회적 자원 차이를 비교한 결과, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상($\chi^2 = 161.92$, $p<.001$)과 청소년 지원기관 및 사업 인지도($F = 7.59$, $p<.001$)에서 무망감 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 열 비교와 Scheffè의 사후검정을 실시하였다.

어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람은 최경도 집단에서는 '4명이상(51.0%)' 이라는 응답 비율이 가장 높았으며, 경도와 중등도 집단에서는 '1명(35.9%, 30.4%)' 이라는 응답 비율이 가장 높았으며, 고도 집단은 '없다(35.2%)' 라는 응답 비율이 가장 높게 나타났다.

청소년 지원기관 및 사업 인지도는 최경도($M=2.68$, $SD=1.01$) 점수가 중등도($M=2.34$, $SD=1.05$), 고도($M=2.32$, $SD=1.00$) 수준의 점수보다 높게 나타났다.

〈표 III-18〉 청소년 무망감 수준별 사회적 자원 비교

구분		전체	최경도 _a	무망감(MSD)			χ^2/F	사후 비교
				경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상 (%)	없다	71 (6.2)	19.7	16.9	28.2	35.2*	161.92***	
	1명	92 (8.0)	22.8	35.9*	30.4*	10.9		
	2-3명	465 (40.6)	37.2	34.4	23.0	5.4		
	4명이상	518 (45.2)	51.0*	32.8	13.5	2.7		
청소년 기관 및 사업	인지도	2.52 (1.03)	2.68 (1.01)	2.46 (1.01)	2.34 (1.05)	2.32 (1.00)	7.59***	a>c,d
	이용경험	1.07 (0.33)	1.06 (0.33)	1.07 (0.35)	1.08 (0.31)	1.10 (0.34)	0.34	
	만족도	0.55 (1.28)	0.52 (1.28)	0.61 (1.33)	0.57 (1.26)	0.38 (0.96)	0.79	

주. 청소년 지원기관 및 사업 만족도는 청소년지원기관 및 사업 이용 경험이 있는 청소년의 데이터만을 사용

(4) 정신장애 위험도

본 연구에서는 정신건강 고위 청소년을 선별하기 위하여 Beck의 3종 척도(BDI, BAI, BHS)와 K-PDSQ(한국판 정신과적진단선별질문지)를 사용하여 정신장애 위험도(risk)를 분류하였다(표 III-19). 먼저, Beck의 3종 척도(BDI, BAI, BHS) 중 하나라도 경도로 분류되었거나, K-PDSQ의 13개 정신질환 중 절단점을 넘은 정신장애가 1개 이상 있는 청소년을 ‘잠재군’으로 정의하였다. 그리고 Beck의 3종 척도 중 하나라도 중등도 이상으로 분류된 청소년은 ‘위험군’으로 정의하였고, 위험군으로 분류된 청소년 중 K-PDSQ 절단점을 넘은 정신장애가 1개 이상인 청소년을 ‘고위험군’으로 정의하였다.

<표 III-19> 정신장애 위험도 분류기준

구분	분류기준
일반군	- Beck 3종 척도(BDI, BAI, BHS) 모두 최경도로 분류되는 경우 - K-PDSQ의 13개 질환 중 절단점을 넘은 질환이 없는 경우 - Beck 3종 척도(BDI, BAI, BHS) 중 1개라도 경도로 분류되는 경우
잠재군	- K-PDSQ의 13개 질환 중 1개라도 절단점을 넘은 경우
위험군	- Beck 3종 척도(BDI, BAI, BHS) 중 하나라도 중등도 이상으로 분류되는 경우
고위험군	- 위험군으로 분류된 청소년 중 K-PDSQ의 13개 질환 중 1개라도 절단점을 넘은 경우

그 결과 본 조사 대상 청소년은 정신장애 위험도가 매우 낮은 ‘일반군’ 청소년이 응답자의 27.5%로 이었으며, ‘잠재군’ 41.4%, ‘위험군’ 9.2%, ‘고위험군’ 이 22%(252명)로 나타났다.

정신장애 위험도 수준이 인구사회학적 특성, 가정환경, 사회적 자원에 따라 차이가 있는지 알아보기 위하여 검증을 실시하였다. 정신장애 위험도 4개 수준을 대상으로 인구사회학적 특성을 비교한 결과(표 III-20), 거주지역과 가족형태에 따른 차이는 유의하지 않았으나, 성별($\chi^2= 30.98$, $p < .001$), 학년($\chi^2= 9.36$, $p < .05$), 학교유형($\chi^2= 17.40$, $p < .01$)에 따른 차이가 유의하게 나타나, 유의한 결과에 대해 열 비교를 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-20>에 제시하였다.

구체적으로 살펴보면, 정신장애 위험도가 매우 낮은 일반군에서는 남학생(31.4%) 비율이 높았고, 반대로 정신장애 위험도가 매우 높은 고위험군에서는 여학생(28.8%)의 비율이 높게 나타났다. 학년별 차이에서는 잠재군은 2학년(46.8%) 비율이 높았으나 고위험군은 1학년(23.7%) 비율이 높게 나타났다. 학교유형별로는 일반군에서는 일반고등학교 학생(30.9%)

비율이 높았으나 고위험군에서는 특성화고등학교 학생(26.2%) 비율이 높게 나타났다.

〈표 III-20〉 청소년의 정신장애 인구사회학적 특성 차이 검증

구분		전체	정신장애 위험도(%)				χ^2
			일반군 _a	잠재군 _b	위험군 _c	고위험군 _d	
성별	여성	525 (45.8)	22.9	41.0	7.4	28.8*	30.98***
	남성	621 (54.2)	31.4*	41.7	10.6	16.3	
학년	1학년	894 (78)	26.8	39.8	9.6	23.7*	9.36*
	2학년	252 (22)	29.8	46.8*	7.5	15.9	
학교유형	일반고	521 (45.5)	30.9*	41.7	10.6	16.9	17.40***
	특성화고	625 (54.5)	24.6	41.1	8.0	26.2*	
거주지역	수정구	266 (23.2)	30.8	37.6	10.9	20.7	15.29
	중원구	278 (24.3)	27.7	43.5	7.9	20.9	
	분당구	300 (26.2)	28.7	45.3	7.3	18.7	
	기타	302 (26.4)	6.1	10.2	2.8	7.2	
가족형태	양부모	895 (78.1)	29.3	41.1	9.1	20.6	10.30
	한부모	213 (18.6)	22.1	42.3	9.9	25.8	
	기타	21 (1.8)	15.8	42.1	7.9	34.2	
전체		1,146 (100)	315 (27.5)	474 (41.4)	105 (9.2)	252 (22.0)	

다음 정신장애 위험도 수준 별 가정환경의 차이를 비교한 결과, 경제적 수준($\chi^2 = 31.34, p<.001$), 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등($\chi^2 = 54.73, p<.001$), 보호자 물질적 지원($\chi^2 = 26.17, p<.001$), 보호자 정서적 지원($\chi^2 = 81.86, p<.001$) 모두 수준별 유의한 차이가 나타났으며 유의한 결과에 대하여 열 비교를 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 III-21>에 제시하였다.

경제적 수준은 일반군에서는 ‘잘산다(33.4%)’는 응답 비율이 가장 높았고 고위험군에서는 ‘어렵다(40.4%)’는 응답 비율이 가장 높게 나타났다. 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등은 일반군에서는 ‘그렇지 않다(33.4%)’는 응답이 가장 높았고, ‘그렇다(10.3%)’는 응답이 가장 낮게 나타났으며, 고위험군에서는 ‘그렇다(36.5%)’는 응답이 가장 높게 나타났다.

다음 보호자 물질적 지원은 일반군이 ‘받는다(29.9%)’는 응답이 높았고 위험군은 ‘보통이다(13.4%)’는 응답이, 고위험군은 ‘받지 못한다(43.1%)’는 응답 비율이 가장 높게 나타났다. 보호자의 정서적 지원에서는 일반군은 ‘받는다(33.5%)’는 응답 비율이 가장 높았고 ‘받지 못한다(10.0%)’가 가장 낮게 나타났으며, 반대로 고위험군은 ‘받지 못한다(47.5%)’는 응답이 가장 높았고 ‘받는다(15.7%)’는 응답이 가장 낮게 나타났다.

<표 III-21> 청소년의 정신장애 가정환경 차이 검증

구분	전체	정신장애 위험도(%)				χ^2
		일반군 _a	잠재군 _b	위험군 _c	고위험군 _d	
경제적 수준	어렵다	104 (9.1)	14.4	36.5	8.7	40.4*
	보통이다	737 (64.3)	26.9	42.1	9.5	21.6
	잘산다	305 (26.6)	33.4*	41.3	8.5	16.7

경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	그렇지않다	710 (62.0)	33.4*	41.1	8.2	17.3	
	보통이다	280 (24.4)	22.1	41.1	11.1	25.7	54.73***
	그렇다	156 (13.6)	10.3	42.9	10.3	36.5*	
보호자 물질적지원	받지못한다	51 (4.5)	15.7	33.3	7.8	43.1*	
	보통이다	269 (23.5)	22.3	44.2	13.4*	20.1	26.17***
	받는다	826 (72.1)	29.9*	40.9	7.9	21.3	
보호자 정서적지지	받지못한다	120 (10.5)	10.0	30.8	11.7	47.5*	
	보통이다	340 (29.7)	21.5	42.9	10.0	25.6	81.86***
	받는다	686 (59.9)	33.5*	42.4	8.3	15.7	
전 체		1,146 (100)	315 (27.5)	474 (41.4)	105 (9.2)	252 (22.0)	

정신장애 위험도 수준별 사회적 자원의 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람에 대하여 검증을, 나머지 세 변수는 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다(표 III-22). 다변량분산분석시 독립변수는 4개의 정신장애 위험도 수준이고 종속변수는 3개 영역의 사회적 자원이었다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=145.33$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 자원에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .87$, $F=13.39$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .05$). 4개의 정신장애 수준을 대상으로 사회적 자원 차이를 비교한 결과, 청소년 지원기관 및 사업 만족도를 제외하고 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람($\chi^2 = 126.44$, $p<.001$)과 청소년 지원기관 및 사업 인지도($F = 6.21$, $p<.001$), 청소년 지원기관

및 사업 이용 경험($F=3.95$, $p<.01$)에서 정신장애 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 열 비교와 Scheffè의 사후검정을 실시하였다. 그 결과 일반군에서는 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 ‘4명 이상(36.1%)’이라는 응답이 가장 높았고 ‘1명(8.7%)’이라는 응답이 가장 낮았으며, 잠재군역시 ‘4명이상(44.8%)’이 가장 높았다. 고위험군은 ‘없다(54.9%)’라는 응답이 가장 높았고 ‘4명 이상(11.0%)’이라는 응답이 가장 낮게 나타났다.

청소년 지원기관 및 사업 인지도는 일반군($M=2.70$, $SD=1.00$) 점수가 위험군($M=2.26$, $SD=1.03$)과 고위험군($M=2.41$, $SD=1.05$)보다 높았고, 청소년 지원기관 및 사업 이용 경험은 고위험군($M=1.13$, $SD=0.43$) 점수가 일반군($M=1.05$, $SD=0.29$)과 잠재군($M=1.05$, $SD=0.29$)에 비해 높게 나타났다.

〈표 III-22〉 청소년 정신장애 수준별 사회적자원 차이 검증

구분	전체	정신건강 위험도(M/SD)				χ^2/F	Sig. diff
		일반군 _a	잠재군 _b	위험군 _c	고위험군 _d		
어렵고 힘들 때 도움을 요청할 사람 (%)	없다	71 (6.2)	9.9	22.5	12.7	54.9*	126.44***
	1명	92 (8.0)	8.7	40.2	9.8	41.3	
	2-3명	465 (40.6)	24.3	40.6	9.7	25.4	
	4명이상	518 (45.2)	36.1*	44.8*	8.1	11.0	
청소년 기관 및 사업	인지도	2.52 (1.03)	2.70 (1.00)	2.52 (1.01)	2.26 (1.03)	2.41 (1.05)	6.21*** a>c,d
	이용경험	1.07 (0.33)	1.05 (0.29)	1.05 (0.29)	1.05 (0.33)	1.13 (0.43)	3.95** d>a,b
	만족도	0.55 (1.28)	0.52 (1.29)	0.54 (1.27)	0.44 (1.08)	0.66 (1.35)	0.91

3) 청소년 정신건강 수준별 회복탄력성 실태

(1) 우울 수준별 회복탄력성 비교

청소년 우울 수준별 회복탄력성에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 우울 4개 수준이고 종속변수는 회복탄력성 7개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정은 기각되었으나($F=1.97$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 회복탄력성에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .84$, $F=9.67$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .06$). 4개 우울 수준을 대상으로 회복탄력성 점수를 비교한 결과, 감정조절($F=14.77$, $p<.001$), 공감($F=6.40$, $p<.001$), 관계성($F=31.39$, $p<.001$), 문제해결력($F=7.89$, $p<.001$), 자기효능감($F=35.53$, $p<.001$), 낙관성($F=54.05$, $p<.001$), 끈기($F=31.27$, $p<.001$)의 7개 하위요인 모두 우울 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하고 그 결과 및 우울 각 수준별 회복탄력성 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-23>에 제시하였다.

감정조절 점수는 우울이 최경도($M=3.75$, $SD=0.76$)인 청소년이 중등도($M=3.47$, $SD=0.75$) 및 고도($M=3.36$, $SD=0.87$)보다 높게 나타났으며, 공감은 최경도($M=3.59$, $SD=0.75$)점수가 경도($M=3.33$, $SD=0.77$)보다 높았다. 관계성 점수는 최경도($M=4.02$, $SD=0.75$)가 다른 세 수준보다 높았으며(경도 $M=3.66$, $SD=0.81$, 중등도 $M=3.55$, $SD=0.86$, 고도 $M=3.26$, $SD=1.09$), 그 다음 경도의 점수가 고도 보다 높게 나타났다. 문제해결력 점수는 최경도($M=3.77$, $SD=0.75$)가 고도($M=3.40$, $SD=0.76$) 보다 높았다. 자기효능감 점수는

최경도($M=3.65$, $SD=0.83$)가 다른 세 수준보다 높았으며(경도 $M=3.24$, $SD=0.88$, 중등도 $M=3.08$, $SD=0.85$, 고도 $M=2.83$, $SD=0.99$), 그 다음으로 경도 점수가 고도 보다 높았다. 낙관성 점수는 최경도($M=3.96$, $SD=0.81$)가 다른 세 수준 보다 높았으며(경도 $M=3.44$, $SD=0.82$, 중등도 $M=3.28$, $SD=0.84$, 고도 $M=2.94$, $SD=1.20$), 그 다음으로 경도와 중등도의 점수가 높았으며 마지막 고도 수준의 점수가 가장 낮게 나타났다. 마지막 끈기는 최경도($M=3.47$, $SD=0.89$)에 속하는 청소년의 점수가 다른 세 수준보다 높게 나타났다(경도 $M=2.93$, $SD=0.96$, 중등도 $M=2.88$, $SD=0.90$, 고도 $M=2.82$, $SD=0.96$).

〈표 III -23〉 우울 수준별 회복탄력성 비교 ($N = 1,146$)

구분	전체	우울(M/SD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
감정조절	3.66 (0.78)	3.75 (0.76)	3.40 (0.76)	3.47 (0.75)	3.36 (0.87)	14.77***	a>c,d
공감	3.54 (0.76)	3.59 (0.75)	3.33 (0.77)	3.48 (0.69)	3.38 (0.87)	6.40***	a>b
관계성	3.89 (0.82)	4.02 (0.75)	3.66 (0.81)	3.55 (0.86)	3.26 (1.09)	31.39***	a>b,c, b>d
문제해결력	3.71 (0.75)	3.77 (0.75)	3.62 (0.75)	3.54 (0.73)	3.40 (0.76)	7.89***	a>d
자기효능감	3.50 (0.88)	3.65 (0.83)	3.24 (0.88)	3.08 (0.85)	2.83 (0.99)	35.53***	a>b,c,d b>d
낙관성	3.77 (0.89)	3.96 (0.81)	3.44 (0.82)	3.28 (0.84)	2.94 (1.20)	54.05***	a>b,c>d
끈기	3.31 (0.94)	3.47 (0.89)	2.93 (0.96)	2.88 (0.90)	2.82 (0.96)	31.27***	a>b,c,d

(2) 불안 수준별 회복탄력성 비교

청소년 불안 수준별 회복탄력성에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 불안 수준 4개이고 종속변수는 회복탄력성 7개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=1.73$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 회복탄력성에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .92$, $F=4.29$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .03$). 4개의 불안 수준을 대상으로 회복탄력성 점수를 비교한 결과, 하위요인 중 공감을 제외한 감정조절($F=8.58$, $p<.001$), 관계성($F=13.29$, $p<.001$), 문제해결력($F=3.64$, $p<.05$), 자기효능감($F=10.26$, $p<.001$), 낙관성($F=16.89$, $p<.001$), 끈기($F=6.66$, $p<.001$)의 불안 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하고 그 결과 및 각 수준별 회복탄력성 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-24>에 제시하였다.

감정조절 점수는 불안 수준이 최경도($M=3.71$, $SD=0.76$)인 청소년이 고도($M=3.26$, $SD=0.83$) 보다 높게 나타났으며, 관계성은 최경도($M=3.96$, $SD=0.78$)의 점수가 중등도($M=3.45$, $SD=1.00$)와 고도($M=3.39$, $SD=1.12$) 보다 높았다. 문제해결력 점수는 고도($M=3.29$, $SD=0.83$)가 다른 세 수준보다 낮게 나타났으며(최경도 $M=3.73$, $SD=0.75$, 경도 $M=3.67$, $SD=0.73$, 중등도 $M=3.68$, $SD=0.72$), 자기효능감은 최경도($M=3.56$, $SD=0.86$)와 경도($M=3.34$, $SD=0.87$) 수준의 점수가 고도 ($M=2.89$, $SD=0.94$) 보다 높게 나타났다. 낙관성 점수는 최경도($M=3.85$, $SD=0.86$)가 중등도($M=3.36$, $SD=1.09$)와 고도($M=2.98$, $SD=1.05$)보다 높았고, 경도($M=3.59$, $SD=0.82$)가 고도 보다 높게 나타났다. 마지막 끈기는 최경도($M=3.37$, $SD=0.94$)에 속하는 청소년의 점수가

경도($M=3.09$, $SD=0.88$) 보다 높게 나타났다.

<표 III-24> 불안 수준별 회복탄력성 비교 ($N = 1,146$)

구분	전체	불안(MSD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
감정조절	3.66 (0.78)	3.71 (0.76)	3.48 (0.82)	3.41 (0.73)	3.26 (0.83)	8.58***	a>d
공감	3.54 (0.76)	3.56 (0.76)	3.45 (0.74)	3.58 (0.75)	3.24 (0.81)	2.49	
관계성	3.89 (0.82)	3.96 (0.78)	3.73 (0.81)	3.45 (1.00)	3.39 (1.12)	13.29***	a>c,d
문제해결력	3.71 (0.75)	3.73 (0.75)	3.67 (0.73)	3.68 (0.72)	3.29 (0.83)	3.64*	a,b,c>d
자기효능감	3.50 (0.88)	3.56 (0.86)	3.34 (0.87)	3.22 (1.06)	2.89 (0.94)	10.26***	a,b>d
낙관성	3.77 (0.89)	3.85 (0.86)	3.59 (0.82)	3.36 (1.09)	2.98 (1.05)	16.89***	a>c,d b>d
끈기	3.31 (0.94)	3.37 (0.94)	3.09 (0.88)	3.06 (0.96)	2.94 (0.89)	6.66***	a>b

(3) 무망감 수준별 회복탄력성 비교

청소년 무망감 수준별 회복탄력성에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 무망감 4개 수준이고 종속변수는 회복탄력성 7개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=1.83$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 회복탄력성에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .70$, $F=20.17$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .11$). 무망감 네 수준을 대상으로 회복탄력성 점수를 비교한 결과, 감정 조절($F=16.55$, $p<.001$), 공감($F=12.55$, $p<.001$), 관계성($F=50.60$, $p<.001$), 문

제해결력($F=14.12$, $p<.001$), 자기효능감($F=67.77$, $p<.001$), 낙관성($F=139.94$, $p<.001$), 끈기($F=53.01$, $p<.001$) 7개 하위요인의 무망감 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하고 그 결과 및 각 수준별 회복탄력성 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-25>에 제시하였다.

감정조절 점수는 무망감이 최경도($M=3.83$, $SD=0.77$)인 청소년이 다른 세 수준보다(경도 $M=3.59$, $SD=0.72$, 중등도 $M=3.50$, $SD=0.80$, 고도 $M=3.36$, $SD=0.78$) 높게 나타났으며, 공감 역시 최경도($M=3.70$, $SD=0.75$)가 다른 세 수준(경도 $M=3.44$, $SD=0.74$, 중등도 $M=3.40$, $SD=0.77$, 고도 $M=3.37$, $SD=0.73$)보다 높게 나타났다. 관계성 점수는 최경도($M=4.19$, $SD=0.74$)가 다른 세 수준의 점수보다 높았고 다음 경도($M=3.80$, $SD=0.77$)와 중등도($M=3.64$, $SD=0.78$)의 점수가 높았으며, 마지막 고도($M=3.25$, $SD=0.92$)가 가장 낮게 나타났다. 문제해결력 또한 최경도($M=3.85$, $SD=0.78$)가 다른 세 수준보다 높았고, 다음으로 경도($M=3.69$, $SD=0.72$)의 점수가 고도($M=3.34$, $SD=0.66$)보다 높게 나타났다. 자기효능감 점수는 최경도($M=3.86$, $SD=0.79$)가 가장 높았고, 다음 경도($M=3.41$, $SD=0.82$), 중등도($M=3.14$, $SD=0.85$), 고도($M=2.76$, $SD=0.87$) 순으로 나타났다. 낙관성 점수도 최경도($M=4.23$, $SD=0.76$)가 가장 높았고, 다음 경도($M=3.73$, $SD=0.73$), 중등도($M=3.24$, $SD=0.77$), 고도($M=2.72$, $SD=0.94$) 순으로 나타났다. 마지막 끈기에서는 최경도($M=3.66$, $SD=0.87$)의 점수가 가장 높았고, 다음 경도($M=3.21$, $SD=0.88$)의 점수가 중등도($M=2.94$, $SD=0.90$)와 고도($M=2.66$, $SD=0.84$)에 비해 높은 것으로 나타났다.

<표 III-25> 무망감 수준별 회복탄력성 비교 ($N = 1,146$)

구분	전체	무망감(MSD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
감정조절	3.66 (0.78)	3.83 (0.77)	3.59 (0.72)	3.50 (0.80)	3.36 (0.78)	16.55***	a>b,c,d
공감	3.54 (0.76)	3.70 (0.75)	3.44 (0.74)	3.40 (0.77)	3.37 (0.73)	12.55***	a>b,c,d
관계성	3.89 (0.82)	4.19 (0.74)	3.80 (0.77)	3.64 (0.78)	3.25 (0.92)	50.60***	a>b,c>d
문제해결력	3.71 (0.75)	3.85 (0.78)	3.69 (0.72)	3.58 (0.72)	3.34 (0.66)	14.12***	a>b,c,d b>d
자기효능감	3.50 (0.88)	3.86 (0.79)	3.41 (0.82)	3.14 (0.85)	2.76 (0.87)	67.77***	a>b>c>d
낙관성	3.77 (0.89)	4.23 (0.76)	3.73 (0.73)	3.24 (0.77)	2.72 (0.94)	139.94***	a>b>c>d
끈기	3.31 (0.94)	3.66 (0.87)	3.21 (0.88)	2.94 (0.90)	2.66 (0.84)	53.01***	a>b>c,d

(4) 정신장애 위험도 수준별 회복탄력성 비교

청소년 정신장애 위험도 수준별 회복탄력성에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 4개의 정신장애 위험도 수준이고 종속변수는 회복탄력성 7개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=3.31$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 회복탄력성에 대한 다변량분산분석 전체 효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .74$, $F=17.04$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .09$).

청소년 정신장애 위험도 네 수준을 대상으로 회복탄력성 점수를 비교한 결과, 감정조절($F=27.70$, $p<.001$), 공감($F=13.23$, $p<.001$), 관계성($F=48.01$, $p<.001$), 문제해결력($F=9.90$, $p<.001$), 자기효능감($F=59.11$, $p<.001$), 낙관

성($F=96.79$, $p<.001$), 끈기($F=41.42$, $p<.001$) 7개 하위요인 모두 정신장애 위험도 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하고 그 결과 및 각 수준별 회복탄력성 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-26>에 제시하였다.

감정조절 점수는 정신장애 위험도가 일반군($M=3.95$, $SD=0.72$)인 청소년이 다른 세 수준보다 높았으며, 다음으로 잠재군($M=3.61$, $SD=0.75$)과 위험군($M=3.65$, $SD=0.84$)의 점수가 고위험군($M=3.38$, $SD=0.76$)보다 높게 나타났다. 공감 점수는 정신장애 위험도가 일반군($M=3.75$, $SD=0.74$)인 청소년이 다른 세 수준(잠재군 $M=3.49$, $SD=0.75$, 위험군 $M=3.43$, $SD=0.83$, 고위험군 $M=3.40$, $SD=0.72$)보다 높았다. 관계성 점수는 일반군($M=4.25$, $SD=0.71$)이 다른 세 수준보다 높았고, 다음으로 잠재군($M=3.89$, $SD=0.77$)과 위험군($M=3.85$, $SD=0.79$)의 점수가 높았으며, 마지막 고위험군($M=3.47$, $SD=0.87$)이 가장 낮게 나타났다.

문제해결력 점수는 정신장애 위험도가 일반군($M=3.87$, $SD=0.76$)과 잠재군($M=3.72$, $SD=0.74$)인 청소년이 고위험군($M=3.52$, $SD=0.71$)보다 높게 나타났으며, 자기효능감 점수는 일반군($M=3.91$, $SD=0.75$)이 다른 세 수준에 비해 가장 높고, 다음으로 잠재군($M=3.53$, $SD=0.83$)과 위험군($M=3.37$, $SD=0.93$)의 점수가 고위험군($M=2.99$, $SD=0.86$)보다 높게 나타났다. 낙관성 점수도 일반군($M=4.23$, $SD=0.75$)이 가장 높았고, 다음으로 잠재군($M=3.88$, $SD=0.78$)이 위험군($M=3.39$, $SD=0.85$)과 고위험군($M=3.15$, $SD=0.88$)보다 높게 나타났다. 마지막 끈기에서도 일반군($M=3.69$, $SD=0.83$)의 점수가 다른 세 수준(잠재군 $M=3.33$, $SD=0.91$, 위험군 $M=3.10$, $SD=1.04$, 고위험군 $M=2.$

88, $SD=0.86$)에 비해 가장 높았으며, 다음으로 잠재군이 고위험군에 비해 높게 나타났다.

<표 III-26> 정신장애 위험도 수준별 회복탄력성 비교 ($N = 1,146$)

구분	전체	정신장애 위험도(%)				F	Sig. diff
		일반군 _a	잠재군 _b	위험군 _c	고위험군 _d		
감정조절	3.66 (0.78)	3.95 (0.72)	3.61 (0.75)	3.65 (0.84)	3.38 (0.76)	27.70 ^{***}	a>b,c>d
공감	3.54 (0.76)	3.75 (0.74)	3.49 (0.75)	3.43 (0.83)	3.40 (0.72)	13.23 ^{***}	a>b,c,d
관계성	3.89 (0.82)	4.25 (0.71)	3.89 (0.77)	3.85 (0.79)	3.47 (0.87)	48.01 ^{***}	a>b,c>d
문제해결력	3.71 (0.75)	3.87 (0.76)	3.72 (0.74)	3.67 (0.79)	3.52 (0.71)	9.90 ^{***}	a,b>d
자기효능감	3.50 (0.88)	3.91 (0.75)	3.53 (0.83)	3.37 (0.93)	2.99 (0.86)	59.11 ^{***}	a>b,c>d
낙관성	3.77 (0.89)	4.23 (0.75)	3.88 (0.78)	3.39 (0.85)	3.15 (0.88)	96.79 ^{***}	a>b>c,d
끈기	3.31 (0.94)	3.69 (0.83)	3.33 (0.91)	3.10 (1.04)	2.88 (0.86)	41.42 ^{***}	a>b,c,d b>d

4) 청소년 정신건강 수준별 사회적 지지 실태

(1) 우울 수준별 사회적 지지 비교

청소년의 우울 수준별 사회적 지지에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 우울 4개 수준이고 종속변수는 사회적 지지 3개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=5.98$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 지지에 대한 다변량분산분석의 전체효과(overall effec

t)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .92$, $F=11.27$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .03$).

청소년 우울 네 수준을 대상으로 사회적 지지 점수를 비교한 결과, 친구지지($F=19.19$, $p<.001$), 가족지지($F=28.72$, $p<.001$), 교사지지($F=6.51$, $p<.001$) 모든 하위요인의 우울 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 우울의 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffé의 사후검정을 실시하였고, 그 결과 및 각 수준별 사회적 지지 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-27>에 제시하였다.

친구지지 점수는 우울이 최경도($M=3.69$, $SD=0.64$)인 청소년이 다른 세 수준(경도 $M=3.43$, $SD=0.66$, 중등도 $M=3.44$, $SD=0.67$, 고도 $M=3.17$, $SD=0.93$)의 점수에 비해 높게 나타났다. 가족지지 점수 또한 최경도($M=4.15$, $SD=0.82$)가 다른 세 수준보다 높았으며(경도 $M=3.79$, $SD=0.88$, 중등도 $M=3.53$, $SD=1.08$, 고도 $M=3.51$, $SD=0.98$), 교사지지 점수는 최경도($M=3.01$, $SD=0.44$)가 중등도($M=2.89$, $SD=0.43$)와 고도($M=2.82$, $SD=0.48$) 보다 높게 나타났다.

<표 III-27> 우울 수준별 사회적 지지 비교 ($N = 1,145$)

구분	전체	우울(MSD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
친구지지	3.61 (0.68)	3.69 (0.64)	3.43 (0.66)	3.44 (0.67)	3.17 (0.93)	19.19***	a>b,c,d
가족지지	4.01 (0.90)	4.15 (0.82)	3.79 (0.88)	3.53 (1.08)	3.51 (0.98)	28.72***	a>b,c,d
교사지지	2.98 (0.43)	3.01 (0.44)	2.93 (0.38)	2.89 (0.43)	2.82 (0.48)	6.51***	a>c,d

(2) 불안 수준별 사회적 지지 비교

청소년 불안 수준별 사회적 지지에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 불안 4개 수준이고 종속변수는 사회적 지지 3개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=4.54$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 지지에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .96$, $F=4.58$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .01$).

청소년의 불안 네 수준을 대상으로 사회적 지지 점수를 비교한 결과, 친구지지($F=9.75$, $p<.001$), 가족지지($F=10.18$, $p<.001$), 교사지지($F=3.87$, $p<.01$) 세 하위요인 모두 불안 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하였고, 그 결과 및 각 수준별 사회적 지지 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-28>에 제시하였다. 친구지지 점수는 불안이 최경도($M=3.66$, $SD=0.65$)인 청소년이 경도($M=3.46$, $SD=0.73$)와 고도($M=3.18$, $SD=0.97$)보다 높게 나타났으며, 가족지지 점수는 최경도($M=4.08$, $SD=0.87$)가 중등도($M=3.64$, $SD=1.00$)와 고도($M=3.44$, $SD=1.09$)보다 높았다. 교사지지 점수는 MANOVA 결과에서는 불안 수준별 유의한 차이가 있었으나 Scheffè의 사후검정에서는 유의한 결과가 나타나지 않았다.

<표 III-28> 불안 수준별 사회적 지지 비교 ($N = 1,145$)

구분	전체	불안(M/SD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
친구지지	3.61 (0.68)	3.66 (0.65)	3.46 (0.73)	3.41 (0.69)	3.18 (0.97)	9.75***	a>b,d
가족지지	4.01 (0.90)	4.08 (0.87)	3.87 (0.88)	3.64 (1.00)	3.44 (1.09)	10.18***	a>c,d
교사지지	2.98 (0.43)	3.00 (0.44)	2.96 (0.39)	2.84 (0.40)	2.82 (0.52)	3.87**	

(3) 무망감 수준별 사회적 지지 비교

청소년 무망감 수준별 사회적 지지에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 무망감 4개 수준이고 종속변수는 사회적 지지 3개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=3.62$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 지지에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .86$, $F=19.30$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .05$). 무망감 네 수준을 대상으로 사회적 지지 점수를 비교한 결과, 친구지지($F=42.65$, $p<.001$), 가족지지($F=46.59$, $p<.001$), 교사지지($F=15.92$, $p<.001$) 모든 하위요인의 무망감 수준별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 무망감 수준에서 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffé의 사후검증을 실시 하였고, 그 결과 및 각 수준별 사회적 지지 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-29>에 제시하였다. 친구지지 점수는 무망감 수준이 최경도($M=3.84$, $SD=0.63$)인 청소년이 가장 높았고 다음으로 경도($M=3.54$, $SD=0.63$)가 중등도($M=3.38$, $SD=0.66$)와 고도($M=3.15$, $SD=0.75$)에 비해 높게 나타났다. 가족지지 점수 역시 최경도($M=4.32$, $SD=0.83$)인

청소년이 가장 높았고, 다음 정도($M=3.92$, $SD=0.84$), 중등도($M=3.76$, $SD=0.85$)가 높았으며, 고도($M=3.30$, $SD=1.01$)가 가장 낮게 나타났다. 교사지지도 최경도($M=3.08$, $SD=0.45$)인 청소년의 점수가 다른 세 수준(경도 $M=2.95$, $SD=0.40$, 중등도 $M=2.95$, $SD=0.41$, 고도 $M=2.79$, $SD=0.42$)에 비해 가장 높았고, 다음 정도의 점수가 고도에 비해 높게 나타났다.

〈표 III-29〉 무망감 수준별 사회적 지지 비교 ($N = 1,145$)

구분	전체	무망감(M/SD)				F	Sig. diff
		최경도 _a	경도 _b	중등도 _c	고도 _d		
친구지지	3.61 (0.68)	3.84 (0.63)	3.54 (0.63)	3.38 (0.66)	3.15 (0.75)	42.65***	a>b>c,d
가족지지	4.01 (0.90)	4.32 (0.83)	3.92 (0.84)	3.76 (0.85)	3.30 (1.01)	46.59***	a>b,c>d
교사지지	2.98 (0.43)	3.08 (0.45)	2.95 (0.40)	2.90 (0.41)	2.79 (0.42)	15.92***	a>b,c,d b>d

(4) 정신장애 위험도 수준별 사회적 지지의 비교

청소년 정신장애 위험도 수준별 사회적 지지에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이때 독립변수는 정신장애 위험도 4개 수준이고 종속변수는 사회적 지지 3개 하위요인이다. Box의 동질성 검정 결과 집단의 동질성 가정이 기각되었으나($F=7.43$, $p<.001$), Wilks' 람다 값은 사회적 지지에 대한 다변량분산분석 전체효과(overall effect)에 대해서 유의하게 나타났다(Wilks' $\lambda = .88$, $F=17.22$, $p<.001$, 부분 $\eta^2 = .04$). 정신장애 위험도 네 수준을 대상으로 사회적 지지 점수를 비교한 결과, 친구지지($F=34.77$, $p<.001$), 가족지지($F=41.39$, $p<.001$), 교사지지($F=16.15$, $p<.001$) 세 하위요인 모두 정신장애 위험도 수준

별 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 어떤 수준 간에 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위해 Scheffè의 사후검정을 실시하였고, 그 결과 및 각 수준별 사회적 지지 점수의 평균과 표준편차를 <표 III-30>에 제시하였다. 친구지지 점수는 일반군($M=3.87$, $SD=0.59$)인 청소년이 다른 세 수준(잠재군 $M=3.60$, $SD=0.64$, 위험군 $M=3.51$, $SD=0.67$, 고위험군 $M=3.32$, $SD=0.72$)에 비해 가장 높았고, 다음으로 잠재군의 점수가 고위험군에 비해 높게 나타났다. 가족지지 점수 역시 일반군($M=4.36$, $SD=0.79$)인 청소년이 가장 높았고, 다음으로 잠재군($M=4.04$, $SD=0.85$)과 위험군($M=3.93$, $SD=0.74$)이 높았으며, 고위험군($M=3.56$, $SD=0.97$) 점수가 가장 낮게 나타났다. 교사지지 점수는 일반군($M=3.11$, $SD=0.48$), 잠재군($M=2.96$, $SD=0.40$), 고위험군($M=2.86$, $SD=0.40$) 간에 유의한 차이가 나타났다.

<표 III-30> 정신장애 위험도 수준별 사회적 지지 비교 ($N=1,145$)

구분	전체	정신장애 위험도(M / SD)				F	Sig. diff
		일반군 _a	잠재군 _b	위험군 _c	고위험군 _d		
친구지지	3.61 (0.68)	3.87 (0.59)	3.60 (0.64)	3.51 (0.67)	3.32 (0.72)	34.77***	a>b,c,d b>d
가족지지	4.01 (0.90)	4.36 (0.79)	4.04 (0.85)	3.93 (0.74)	3.56 (0.97)	41.39***	a>b,c>d
교사지지	2.98 (0.43)	3.11 (0.48)	2.96 (0.40)	3.00 (0.46)	2.86 (0.40)	16.15***	a>b>d

3. 소결

본 장에서는 청소년의 정신건강 실태를 파악하여, 청소년 정신건강 지원 사업의 근거자료를 마련하고자 하였다. 이러한 목적을 위해 성남시청소년상담복지센터의 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’ 참여 청소년을 대상으로 조사를 실시하고 내용을 분석하였다. 이에 대한 주요 결과를 요약 정리하면 다음과 같다.

먼저, 조사 대상의 인구사회학적 특성, 가정환경, 사회적 자원과 정신건강 문제의 관련성이 주는 의미를 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다.

첫째, 청소년은 보호자로부터 물질적 지원보다 정서적 지지를 더 받지 못하는 것으로 나타났다. 보다 세부적으로 보호자로부터 물질적 지원을 받는다는 청소년 10명 중 5명은 정서적 지지는 받지 못하고, 보호자의 물질적 지원을 받지 못하는 청소년 10명 중 1.8명은 정서적 지지 또한 받지 못했다. 이러한 결과는 어렵고 힘들 때 도움을 청할 대상에서 아버지나 어머니(42.9%)보다 가정 외 사회적 관계인 친구나 학교 선생님, 청소년 지원 시설 선생님 등(46.6%)을 선택한 청소년 비율이 더 높은 결과와도 맥을 같이한다.

주목할만한 점은 청소년의 6.1%는 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 없다고 응답하였다. 즉, 상당수 청소년이 가정으로부터 관심과 애정을 받지 못하고 가정, 학교, 사회적 관계에서 단절되고 소외되고 있다. 이러한 결과는 지지기반이 약한 청소년에게 가정을 대신하여 심리정서적 지지를 제공해 줄 수 있는 지역사회 청소년 상담 및 복지 기관의 역할과 기능의 중요성을 시사하는 결과라고 할 수 있다.

둘째, 전체 응답자 중 27.7%가 정도 이상의 우울(중등도 이상 14.7%)을, 19.4%가 불안(중등도 이상 7.3%)을 경험하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 학생 10명 중 적어도 2명 이상은 정도 이상의 임상적 증상을 경험하고 있음을 말해준다. 무망감의 경우 청소년의 58.8%가 정도(중등도 이상 26.1%)이상의 무망감을 경험하고 있는 것으로 나타나 조사 대상의 절반 이상이 부정적인 미래에 대한 기대를 나타내고 있었다. 그뿐만 아니라 조사 대상의 31.2%가 정신장애 위험도가 높은 위험군 이상(고위험군은 22%)으로 분류되었는데, 이는 청소년 10명 중 3명 이상이 높은 수준의 우울, 불안, 무망감과 함께 정신장애를 공존 질환으로 가지고 있을 가능성이 있음을 의미한다. 이러한 결과는 전국 청소년의 정신건강 문제 노출 실태보다 높은 비율로(최정원 외 2021), 성남시 청소년 정신장애에 대한 경각심과 함께 이러한 학생을 위한 여러 지원 및 예방 대책에 대한 긴급한 논의가 필요할 것으로 여겨진다.

셋째, 인구사회학적 특성에 따른 정신건강 수준별 차이를 비교한 결과, 먼저 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 여학생, 1학년, 특성화고 학생의 고위험군의 비율이 높은 반면, 남학생, 2학년, 일반고 학생은 정도 이하의 저위험군 비율이 높았다. 즉, 여학생이 남학생 보다, 1학년이 2학년 보다, 특성화고 학생이 일반고 학생보다 정신건강 문제에 더 취약하다는 것을 보여주는 것이다. 이러한 결과는 남학생보다 여학생이 그리고 학교급이 증가할수록 우울, 불안, 자살위험성의 중증도가 유의하게 증가한다는 전국단위의 실태조사와 일치하는 결과이다(최정원, 2021).

넷째, 가정환경에 따른 정신건강 수준별 차이를 분석한 결과, 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 고위험 집단에서 ‘가정의 경제적 수준

이 어렵다’, ‘경제적 문제로 인한 가족 간 갈등을 경험한다’, ‘보호자의 물질적, 정서적 지원을 받지 못한다’는 청소년 비율이 높았고, 반대로 저위험 집단에서는 ‘가정의 경제적 수준이 잘산다’, ‘가족 간 갈등을 경험하지 않는다’, ‘보호자의 물질적, 정서적 지원을 받는다’는 비율이 높았다. 즉 경제적, 정서적, 관계적으로 열악한 가정의 청소년이 긍정적 가정환경의 청소년에 비해 정신건강 문제에 취약하다는 것을 보여주었다. 이러한 사실은 집단간 차이의 통계적 유의성이 보장하는 의미를 떠나 가족 자원(family resources)이 청소년 정신건강에 미치는 영향을 본 조사를 통해 재확인 할 수 있다. 특히 보호자의 물질적 지원보다 보호자의 정서적 지원이 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두와 유의한 관계가 나타나 청소년의 정신건강에 더 강력한 위험요인이자 보호요인이 보호자의 정서적 지원임을 재확인할 수 있다. 따라서 앞서 제시한 것처럼 청소년 심리정서적 지지자원으로서의 지역사회 청소년 기관의 역할과 기능이 보다 강화될 필요가 있다.

다섯째, 사회적 자원에 따른 정신건강 수준별 차이를 비교한 결과, 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도 모두 고위험군이 어렵고 힘들 때 도움을 청할사람이 ‘없다’는 청소년 비율이 높았고, 저위험군에서는 ‘4명 이상 있다’는 비율이 높았다. 이는 앞선 보호자의 정서적 지지와 마찬가지로 의지할 대상과 같은 지지자원이 청소년 정신건강 문제에 대한 보호요인임을 확인할 수 있다. 다음 지역사회 청소년 지원기관 및 사업에 대한 인지도 점수는 무망감과 정신장애 위험도 수준이 낮은 저위험군이 고위험군보다 높았으나, 기관 및 사업 이용 경험은 우울, 불안과 정신장애 위험도가 상대적으로 높은 위험군에게서 나타났다. 이는 심리정서적

어려움을 겪고 있는 청소년이 지역사회 심리지원 서비스를 받을 가능성이 높다는 점을 반영하는 결과로 볼 수 있다.

다음으로 청소년의 정신건강 수준에 따른 보호요인, 즉 회복탄력성과 사회적 지지의 차이를 비교한 결과는 다음과 같다.

첫째, 회복탄력성 6개 하위요인인 감정조절, 관계성, 문제해결력, 자기효능감, 낙관성, 끈기 모두 우울, 불안, 무망감, 그리고 정신장애 위험도가 낮은 일반군 청소년이 고위험군 청소년보다 유의하게 높았고, 공감 점수는 불안을 제외한 3개 정신건강 영역에서 일반군 청소년이 고위험군 청소년보다 높았다. 즉 회복탄력성이 높은 청소년에게서 정신건강 위험도는 낮다고 볼 수 있다. 국내외 많은 경험적 연구를 통해 회복탄력성은 청소년의 정신건강을 유지 및 증진 시키는 강력한 보호요인이며, 전생애에 걸쳐 통제불가능한 역경이나 위협이 개인의 안녕(well-being)에 미치는 부정적 영향에 대해 완충작용(buffer)을 한다는 점이 확인되었다(Khanlou & Wray, 2014; Uhlhaas, et al., 2017). 예를 들면, 긍정성과 같은 요인은 자살생각은 있으나 자살시도를 행하지 않은 청소년이 우울한 상황이나 위기상황에 처했을 때 자살시도로 이어지지 않도록 하는 중요한 보호요인이다(안소정 외 2013).

둘째, 사회적 지지도 친구지지, 가족지지는 4개 정신건강 영역 모두에서 일반군이 고위험군보다 유의하게 높았으며, 교사지지는 우울, 무망감, 정신장애 위험도에서 일반군이 고위험군보다 높았다. 사회적 지지 역시 많은 경험적 연구에서 청소년의 스트레스나 우울, 무망감, 자살생각과 같은 정신건강의 보호요인으로 확인되었는데 특히, 친구지지는 가장 영향력이 높은 보호요인이다(구승신, 정옥희, & 장성화, 2011; 엄태완, 강명

진, & 최정순, 2008).

본 연구의 결과는 청소년 정신건강에 대한 회복탄력성과 사회적 지지의 보호요인 역할을 밝히는 것이며, 긴급한 개입이 필요한 고위험군 청소년에게도 이러한 보호요인의 효과를 기대할 수 있음을 시사한다.

이상에서 성남시 청소년의 다양한 정신건강과 관련 요인의 실태를 살펴보았다. 다음 4장에서는 청소년 정신건강 문제의 심각성을 보다 심층적으로 파악하고 고위기 청소년 개입의 증거기반 정보제공을 위해 자살 위험성에 초점을 두고 잠재계층분석 및 다항로지스틱회귀분석을 이용하여 청소년 자살 위험성을 유형화하고 영향요인을 분석하였다.

Ⅳ. 청소년 자살위험성 유형화 및 예측요인 탐색

1. 연구 내용

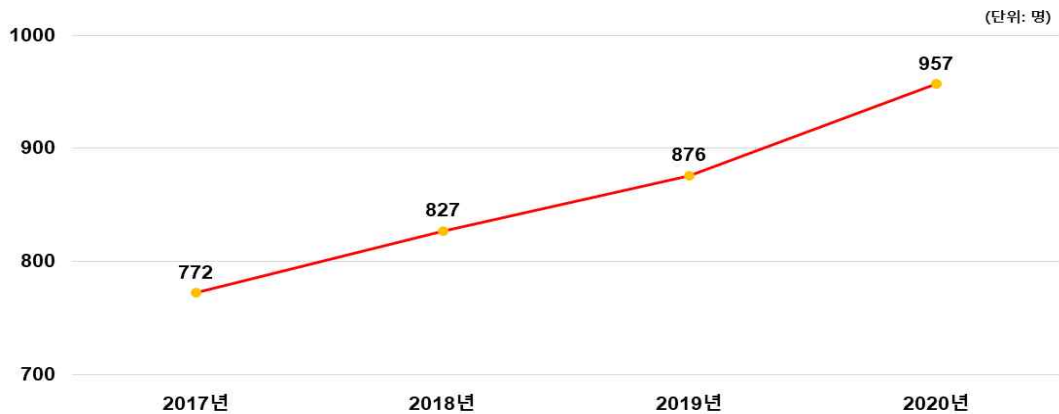
1) 연구의 목적

제4장에서는 청소년 자살 위험성 잠재적 유형을 탐색하고, 도출된 자살 위험성 하위 집단이 어떠한 요인에 영향을 받는지 확인하고자 하였다. 이를 위해 첫째, 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 사용하여 성남시 청소년의 잠재적 자살위험 집단을 파악하고 둘째, 청소년 자살 위험성 하위 집단에 영향을 미치는 개인심리요인과 사회환경적 요인을 분석하였다. 이를 통해 청소년 자살위험 실태에 대한 세분된 정보를 제공하여 성남시 청소년 자살 위험성 유형별 맞춤형 개입의 실증적인 기초 자료를 제공하고자 한다.

2) 연구의 필요성

2022 청소년통계에 의하면(여성가족부, 2022), 2020년 사망한 9세에서 24세 청소년은 1,909명으로, 이 중 957(50.1%)명이 고의적 자해(자살)로 사망하였다(그림 IV-1). 청소년 자살은 2017년 이후 지속해서 증가하고 있으며, 2011년 이후 10년 연속 청소년 사망 원인 1위를 차지하고 있다. 특히 코로나 발생 이후 청소년 자살 문제의 급증과 청소년 자살률이 최고

조에 달할 수 있다는 우려가 높다(심기문, 2021.11.12.). 코로나 19와 같은 사태가 아니더라도 청소년의 정신건강은 지금까지 꾸준히 위험신호를 보여주고 있었다.



[그림 IV-1] 자살로 사망한 청소년 수

*출처 여성가족부(2022), 2022 청소년통계

자살은 의도적으로 자신의 삶을 끝내는 행위이다. Nock 등(2008)은 자살 행동(suicidal behavior)을 3개의 범주로 구분하였는데, 상대적으로 경미한 자살생각을 포함해 죽으려는 의도가 있는 진지한 생각까지 포괄하는 자살생각(suicide ideation), 죽으려는 의도를 가지고 구체적인 방법을 구상하는 자살계획(suicide plan), 죽고자하는 의도가 있는 자해행동(self-injurious behavior)인 자살시도(suicide attempt)이다. 일반적으로 자살 행동은 죽으려는 의도가 있는 행위를 의미한다. 그러나 모든 자살 관련 행동이 죽으려는 의도만을 반영하는 것은 아니다. 근래에는 죽으려는 의도는 없지만, 고통을 회피하거나 불안정한 감정을 해소하기 위해 자기 학대 방법으로 자신의 신체를 손상하는 행동인 비자살적 자해 행동(non-suicidal self injury) 또한 자살 행동의 범주 안에서 논의되고 있다(Horwitz,

Czyz, & King, 2015). Nock과 동료들은(2009) 자살 행동과 비자살적 자해 행동을 모두 포괄하는 개념으로 SITBs(Self-Injurious Thoughts and Behaviors)을 제시하기도 했다. 이러한 정의는 자살을 단순히 사망 완료(completed suicide)와 같은 행위의 결과보다는 자살의 특성, 즉 죽음에 대한 복합적인 사고나 행위를 반영한 것으로 볼 수 있다. 따라서 청소년 자살에 대한 정의는 자살과 연관된 다차원적인 행위들을 고려하여 자살행위의 결과보다는 자살예방에 초점을 맞추어 정의를 내려야 한다는 점을 반영하는 것이다.

본 연구에서는 청소년 자살에 대하여 자살을 예측하거나 자살과 관련 있는 복합적인 사고나 행위를 포함하는 상태로 보았으며, 선행연구에 따라 자살 위험(suicidal risk)이라는 용어를 사용하고자 한다(최진영 외, 2020; Horwitz, Czyz, & King, 2015). 또한 자살 위험 청소년의 예방 및 개입에 초점을 맞추고자 경미한 수준의 자살 생각에서부터 죽음에 대한 바람(소망)이나 욕구, 빈번한 자살생각, 자살에 대한 진지한 생각과 구체적인 방법 생각과 같은 자살 위험 하위 개념들 간의 관련성을 고려하고자 한다.

청소년 자살 문제는 개별적인 요인에 의해 발생하는 것이 아니라 개인, 가족, 그리고 사회환경적 요인이 관련된 복합적인 요인에 의해 발생한다. 청소년 자살에 관한 선행연구를 살펴보면, 청소년 자살 관련 요인으로서는 우울 및 절망감, 스트레스, 외로움과 같은 정서적 특성과 부정적인 가정환경, 지지자원 결핍, 낮은 사회적 지지나 회복탄력성 등과 같은 다양한 개인 심리적, 사회 환경적 원인이 있다(박재연, 남일성, 2015; 홍세희, 정송, & 노연경, 2016; Ati, Paraswati & Windarwati. 2021; Frankli

n, et al. 2017). 특히 우울이나 절망감 같은 부정적 정서는 가장 강력하고 일관된 자살 관련 요인이다(정영미, 박혜선, & 김상미, 2021; Jiang, Perry, & Hesser, 2010). 이러한 부정적 정서는 청소년 자살이나 자해와 같은 극단적인 문제로 이어질 수 있기 때문에 보다 심각하게 개입해야 한다. 선행연구에 따르면, 청소년 자살 사망자의 반 이상이 우울증 병력이 있었으며(Hawton and Heeringen, 2009), 우울증이 청소년기에 발생한 경우, 성인기 발병 우울증보다 응급실 방문, 입원 치료가 각각 1.6배, 1.8배 증가했으며 자살시도는 3.2배 높았다(Korczak & Goldstein, 2009). 또 다른 연구에서는 성인 우울증 환자군에서 청소년기 우울증을 경험하였음에도 치료받지 않은 비율이 86.7%로 나타났으며, 청소년기에 발병한 우울증이 치료받지 않은 경우, 치료받은 집단에 비해 자살시도 위험도가 4.19배 높았다(양찬모 & 이상열, 2020). 청소년 자살 추적연구에서도 자살 첫 시도 후 1년 안에 30%가 자살을 재시도하였고(Kidd, et al., 2006) 9년 뒤에는 5%가 사망했으며, 생존자의 44%는 자살을 반복 시도한 경험이 있었다(Grøholt, et al., 2005). 따라서 청소년기 발병 우울증을 치료받지 않으면 청소년의 자살 위험성뿐만 아니라 성인기 자살 위험성 및 자살시도로 이어질 수 있어서 정신건강 위험 청소년에 대한 조기 선별/발굴이 적극적으로 필요할 것이다.

청소년 자살에 관한 대부분의 선행연구는 자살의 원인이나 유형별 특성을 설명하기 위해 변수 중심(variable centered approaches) 분석을 주로 사용하였고, 자살의 한 측면에 주목하여 그 영향요인이나 효과를 밝히는 데 초점을 두고 있다. 이러한 연구들은 청소년 자살을 직관적이고 선형적인 관계로 이해하기에 이점이 있으나, 양적, 질적으로 복합적인 특

성을 가지는 청소년 자살 위험의 심각도나 양상을 파악하기에는 제한적이다. 즉, 자살과 심리사회적 요인의 관계를 파악하는데 중요한 기여를 하고있으나, 자살의 복합적인 특성을 고려하지 못하고 있다. 청소년의 정신건강 문제는 동일한 모집단으로 구성된 하나의 유형이 아니라 다양한 수준의 이질적인 집단으로 규명될 수 있다. 따라서 자살생각이나 계획의 총체성을 다루며, 개별적 양상을 확인할 수 있는 사람 중심적(person-centered approaches)인 접근이 필요하다. 특히 단순히 자살생각이나 행동에 대한 응답자의 문항 점수에 대한 절단점(cut-off score)을 토대로 집단을 분류하기보다는 응답자의 문항 반응 패턴을 파악하고 서로 다른 집단을 귀납적으로 도출해냄으로써 청소년 자살생각의 심각도와 양상에 따른 자살 위험의 잠재적 유형을 파악할 수 있어야 한다. 이는 연구대상 각각의 특성을 반영하여 독특한 특성을 가진 이질적인 집단을 규명해 줄 수 있을 것이다.

지금까지 청소년 정신건강 증진을 위한 우리 사회의 노력은 지역사회 기반 개입 및 예방 프로그램 개발 등 제도적 확충에서부터 실질적인 서비스 지원까지 다양한 형태로 나타나고 있다. 이러한 개입이 더욱 효과적이고 효율적으로 작동하기 위해서는 개입의 근거가 되는 정신건강과 관련된 다양한 위험요인 간의 실증적인 관계 파악이 필요하다. 이에 본 연구에서는 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 사용하여 하나의 유사한 집단으로 보이는 청소년 자살 위험을 유형화하여 구분하고, 이러한 잠재집단에 대한 개인심리요인, 사회환경적 요인이 어떠한 영향을 미치는지 확인하여 자살 위험성 유형별로 차별적인 개입의 근거를 마련하고자 한다. 본 연구의 결과는 청소년 자살 위험성에 대한 세분된 정보를

제공해 줄 것이다.

3) 연구 문제

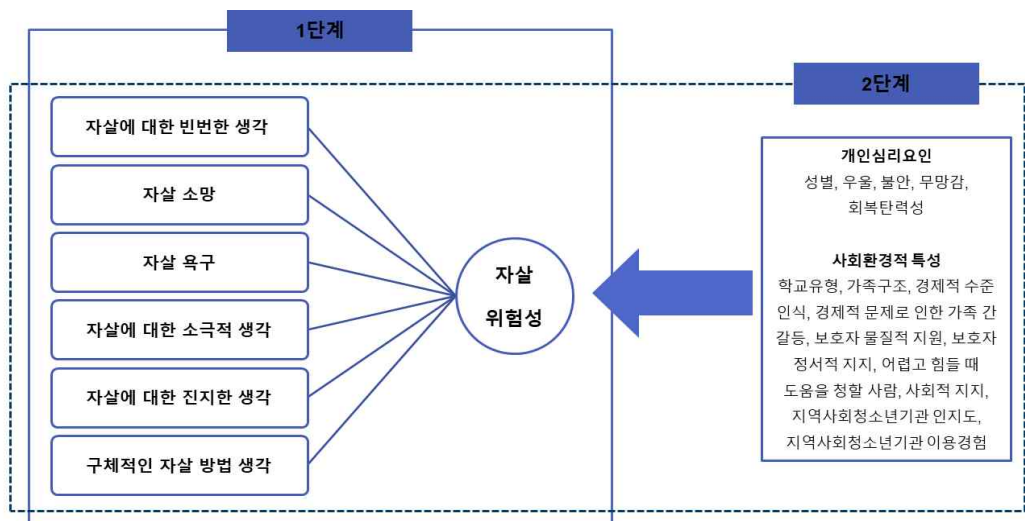
본 연구에서는 첫째, 청소년 자살 위험성의 하위 집단을 탐색하였다. 둘째, 청소년 자살 위험성 잠재집단별 심리적, 사회환경적 요인이 미치는 영향을 분석하였다. 본 연구의 구체적인 연구 문제는 다음과 같다.

연구문제 1: 청소년 자살 위험성 유형은 몇 개의 집단으로 분류되는가?

연구문제 2: 청소년 자살 위험성 유형에 대한 개인심리요인, 사회환경 요인이 미치는 영향은 어떠한가?

4) 연구 방법

(1) 연구 모형



[그림 IV-2] 본 연구의 모형

(2) 연구대상

본 연구에서는 성남시청소년상담복지센터에서 고등학생을 대상으로 수행하는 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’의 청소년 정신건강 실태조사에서 고등학교 1학년 남, 여 청소년 918명의 자료를 분석에 사용하였다. 본 연구에서는 연구대상을 고등학교 1학년으로 한정하였다. 고등학교 1학년은 중학교 시기와 달리 부모로부터의 영향이 더욱 감소하고 자신의 진로와 미래에 대한 고민이 실질적으로 이루어지기 시작하는 단계이다. 이 때문에 심리정서적 갈등뿐만 아니라 경쟁적 환경과 같은 교육 환경의 변화, 교사와 또래 집단의 변화, 학업관련 기대나 부담의 증가로 다양한 스트레스와 심리정서적 어려움이 가중되는 시기라 할 수 있다(Eccles, et al., 1997). 이러한 중요성에도 불구하고 중-고등학교 전환기 청소년은 초-중학교 전환기에 비해 상대적으로 주목을 덜 받고 있으며, 특히 정신건강 영역에 대한 관심은 학교 교육, 교육과정, 교수학습과 같은 학업영역에 비해 상대적으로 관심이 부족한 실정이다(박지선 외, 2020). 이러한 측면에서 본 연구에서는 학교급이 전환된 학기 초기 고등학교 1학년을 연구 대상으로 하여 분석하였다.

(3) 주요 변수

연구 목적에 따라 분석에 사용된 주요 변수는 다음과 같다(표 IV-1).

본 연구에서는 자살 위험성을 죽으려는 의도가 없는 경미한 수준의 자살생각부터, 자살 소망 및 욕구, 그리고 구체적인 계획을 세우는 치명적인 자살생각까지 일련의 행위로 정의하였다. 이러한 정의에 따라 주요 변수인 자살 위험성의 지표로 한국판정신장애판별질문지(K-PDSQ)의 주

요우울장애 영역에서 자살생각에 관한 6개의 문항으로 정의하였다. 또한 본 연구에서 자살 위험성 유형에 영향을 미치는 개인심리요인을 성별, 우울, 불안, 무망감, 회복탄력성으로 정의하여 분석하였다. 사회환경요인은 학교유형, 가족구조, 경제적수준 인식, 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등, 보호자의 물질적 지원, 보호자의 정서적 지원, 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람, 사회적 지지(친구, 가족, 교사), 지역사회청소년기관 인지도 및 이용 경험으로 정의하여 분석하였다.

<표 IV-1> 인구학적배경 및 주요변수

영역	지표	비고
자살 위험성	- 자살에 대한 빈번한 생각	Cronbach' s $\alpha = .814$
	- 자살 소망	
	- 자살 욕구	
	- 자살에 대한 소극적 생각	
	- 자살에 대한 진지한 생각	
	- 구체적인 자살 방법 생각	
인구학적배경	- 성별	
	- 학교유형	
	- 가족구조	
개인심리요인	- 우울: BDI	
	- 불안: BAI	
	- 무망감: BHS	
	- 회복탄력성	
사회환경요인	- 경제적 수준 인식	
	- 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등	
	- 보호자의 물질적 지원	
	- 보호자의 정서적 지원	
	- 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람	
	- 사회적 지지	

(4) 분석방법

본 연구에서는 분석대상을 다음과 같은 방법을 사용하여 분석하였다.

첫째, 인구학적배경 및 주요 변수의 특성을 알아보기 위하여 기술통계 분석을 실시하였다.

둘째, 청소년 자살생각에 따라 추정되는 잠재집단을 확인하기 위한 잠재계층분석(Latent Class Analysis: LCA)을 실시하였다. 잠재계층분석은 이분형 변수일 때 사용하는 혼합모형의 일종으로 이질적인 특성을 가진 모집단에서 유사한 특성을 지닌 개인들의 잠재집단을 찾아낼 때 유용하게 사용될 수 있다(Muthén & Muthén, 2000). 데이터에 나타나지 않는 하위집단을 토대로 여러 계층 중에서 한 계층에 개개인이 속할 확률을 추정하고, 통계적으로 다양한 적합도 지수를 제시하여 잠재집단의 객관적 분류가 가능하게 한다(Magidson, et al., 2002; Vermunt, Lewis-Beck, Bryman, & Liao, 2004). 본 연구에서는 청소년 자살 위험성에 대한 최적의 잠재계층을 결정하기 위해 선행연구(McCrae, Chapman, & Christ, 2006; Muthén & Muthén, 2000)에서 제시한 다양한 적합도 지수와 통계적 유의도, Entropy 지수를 활용하였다. 선행연구를 토대로 본 연구에서 적합도 지수로는 AIC(Akaike's Information Criterion), BIC(Bayesian Information Criterion), SSABIC(Sample-Size Adjusted BIC)를 사용하였다(Marsh, Lüdtke, Trautwein, & Morin, 2009). 이러한 적합도 지수는 값이 적을수록 더 적합한 모형임을 의미한다. 다음으로 통계적 유의도 검증을 활용한 LMR-LRT(Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test)과 BLRT(Bootstrap Likelihood Ratio Test)를 사용하여 잠재계층의 수를 확인하였다. k(대립가설)와 k-1(영가설)간의 통계검증을 통해 계층 결과를 비교하는 LMR-LRT과 BLRT

는 k모형의 지지 여부, k-1의 기각 여부를 결정하는 p값을 제공하며, 통계적으로 유의할 때 k모형을 지지한다. 다음으로 Entropy는 추출된 잠재계층에 할당된 사례의 정확성을 나타내는 지수로써, 분류의 불확실성에 대한 척도 중 최우선 고려대상은 아니지만, 높은 값은 더 큰 분류의 불확실성을 나타내는 통계적 척도로 사용할 수 있어, LCA 모델을 유지하는데 도움이 된다(Ferguson, Moore, & Hull, 2020). Entropy값은 1에 가까울수록 분류오류가 적음을 의미한다. 마지막으로 잠재계층에 대한 실질적인 유용성을 평가하기 위해 표본 대비 집단 별 사례 수의 최소비율을 적용하였다. 집단의 최소비율은 선행연구마다 기준이 다르지만, Jung과 Wickrama(2008)은 모든 계층이 표본 수의 최소 5% 이상을 기준으로 보았고, Hill 외(2000)는 표본 수의 1%이상 이면 계층별 비교가 가능하다고 보았다(Ferguson, Moore, & Hull, 2020).

셋째, 잠재계층분석으로 나타난 청소년 자살 위험성 하위 집단별 인구학적배경, 개인심리요인, 사회환경요인간 관련성을 분석하였다. 먼저, 연구 대상의 인구학적배경에 대하여는 χ^2 검정으로 관련성을 검증한 후 유의한 결과에 대해 사후검정을 실시하였고, 개인심리요인 및 사회환경 요인에 대하여 다항로지스틱 회귀분석(Multinomial Logistic Regression)을 실시하였다. 이때 독립변수는 개인심리요인, 사회환경요인이며 종속변수는 청소년 자살 위험성 하위 집단으로 구성되었다.

본 연구에서는 데이터의 기초분석은 SPSS 22.0, 잠재계층(LCA) 분석은 M-plus 8.8 그리고 다항로지스틱회귀분석은 STATA 14.1 프로그램을 사용하였다.

2. 연구 결과

1) 청소년의 자살 위험성 유형화 및 집단별 특성

(1) 연구대상자의 전반적 경향

성남시 청소년 자살 위험성 하위 유형을 확인하기 위한 잠재계층분석(LCA)에 앞서 자료의 기본적 구조와 속성을 확인하기 위해 인구학적배경 및 주요 변수에 대한 기술통계치를 산출하였다. <표 IV-2>에서 보는 바와 같이 남학생(54.4%)이 여학생과 비교하면 더 많았고 특성화고 학생들(68.4%)이 일반고 학생보다 더 많았다. 가족구조는 양부모가족(74.6%), 한부모가족(21.7%), 기타(2.0%), 조손가족(1.7%) 순으로 나타났다. 다음 청소년이 경험하는 우울 수준은 최경도 68.0%, 경도 13.0%로 나타났으며, 심각한 수준인 중등도와 고도가 각각 10.7%와 5.7%로 나타났다. 불안은 최경도 76.5%, 경도 12.1%, 중등도 5.4%, 고도 3.3%로 나타났으며, 무망감은 최경도가 39.1%, 경도가 31.0%, 중등도가 19.7%, 고도가 7.4%로 나타나 무망감을 심각하게 경험하는 청소년의 비율이 우울과 불안에 비해 높게 나타났다. 다음 청소년의 회복탄력성($M=3.60$, $SD=0.65$)은 대체로 높게 나타났다. 다음으로 청소년의 가정 경제적 수준에 대한 인식은 평균이 3.14($SD=0.68$)로 대체로 높은 수준이었으며, 경제적 문제로 인한 가족 간 갈등은 평균 2.28($SD = 1.10$)로 대체로 낮게 나타났다. 또한, 보호자로부터의 물질적 지원은 평균이 4.08($SD=0.98$), 정서적 지원은 평균이 3.77($SD=1.08$)로 정서적 지원이 물질적 지원보다 낮은 수준을 보인다. 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람은 평균 3.24($SD=0.98$), 사회적 지지는 평균이 3.5

1($SD=0.56$)로 전반적으로 높게 나타났다. 자살 위험성에 대한 응답은, 자살에 대한 빈번한 생각은 응답자의 13.7%, 자살 소망은 8%, 자살 욕구는 14.6%, 자살에 대한 소극적 생각은 29.4%, 자살에 대한 진지한 생각은 7.6%, 마지막 구체적인 자살 방법 생각은 5.1%가 ‘예’라고 응답하였다.

<표 IV-2> 연구대상자의 일반적 특성 ($N = 918$)

변수			Frequency(%)		n
			Mean (SD)	Range	
개인심리요인					
성별	남학생		499(54.4)		893
	여학생		419(45.6)		
	최경도		624(68.0)		
우울	경도		119(13.0)		
	중등도		98(10.7)		
	고도		52(5.7)		
불안	최경도		702(76.5)		893
	경도		111(12.1)		
	중등도		50(5.4)		
	고도		30(3.3)		893
	최경도		359(39.1)		
	경도		285(31.0)		
	중등도		181(19.7)		
	고도		68(7.4)		
	회복탄력성		3.60(0.65)	1 ~ 5	
사회환경요인					
학교유형	일반고		290(31.6)		918
	특성화고		628(68.4)		
가족구조	양부모		685(74.6)		
	한부모		199(21.7)		
	조손		16(1.7)		
	기타		18(2.0)		
	경제적 수준		3.14(0.68)	1 ~ 5	
	보호자 물질적 지원		4.08(0.98)	1 ~ 5	
	보호자 정서적 지원		3.77(1.08)	1 ~ 5	
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등			2.28(1.10)	1 ~ 5	
어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람			3.24(0.86)	1 ~ 4	
사회적 지지			3.51(0.56)	1 ~ 5	917
자살 위험성 지표					

자살에 대한 빈번한 생각	126(13.7)	917
자살 소망	73(8.0)	
자살 욕구	134(14.6)	
자살에 대한 소극적 생각	270(29.4)	
자살에 대한 진지한 생각	70(7.6)	
구체적인 자살 방법 생각	47(5.1)	

주. 자살위험성 지표는 '예' 응답 비율 제시

(2) 잠재계층분석(LCA) 및 모형 결정

청소년 자살생각 수준에 따라 잠재계층을 분류하기 위한 분석을 실시하였다. 집단의 수(k)를 2개에서 5개로 늘려가며 적합도 지수를 비교했다. 최적의 모형(집단 수)을 결정하기 위하여 모형의 적합도와 간명성 지표, 집단의 동질성 등의 지표들을 비교하여 <표 IV-3>에 제시하였다.

<표 IV-3> 청소년 자살 위험성 잠재계층분석 결과 (N = 917)

분류기준		잠재집단 수			
		(1 vs.) 2모형	(2 vs.) 3모형	(3 vs.) 4모형	(4 vs.) 5모형
No. of free parameters		13	20	27	34
AIC		3025.51	2954.14	2940.48	2943.27
BIC		3088.19	3050.57	3070.65	3107.19
SSABIC		3046.90	2987.05	2984.90	2999.21
LMR-LRT(<i>p</i>)		<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.01	<i>p</i> =.064
BLRT(<i>p</i>)		<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001	<i>p</i> =.667
Entropy		.904	.898	.894	.802
Group size(%)	1	179(19.5)	738(80.5)	93(10.1)	33(3.6)
	2	738(80.5)	146(15.9)	33(3.6)	48(5.2)
	3		33(3.6)	738(80.5)	31(3.4)
	4			53(5.8)	714(77.9)
	5				91(9.9)

분석 결과, 먼저 분류된 모형의 적합도에 대하여 지수 값 변동이 급격히 감소하며 완만해지는 경계점을 살펴보면 AIC와 BIC, SSABIC는 집단 수가 늘어갈수록 낮아졌지만 5모형에서 다시 증가하였다. LMR-LRT와 B LRT는 모형 5를 제외하고는 모든 모형에서 유의하게 나타났다. 분류의 정확도를 나타내는 Entropy 값은 모든 모형이 .8 이상이어서 다수의 경우 적합하게 분류됨을 의미하고 있다. 잠재계층분석에 관한 선행연구들은 이상적인 잠재계층 수 결정에 Entropy 값을 고려하되 최우선 고려대상이 아님을 강조하고 있다(Ferguson, Moore, & Hull, 2020). 본 연구에서는 Entropy 값이 2모형에서 가장 높았으나 4모형 역시 .894로 1에 근접하고 있어 각 집단이 차별성 있게 분류되었다. 마지막으로 집단별 사례 수의 비율을 전반적으로 검토하였다. 아직 잠재계층의 수를 결정하는 분류율의 기준이 명확하지는 않으나, 대체로 5% 미만에 속하는 집단이 포함되는 프로파일은 선택하지 않는 경향이 있다(최진영 외, 2020; Jung & Wickrama, 2008). 또한, 통계적 관점에서는 5% 미만 집단이 포함된 집단은 보통 너무 많은 프로파일 수를 추출하기 때문에 유의해서 살펴봐야 한다는 연구도 있다(Hipp & Bauer, 2006; Merz & Roesch, 2011). 그러나 인간 행동의 특수한 측면을 연구하는 상담 및 임상분야에서는 1% 정도의 소수 집단도 질적으로 다른, 구분되는 집단이 나타나는지 관심을 둔다(이주영 & 오경자, 2010; 최현주 & 조민희, 2014). 본 연구에서는 자살 위험성이 있는 소수의 고위기 청소년 발굴에 관심을 두고 있기 때문에 표본 크기와 대비하여 각 잠재집단의 최소비율은 1% 이상을 기준으로 정하였다. <표 IV-3>에 제시된 바와 같이 잠재집단 전부에서 1% 미만의 분류율은 나타나지 않았다. 이러한 결과들을 종합하여 판단한 결과, 본

연구에서는 가장 적합한 잠재집단의 수를 4개로 정하였다.

(3) 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성

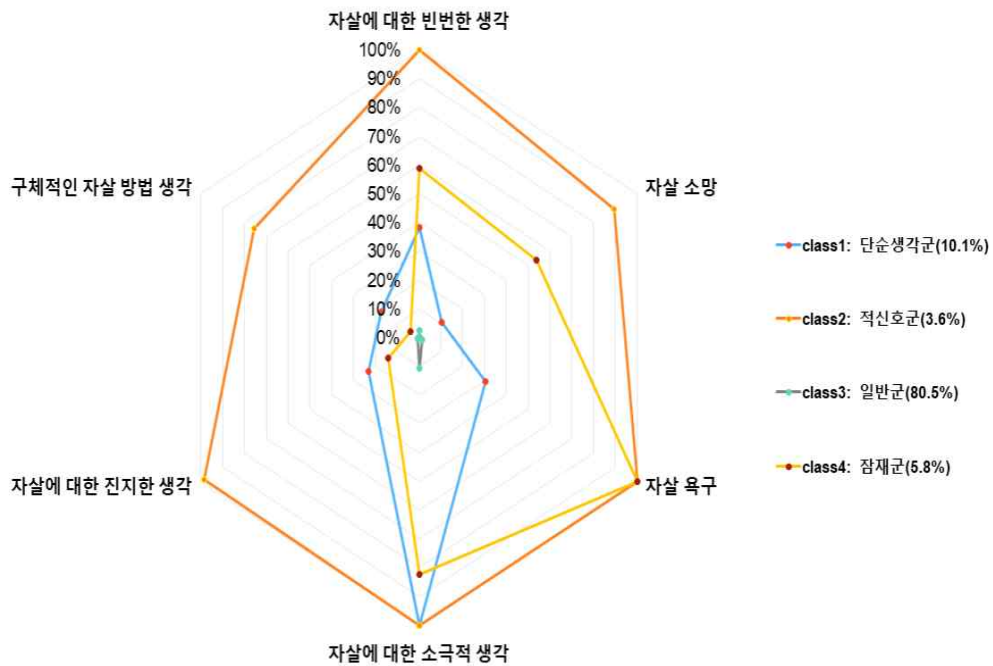
최종 모형으로 선정된 4개 집단의 특성을 검토하고 이를 바탕으로 집단에 명칭을 부여했다. 먼저, 청소년의 자살 위험성 잠재계층별 자살 위험성 하위지표(설문 문항) 응답률은 <표 IV-4>와 같다. 이는 각 집단이 가지고 있는 하위 차원별 특성을 의미한다. 따라서 유형별 자살 위험성 지표의 응답 확률에 근거하여 각 하위 계층의 특성을 명명하였다.

<표 IV-4> 청소년 자살 위험성 잠재계층별 특성: 자살 위험성 지표 응답률 (N = 917)

구분	(단위: %)			
	집단1 (10.1)	집단2 (3.6)	집단3 (80.5)	집단4 (5.8)
자살에 대한 빈번한 생각	38.4	100	2.3	58.8
자살 소망	10.3	89.5	0.3	53.9
자살 욕구	30.6	100	1.4	100
자살에 대한 소극적 생각	100	100	10.7	82.4
자살에 대한 진지한 생각	23.2	98.7	0.6	14.1
구체적인 자살 방법 생각	17.3	75.5	0.2	4.1

주: 제시된 값은 '예'라고 응답한 비율

청소년 자살 위험성 하위 지표 수준에 따른 각 집단의 특징을 한눈에 알아볼 수 있도록 도식화한 자료가 [그림 IV-3]에 제시되어 있다.



[그림 IV-3] 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성

집단 1은 전체의 10.1%로 “자살에 대한 소극적 생각(문항: 정말로 자살하려는 것은 아니더라도, 자살에 대해 생각해 보았다)”에 ‘그렇다’라고 응답할 확률이 100%이며, 자살 위험성 나머지 지표에서는 위험성이 상대적으로 낮게 나타나 단순히 자살에 대한 호기심 수준의 위험성을 보인다고 여겨 자살 위험성 ‘단순생각군’으로 명명하였다. 집단 2는 전체 대상자의 3.6%가 속해있는 집단으로, “자살에 대한 진지한 생각(문항: 자살을 진지하게 생각해 보았다)”, “자살 소망(문항: 죽기를 바랐다)”, “구체적인 자살 방법 생각(문항: 구체적인 자살 방법을 생각해 보았다)”를 포함하여 자살 위험성 하위 지표 모두에 ‘그렇다’고 응답할

확률이 매우 높은 고위험 청소년으로, 자살 행동을 할 가능성이 큰 특징을 보여 자살 위험성 ‘적신호군’으로 명명하였다. 집단 3은 전체 대상자의 80.5%로, 이 청소년은 자살 위험성 하위 지표 모두에서 ‘그렇다’라고 응답할 확률이 매우 낮은 청소년으로 자살 위험성 ‘일반군’으로 명명하였다. 마지막 집단 4는 전체의 5.8%로 자살에 대한 구체적인 계획을 생각해보거나 자살을 진지하게 생각해 보지는 않았으나 “자살 욕구(문항: 차라리 죽는게 낫겠다고 생각했다)”, “자살에 대한 소극적 생각”과 같은 특정 위험성 지표에서 ‘그렇다’고 응답할 확률이 높은 청소년으로 자살 위험성 ‘잠재군’으로 명명하였다.

2) 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 예측요인 분석

(1) 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성 비교

청소년 자살 위험성 하위 유형의 특성을 구체적으로 알아보기 위해, 청소년의 성별, 학교유형, 거주지역, 그리고 가족구조와 자살 위험성 하위 집단과의 관계를 분석하고 유의한 결과에 대하여는 집단간 비교를 실시하였다. 그 결과를 <표 IV-5>에 제시하였다. 분석결과 먼저, 청소년의 성별($\chi^2=7.14$, $p=.067$)과 가족구조($\chi^2=8.98$, $p=.44$)는 자살 위험성 유형과의 관계가 유의하지 않았다. 반면 학교유형과 청소년 자살 위험성 하위 유형간의 관계는 유의하게 나타났으며($\chi^2=19.80$, $p<.001$), 구체적으로 ‘적신호군’과 ‘일반군’에서 학교유형에 따른 차이가 나타났는데, 적신호군은 특성화고가 일반고에 비해 더 높았고, 일반군은 일반고가 특성화고에 비해 유의하게 높았다.

〈표 IV-5〉 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 특성 (N =917)

(단위: %)

구분	Total	단순생각 군 (10.1)	적신호군 (3.6)	일반군 (80.5)	잠재군 (5.8)	χ^2
성별						
여학생	419(45.7)	11.7	4.8	76.8	6.7	7.14
남학생	498(54.3)	8.8	2.6	83.5	5.0	
학교유형						
일반고	290(31.6)	8.6	1.4	87.9*	2.1	19.80***
특성화고	627(68.4)	10.8	4.6*	77.0	7.5	
가족구조						
양부모	685(74.7)	10.1	3.5	80.6	5.8	8.98
조손	16(1.7)	-	-	100	-	
한부모	198(21.6)	10.1	4.5	78.8	6.6	
기타	18(2.0)	22.2	-	77.8	-	

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

(2) 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 예측 요인 분석

개인심리요인, 사회환경요인이 청소년의 자살 위험성 잠재계층 유형과 어떠한 관련성이 있는지 다항로지스틱 회귀분석을 활용하여 분석하였다. 결과는 〈표 IV-6〉에 제시하였다.

먼저, 자살 위험성 ‘일반군’을 기준으로 ‘단순생각군’과 ‘적신호군’, ‘잠재군’을 비교 분석하였다.

첫째, ‘단순생각군’을 비교한 결과, 개인심리요인에서는 유의한 결과가 나타나지 않았으며 사회환경 요인에서 경제적 수준($b=0.36$, $p<.05$)만이 유의하였다. 즉, 청소년이 가정의 경제적 수준이 높다고 인식할수록 ‘일반군’에 비해 ‘단순생각군’에 속할 확률이 1.44배 높다.

둘째, ‘적신호군’을 비교한 결과, 개인심리요인에서는 불안($b=1.67$, p

<.01)과 회복탄력성의 낙관성($b=0.88$, $p<.05$), 사회환경요인에서는 학교유형($b=1.19$, $p<.05$)만이 유의하였다. 즉, 청소년의 불안 수준과 낙관성이 높을수록 ‘일반군’에 비해 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았다. 또한, 일반고 학생이 특성화고 학생보다 ‘일반군’보다 ‘적신호군’에 속할 확률이 높게 나타났다.

셋째, ‘잠재군’을 비교한 결과 개인심리요인에서는 회복탄력성의 자기효능감($b=0.78$, $p<.01$)이 유의하게 나타났으며, 사회환경요인에서는 학교유형($b=1.49$, $p<.05$), 보호자의 물질적 지원($b=0.38$, $p<.05$), 그리고 친구지지($b=-0.82$, $p<.05$)가 유의하게 나타났다. 즉, 자기효능감이 높은 청소년일수록 ‘일반군’에 비해 ‘잠재군’에 속할 확률이 높고, 특성화고 학생에 비해 일반고 학생이 ‘일반군’에 비해 ‘잠재군’에 속할 확률이 높고, 보호자의 물질적 지원이 많을수록 ‘일반군’보다 ‘잠재군’에 속할 확률이 높게 나타났다. 그러나 친구지지는 낮을수록 ‘일반군’보다 ‘잠재군’에 속할 확률이 더 높았다.

다음은 자살 위험성 ‘단순생각군’을 기준으로 ‘적신호군’과 ‘잠재군’을 비교 분석하였다.

첫째, ‘적신호군’을 비교한 결과 개인심리요인에서는 불안($b=1.31$, $p<.05$)과 회복탄력성의 낙관성($b=0.81$, $p<.05$)이 유의하게 나타났으며, 사회환경요인에서는 교사지지가 유의하게 나타났다($b=1.10$, $p<.05$). 즉, 청소년의 불안 수준과 낙관성 그리고 교사의 지지가 높을수록 ‘단순생각군’에 비해 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았다.

둘째, ‘잠재군’과 비교한 결과 사회환경요인에서 학교유형($b=1.28$, $p<.05$)과 보호자의 물질적 지원($b=0.61$, $p<.01$)만이 유의하게 나타났다. 즉,

일반고등학교 학생이 특성화고등학교 학생과 비교해 ‘단순생각군’보다 ‘잠재군’에 속할 확률이 높고, 보호자의 물질적 지원이 많을수록 ‘단순생각군’보다 ‘잠재군’에 속할 확률이 높게 나타났다.

마지막으로 ‘적신호군’을 기준으로 ‘잠재군’을 비교 분석하였다. 그 결과 개인심리요인 중에서 회복탄력성의 자기효능감($b=1.09$, $p<.05$)과 낙관성($b=-1.05$, $p<.05$)만이 유의하게 나타났다. 즉, 청소년의 자기효능감은 높을수록 ‘잠재군’에 속할 확률이 높고, 낙관성은 낮을수록 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았다.

<표 IV -6> 청소년 자살 위험성 잠재계층 유형별 예측요인 분석결과 (N = 917)

예측변수		일반군 vs. 단순생각군		일반군 vs. 적신호군		일반군 vs. 잠재군		단순생각군 vs. 적신호군		단순생각군 vs. 잠재군		적신호군 vs. 잠재군	
		<i>b</i> (SE)	OR	<i>b</i> (SE)	OR	<i>b</i> (SE)	OR	<i>b</i> (SE)	OR	<i>b</i> (SE)	OR	<i>b</i> (SE)	OR
개인심리요인													
회복탄력성	성별 (기준: 남학생)	-0.31 (0.25)	0.73	-0.44 (0.42)	0.65	-0.09 (0.32)	0.91	-0.12 (0.48)	0.88	0.22 (0.37)	1.25	0.35 (0.51)	1.41
	우울	-0.18 (0.46)	0.83	0.42 (0.70)	1.53	0.27 (0.58)	1.31	0.60 (0.81)	1.83	0.45 (0.70)	1.57	-0.15 (0.87)	0.86
	불안	0.36 (0.46)	1.44	1.67 (0.59)**	5.29	0.54 (0.56)	1.72	1.31 (0.70)*	3.69	0.18 (0.68)	1.20	-1.12 (0.75)	0.33
	무망감	0.08 (0.70)	1.08	0.62 (1.14)	1.86	0.52 (0.89)	1.68	0.54 (1.30)	1.72	0.44 (1.08)	1.56	-0.10 (1.39)	0.91
	감정조절	-0.01 (0.19)	0.99	0.32 (0.31)	1.38	-0.13 (0.25)	0.88	0.33 (0.35)	1.38	-0.12 (0.30)	0.88	-0.45 (0.38)	0.64
	공감	0.26 (0.21)	1.29	-0.22 (0.31)	0.80	0.01 (0.25)	1.01	-0.48 (0.36)	0.62	-0.24 (0.31)	0.78	0.24 (0.38)	1.27
	관계성	-0.16 (0.29)	0.86	-0.30 (0.3)	0.74	0.26 (0.38)	1.29	-0.15 (0.51)	0.86	0.41 (0.46)	1.51	0.56 (0.56)	1.75
	문제해결력	0.11 (0.21)	1.11	-0.45 (0.30)	0.64	-0.33 (0.26)	0.72	-0.56 (0.35)	0.57	-0.43 (0.32)	0.65	0.12 (0.38)	1.13
	자기효능감	0.38 (0.22)	1.46	-0.32 (0.35)	0.73	0.78 (0.30)**	2.17	-0.70 (0.40)	0.50	0.40 (0.35)	1.49	1.09 (0.44)*	2.78
	낙관성	0.07 (0.23)	1.07	0.88 (0.37)*	2.41	-0.17 (0.29)	0.84	0.81 (0.42)*	2.25	-0.24 (0.35)	0.79	-1.05 (0.46)*	0.35
사회환경요인	끈기	-0.19 (0.18)	0.83	-0.17 (0.30)	0.84	0.30 (0.26)	1.35	0.02 (0.34)	1.02	0.49 (0.30)	1.63	0.47 (0.38)	1.60

학교유형(기준: 특성화고)	0.22 (0.27)	1.24	1.19 (0.59)*	3.30	1.49 (0.47)*	4.46	0.98 (0.64)	2.66	1.28 (0.53)*	3.59	0.30 (0.75)	1.35
조손	-19.35 (11997)	3.95	-18.85 (12751)	6.52	-19.23 (15145)	4.46	0.50 (17508)	1.65	0.12 (19321)	1.13	-0.38 (19798)	0.68
가족구조 (기준: 양부모)	한부모	-0.09 (0.29)	-0.05 (0.46)	0.95	-0.19 (0.36)	0.83	0.03 (0.52)	1.03	-0.10 (0.44)	0.91	-0.13 (0.56)	0.87
	기타	0.85 (0.61)	-18.89 (10341)	6.28	-19.35 (14662)	3.96	-19.74 (10341)	2.68	-20.20 (14662)	1.69	-0.46 (17942)	0.63
경제적수준		0.36 (0.18)*	0.35 (0.28)	1.41	-0.07 (0.24)	0.93	-0.02 (0.31)	0.98	-0.44 (0.28)	0.65	-0.42 (0.35)	0.66
경제적 문제로 인한 가족 간 갈등		-0.03 (0.12)	0.14 (0.18)	1.15	0.09 (0.15)	1.09	0.18 (0.21)	1.19	0.13 (0.18)	1.13	-0.05 (0.22)	0.95
보호자 물질적 지원		-0.22 (0.13)	-0.05 (0.22)	0.95	0.38 (0.19)*	1.47	0.18 (0.24)	1.19	0.61 (0.22)*	1.83	0.43 (0.28)	1.54
보호자 정서적 지원		0.16 (0.14)	0.22 (0.21)	1.25	-0.03 (0.17)	0.97	0.06 (0.24)	1.06	-0.19 (0.21)	0.83	-0.25 (0.26)	0.78
어렵고 힘들때 도움청할 사람		-0.10 (0.16)	0.42 (0.28)	1.52	0.03 (0.20)	1.04	0.52 (0.32)	1.69	0.14 (0.25)	1.15	-0.39 (0.33)	0.68
친구지지		-0.22 (0.31)	0.10 (0.47)	1.11	-0.82 (0.40)*	0.44	0.32 (0.54)	1.37	-0.60 (0.48)	0.55	-0.92 (0.59)	0.40
사회적 지지	가족지지	0.05 (0.18)	-0.20 (0.27)	0.82	0.11 (0.22)	1.12	-0.24 (0.31)	0.79	0.07 (0.27)	1.07	0.31 (0.33)	1.36
	교사지지	-0.30 (0.31)	0.80 (0.47)	2.22	-0.27 (0.40)	0.76	1.10 (0.54)*	3.01	0.03 (0.48)	1.03	-1.07 (0.60)	0.34
Log Likelihood						563.75						
Likelihood Ratio chi ²						119.54(df = 75)***						
Pseudo R ²						0.10						
N						891						

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

주. OR(Odds Ratio)=승산비

3. 소결

청소년 자살은 다양한 원인과 변인을 포함하는 복합적인 문제이다. 청소년 자살의 위험성을 이해하기 위해서는 치명적이지 않은 자살생각 부터 진지하고 반복적인 자살생각, 자살계획, 그리고 자살시도까지 이들 자살 위험성 하위 개념들 간의 연관성을 고려해야 한다(Berman & Jobes, 1995; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009). 이러한 자살의 특성 때문에 청소년 자살문제는 하나의 모집단으로 설명할 수 없으며, 다양하고 복합적인 양상을 보이는 이질적인 집단으로 나타날 수 있다. 따라서 청소년 자살 예방 및 개입 전략을 세우기 위해서는 자살 위험 집단의 특징을 잘 파악해야 한다.

본 장에서는 성남시 청소년의 자살 문제에 대처하고 다양한 양상으로 나타나는 청소년 자살 위험성 개입과 서비스를 위한 기초 자료를 제공하기 위하여 진행되었다. 청소년 자살 위험성의 하위 유형을 다차원적으로 도출해냄으로써 청소년 자살을 보다 포괄적이고 다각적인 측면에서 살펴보고자 하였다. 이를 위하여 성남시청소년상담복지센터 ‘정신건강 고위기 청소년 사전 발굴 및 예방사업’에 참여하는 고등학교 1학년 918명의 정신건강 실태조사자료에 기초하여, 그들의 자살 위험성 유형화를 시도하였다. 또한, 청소년의 개인심리요인, 사회환경요인이 자살 위험성 하위 유형에 어떠한 영향을 미치는지 알아보았다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 응답자의 자살생각 수준 및 양상의 차이를 반영하여 청소년 자살 위험성 유형을 분석한 결과, 4개의 잠재집단이 도출되었다. 4개 유형

은 각 차원별 특성을 고려하여 ‘단순생각군’, ‘적신표군’, ‘일반군’, ‘잠재군’으로 명명하였다. 집단 1인 ‘단순생각군’은 자살 의도는 없으나 자살에 대해 생각해본 적이 있는(자살에 대한 소극적 생각) 청소년으로 전체의 10.1%를 차지한다. 다음 집단 2인 ‘적신표군’은 자살 욕구 및 소망뿐만 아니라 자살에 대한 진지한 생각, 구체적인 자살 방법까지 생각한 자살 위험성이 가장 높은 청소년으로 전체의 3.6%를 차지한다. 집단 3인 ‘일반군’은 자살 위험성 모든 지표에서 ‘아니다’라고 응답한 자살 위험성이 거의 없는 청소년으로 전체의 80.5%를 차지한다. 마지막 집단 4인 ‘잠재군’은 적신표군에 비해 치명적인 수준은 아니지만, 자살 욕구와 자살에 대한 소극적 생각이 높은 청소년으로 더 심각한 자살 행동으로 발전할 가능성이 있는 잠재적 자살 위험군으로서 전체의 5.8%를 차지한다. 이들 4개 집단은 자살 위험성에 있어서 상이한 패턴을 보이는 이질적인 하위 유형이라 할 수 있다. 본 연구에서 도출된 유형은 청소년 자살 위험성을 유형화한 유사한 연구 결과와 비교할 필요가 있다. 청소년 자살 위험성을 우울과 같은 부정적 정서부터 자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살시도 후 병원치료 경험까지 자살 위험수준의 점진적 증가와 이들 행위의 세분화된 속성을 기반으로 청소년 자살 위험성을 유형화한 Jiang과 동료들(2010)의 연구에서도 청소년 자살 위험성이 4개의 집단으로 분류되었다. ‘Emotionally healthy(74%)’ 유형은 본 연구의 ‘일반군’과 유사한 유형으로, 본 연구보다 낮은 비율을 보였으며, 나머지 자살 위험성 유형은 순서대로 ‘Considered and planned suicide(14%)’, ‘Attempted suicide(6%)’, ‘Both planned and attempted suicide(6%)’로 나타나, 본 연구의 유형과 거의 유사하거나 3~4% 내 차이 정도만 나타났다(Jian

g, Perry, & Hesser, 2010). 국내연구에서는 자살 위험성 유형화의 지표로 자해 행동을 포함하여 4가지 유형(낮은 자살위험형 75.7%, 자살생각 및 시도형 5.7%, 자살생각형 12.1%, 자살시도 및 자해행동형 6.5%)이 도출되었는데, 본 연구 결과보다 저위험군은 더 낮지만, 고위험군의 비율이 높게 나타났다(최진영 외, 2020).

둘째, 자살 위험성 유형의 영향요인을 개인심리 및 사회환경적 요인으로 나누어 살펴보았다. 그 결과, 각각의 청소년 자살 위험성 유형에 속할 확률은 다양한 요인들이 복합적으로 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다. 개인심리요인에서는 불안, 회복탄력성의 낙관성과 자기효능감이 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 사회환경요인에서는 학교유형, 가정의 경제적 수준, 그리고 사회적 지지 중 친구지지와 교사지지가 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

먼저, 개인심리요인에서 청소년의 불안이 높을수록 ‘일반군’ 보다 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았고 ‘단순생각군’ 보다 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았다. 이러한 결과는 우울이나 불안과 같은 정신건강 요인이 청소년 자살생각에 영향을 미치는 강력한 요인임을 보고한 선행연구를 지지하는 결과이다. 즉, 우울불안집단 청소년이 일반 청소년보다 자살 사고가 심하고(송동호 외, 2003) 불안이 높을수록 청소년의 자살생각이 높다는 연구 결과와 일치한다(김미예 & 김정미, 2013).

다음으로 청소년의 낙관성이 높을수록 ‘일반군’ 및 ‘단순생각군’ 그리고 ‘잠재군’ 보다 ‘적신호군’에 속할 확률이 높았다. 자기효능감은 높을수록 ‘일반군’ 보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았으나, ‘적신호군’과 비교했을 때는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았다. 이러한 결과는

회복탄력성 개념 자체보다는 이를 구성하는 하위개념과 청소년 자살 관련 행동이 관련된다는 기존 연구와 맥을 같이하지만, 청소년 자살에 대한 회복탄력성의 억제 및 보호요인이라는 연구들과는 다소 일치하지 않는 결과이다(문동규 & 김영희, 2012; 안소정 외, 2013). 자기효능감은 선행연구를 어느 정도 지지하는 결과로, 자기효능감이 높은 청소년이 자살에 대한 욕구나 소극적 생각은 할 수 있으나, 더 심각하고 치명적인 자살생각이나 계획으로 이어지는 것은 억제하는 작용을 하는 것이다. 그러나 자살의 강력한 보호요인인 낙관성이 보다 위기 집단의 특징으로 나타난 점은 연구대상의 특징과 연관 지어 생각해 볼 수 있다. 본 연구의 대상은 성남시 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업에 자발적으로 참여한 학령전환 초기의 고등학교 1학년 학생들로 선정 편향(selection bias)이 반영되었을 가능성이 있다. 또한, 조사 내용인 정신건강영역과 회복탄력성은 청소년에게 보다 정확한 자기 이해와 자기 탐색이 요구되는 평가 영역이면서 동시에 민감한 정보를 요구하는 영역으로, 청소년의 부정확한 답변 및 질문내용에 따른 편향이 발생했을 가능성을 짐작해 볼 수 있다. 다른 이유로는 본 연구 대상에게 실시한 정신과적 진단 선별 검사(K-PDSQ)에서 자살 위험성 하위 유형별로 정신장애 영역에서 차이가 나타났는데, 특히 ‘적신평군’에게서 정신장애 영역의 검출 수가 다른 집단에 비해 약 2배 정도 높게 나타났다. 특히 자살을 예측하는 가장 강력한 요인인 주요우울장애 검출 비율이 ‘잠재군’과 ‘적신평군’이 유의하게 높았다. 즉, ‘적신평군’은 높은 자살 위험성과 함께 정신장애 위험에 노출된 것이다. 이는 선행연구에서 보고한 자살 위험 집단 중 취약형 자살 유형(김기환 & 전명희, 2000)과 유사한 형태로 자살에 영향을

미치는 취약성 요인으로서 청소년 개인이 다양한 장애나 정신건강 상의 위험에 노출되어 있는 경우이다. 따라서 이런 유형은 낙관성이라는 긍정적 심리요인이 자살 위험성에 대해 보호작용이 나타나지 않을 수 있다고 해석할 수 있다.

다음, 사회환경요인 중 학교 유형에서 일반고등학교 학생이 특성화고등학교 학생보다 ‘일반군’ 보다 ‘적신평군’ 그리고 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았으며, ‘단순생각군’과 비교했을 때는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았다. 단순히 학교 유형별 자살 위험성 집단별 분포를 살펴보았을 때는, 일반고등학교에서는 ‘일반군’의 비율이 자살 위험성에 대해 ‘적신평군’과 ‘잠재군’보다 많았고, 특성화고등학교에서는 ‘잠재군’과 ‘적신평군’의 비율이 ‘일반군’보다 많았으나, 학교 유형이 자살 위험성 유형에 미치는 영향을 분석했을 때는, 일반고등학교 학생이 특성화고등학교 학생보다 자살 위험성이 더 심각한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 일반계고등학생이 특성화계 고등학생보다 자살생각 가능성이 더 크다는 연구를 지지하는 결과로(이홍직, 2020), 일반계고등학교 학생이 가지는 자살 위험의 취약성은 학교 내 과열된 입시 경쟁에 따른 고통에서 기인하리라 예측된다. 많은 조사에서 학생들은 자살 충동을 느끼는 가장 큰 이유로 학업문제, 학업스트레스를 꼽는다(김영지 외, 2019). 선행 연구에서도 일반계고 남학생이 특성화고 남학생보다 학교생활의 스트레스와 학업부담이 40% 이상 높았고, 우울과 자살생각 역시 높았다(서경희, 2016). 즉, 특성화고등학교 학생들은 일반고등학교 학생에 비해 진학보다는 진로 준비에 더 집중하기 때문에 공부에 대한 부담이 크지 않아 학업 스트레스가 상대적으로 덜할 수 있다. 다만 본 연구의 대상인 특성

화고 학생들은 일반고 학생에 비해 가정의 경제적 수준이 어렵다(매우 어렵다 포함)는 비율이 유의미하게 높았고, 정신과적 진단 선별검사(K-P DSQ)에서도 13개 정신장애 검출 수가 유의하게 많았다. 따라서, 자살 외의 정신건강문제에서 취약성을 보일 수 있을 것이다.

또 다른 사회환경요인에서 청소년이 인식하는 가정의 경제적 수준이 높을수록, 그리고 보호자의 물질적 지원이 많을수록 ‘일반군’ 보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 더 높았으며, ‘단순생각군’ 보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았다. 이는 주관적 경제수준이 낮을수록 자살생각 집단에 포함될 확률이 높고(조인숙 & 채철균, 2016) 코로나 19 이후 가정경제가 악화되었다고 응답한 청소년 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 자살생각과 자살시도 위험이 유의미하게 크다는 선행연구와는 일치하지 않는 결과이다(이미선 외, 2021).

마지막으로 사회적 지지 중에서 친구지지가 높을수록 ‘잠재군’ 보다는 ‘일반군’에 속할 확률이 더 높았다. 이는 사회적 지지, 특히 친구지지는 청소년 자살생각을 포함한 정신건강의 강력한 보호요인이라는 선행연구를 지지하는 결과이다(문동규 & 김영희, 2012; 진혜민 & 배성우, 2013; 홍세희, 정송, & 노언경, 2016). 본 연구와 유사한 청소년 자살위험 유형화 연구에서도 자살위험 하위 유형중 ‘낮은 자살위험형’의 또래관계와 사회적 지지 점수가 보다 위기 집단인 ‘자살생각형’, ‘자살시도 및 자해행동형’, ‘자살생각 및 시도형’보다 유의하게 높았다(최진영 외, 2020). 한편, 사회적 지지 중 교사지지가 높을수록 ‘단순생각군’ 보다는 ‘적신표군’에 속할 확률이 높았다. 이러한 결과는 본 연구의 교사지지 문항의 신뢰도 계수가 .47로 매우 낮은 것을 고려하면, 신뢰할만한 결과

로 볼 수 없어 추후 다른 청소년 표본을 대상으로 교사지지에 관한 연구가 필요할 것이다.

V. 결론

생물학적, 사회심리적 변화가 급격하게 그리고 동시다발적으로 일어나는 성장 과정에서 청소년은 다양한 역할 갈등과 책임, 정체성 등으로 인한 위기(crisis)를 경험한다. 이러한 과정에서 순탄하게 변화에 적응하며 성인으로 성장하는 것을 기대하기는 어렵다. Erikson(1993)은 이러한 청소년기 위기를 역할 혼란(role confusion)으로 정의하며 이 시기에 나타나는 비행이나 정신질환이 절대 드물지 않은 문제임을 지적하였다(Erikson, 1993).

청소년기 정신건강 문제는 적응 과정에서 표출되는 자연스러운 성장통처럼 비교적 가볍고 일시적인 부적응에서부터 일상생활에 심각한 장애를 초래할 수 있는 정신질환에 이르기까지 양적, 질적으로 그 양상이 다양하다. 뿐만 아니라 개인의 발달적 특성과 사회환경적 요인들이 복합적으로 작용하여 발생하므로 단일한 패턴을 보이지 않는다. 따라서 청소년 정신건강 위험성은 단일한 지표가 아닌 다양한 수준의 심리정서적 특성을 반영한 다차원적인 방식으로 양상을 파악해야 한다.

본 연구는 성남시 청소년 정신건강 증진사업의 증거기반(evidence based) 개입을 지원하기 위한 목적으로 성남시청소년상담복지센터 ‘2022 정신건강 고위기 청소년 사전발굴 및 예방사업’ 지원 대상 학생들의 1) 전반적인 정신건강 수준을 파악했으며, 정신건강 문제의 유형별 개입 전략과 지원 방향성을 확인하였다. 또한 보다 심각한 정신건강 문제인 2) 청소년 자살 위험성에 대한 유형화와 유형별 예측요인을 탐색하였다.

각 연구 영역을 통한 결과는 다음과 같이 요약될 수 있다.

1) 성남시 청소년 정신건강 실태 파악을 위한 조사

청소년 정신건강 실태를 파악하기 위해 성남시에 소재한 6개 고등학교 1, 2학년 총 1,171명의 우울, 불안, 무망감, 정신장애 위험도와 청소년의 개인, 가정, 사회적 자원과 회복탄력성, 사회적 지지를 조사하였다.

첫째, 청소년은 상대적으로 보호자로부터 물질적 지원 보다 정서적 지지를 받지 못하고 있었으며, 상당수의 청소년이 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 없었다. 또한, 청소년 10명 중 2.5명은 정도 이상의 우울과 불안 증상을, 10명 중 2.5명은 중등도 이상의 무망감을 경험하고 있었다. 특히 10명 중 3.1명은 정신장애 위험도가 잠재군 이상으로 나타나 우울, 불안, 무망감과 함께 정신장애를 공존 질환으로 가지고 있을 가능성이 컸다.

둘째, 정신건강 문제는 여학생이 남학생 보다, 1학년이 2학년보다, 특성화고 학생이 일반고 학생보다 더 취약하였다. 또한, 가정의 경제적 수준이 어렵고, 경제적 문제로 인한 가족간 갈등을 경험하고, 보호자로부터 물질적/정서적 지원을 받지 못하는 청소년에게서 더 심각했다. 뿐만 아니라 어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 없다는 청소년일수록 고위험군 비율이 높았다.

셋째, 정신건강과 관련한 보호요인을 조사한 결과, 회복탄력성이 높은 청소년은 우울, 불안, 무망감 그리고 정신장애 위험도가 모두 낮은 집단에 속했다. 사회적 지지 역시 친구지지와 가족지지를 높게 지각한 청소년

년이 정신건강 4개 영역 모두에서 위험도가 낮은 집단에 속했다.

이러한 결과에 따른 청소년 정신건강 지원을 위한 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 정신건강 문제에 상대적으로 취약한 여학생과 1학년, 특성화고 학생에 대한 차별적인 개입이 필요하다.

단순히 생물학적인 성별의 차이에 따라 정신건강 문제 위험성이 차이가 난다는 전제보다는 심리적, 사회적, 문화적 차이에서 기인하는 성차에 주목하여, 성차를 반영한 심리지원 서비스 및 개입이 필요할 것이다. 1학년 학생들의 결과와 관련해서, 본 실태조사에서 1학년 학생들은 학기 초인 4~6월 사이에 조사에 참여하였다. 이는 중학교에서 고등학교로 전환되는지 얼마 안 된 시기로 교육환경의 변화, 교사와 또래 집단의 변화 등 새로운 환경에 적응하는 과정에서 2학년보다 다양한 스트레스와 심리정서적 어려움이 가중되는 시기라 할 수 있다. 따라서 학기초 중-고등학교 전환기 청소년에 대한 우선적이고 차별적인 교육 및 적응 프로그램과 같은 개입이 필요할 것이다. 더불어 특성화고 학생들의 정신건강 위험성이 높다는 점 역시, 단순히 학교 유형에 집중하기보다는 특성화고등학교의 교육환경과 학생들의 학교생활에 대한 심층적인 분석을 통해 일반고등학교와는 차별된 지원을 강화할 필요성이 제기된다.

둘째, 청소년 정신건강의 1차 지지체계인 가정의 역할이 중요하며, 부모의 역할과 기능을 지원할 수 있는 다양한 대책 마련이 필요하다.

보호자의 정서적 지지는 청소년 정신건강에 주요한 영향요인이며, 정서적 지지와 같은 긍정적 양육 태도는 부모나 보호자의 역량이다. 따라서 학교 및 청소년상담복지센터 같은 지역사회 기관에서 부모를 대상으

로 청소년기 정신건강과 관련된 교육 및 프로그램 운영과 지지적인 가정 환경 조성 및 긍정적 부모자녀관계를 위한 보호자 코칭과 같은 서비스 제공이 청소년 정신건강 예방에 효과적일 수 있다.

셋째, 가정의 지지기반이 약한 청소년에게 지역사회 청소년 지원기관 서비스의 통합성, 포괄성, 지속성이 강화되어야 한다.

정신건강 문제는 가정, 학교, 지역사회의 적극적인 관심과 적절한 관리가 필요하다. 따라서 보호자로부터 물질적, 정서적 지지를 제공받지 못하는 고위기 청소년에 대한 학교 및 지역사회 청소년 지원기관의 개입은 필수적이다. 어렵고 힘든 상황에서도 도움을 청할 사람이 없는 외롭고 소외된 청소년에게 지역사회 청소년 지원기관은 강력한 보호요인이 되어 줄 수 있다. 이러한 보호요인이 청소년에게 효과를 발휘하기 위해서는 지역사회 청소년 지원기관의 서비스 체계가 포괄적(청소년의 다양한 욕구와 문제를 동시 또는 순차적으로 해결하기 위한 서비스의 다양화), 지속적(지역사회 내에서 연속적이고 지속적인 서비스 제공), 통합적(서비스 조직, 프로그램 간의 협조로 비단편적이고 비파편적인 지원)으로 이루어져야 할 것이다. 즉, 지역사회내 청소년 관련 자원을 연계하고 협력하여 청소년 정신건강 문제를 예방하고 관리할 수 있도록 청소년 상담복지센터와 같은 서비스 기관을 중심으로 통합적인 지원 체계가 확립되어야 할 것이다.

넷째, 회복탄력성과 사회적 지지의 구체적인 내용이 청소년 정신건강 위험 수준별 개입 전략에 기초자료로 활용될 수 있다.

상대적으로 정신건강에 취약한 시기인 청소년에게 회복탄력성과 사회적 지지는 다양한 위험요인이 정신건강에 미치는 영향을 완충·보호하는

데 가장 필요한 기초 역량이다. 이는 청소년 정신건강 문제에 대한 많은 경험적 연구를 통해 입증되었다. 특히 코로나 사태 이후, 통제 불가능한 재난 상황이 기존의 정신건강 문제를 가진 청소년뿐만 아니라 일반 청소년의 정신건강까지 위협하는 것으로 밝혀지면서 전문가들은 청소년 대상 회복탄력성 증진 프로그램의 필요성을 강조하였다(서미 외, 2021). 즉, 부정적 감정을 해소하고 긍정적인 심리상태를 높이는 심리적 자원으로 회복탄력성 증진이 필수적이라는 것이다. 물론 회복탄력성과 사회적 지지가 약물이나 심리치료처럼 정신건강 고위기 청소년에게 직접적이고 즉각적인 효과를 내기는 어려울 수 있다. 하지만 청소년기 정신건강을 위협하는 다양한 위험요인이나 위기 상황에서 자신을 보호할 수 있는 내적 역량을 기를 수 있게 도움을 주는 것은 상담이나 심리치료의 주요 기법이 될 수 있다. 따라서 청소년 정신건강의 위험도 수준 및 양상에 따라 회복탄력성을 증진할 수 있는 차별화된 상담 및 심리지원 프로그램이 기획 개발되어야 할 것이다.

다섯째, 청소년 지원기관 및 사업에 대한 청소년의 물리적, 심리적 접근성을 높이기 위한 적극적인 홍보가 필요하다.

본 조사에서 청소년은 지역사회 청소년 지원기관 및 사업에 대한 인지도가 낮았고 특히 이용 경험이 매우 낮았다. 과거에 비해 지역을 중심으로 청소년 심리지원 서비스에 대한 인프라가 확충되고 물리적 접근성이 나아졌지만, 여전히 상당수의 청소년이 청소년 상담복지센터나 청소년전화1388과 같은 서비스에 대해 알지 못하고 있는 것을 반영하는 것이다. 가용할 수 있는 지역사회 자원이 충분하더라도 취약한 청소년에게 연결되기는 쉽지 않다. 따라서 도움이 필요한 청소년에게 더 가까이 다가가

기 위한 청소년 지원기관의 노력이 필요하다. 홍보 투자 비용을 늘리고 온·오프라인을 적극적으로 활용한 다양한 홍보 기법 및 전략을 마련해야 할 것이다.

2) 성남시 청소년 자살 위험성 유형화 및 예측요인 탐색 연구

청소년 자살문제의 심각성을 반영하여, 성남시 소재 5개 고등학교(일반고 2개, 특성화고 3개) 1학년 918명을 대상으로 자살 위험성을 유형화하고, 각 유형별 개인심리요인, 사회환경요인이 미치는 영향에 대해 분석하였다.

첫째, 조사 대상 청소년의 자살 위험성은 4개의 하위 유형이 도출되었다. 집단 1인 ‘단순생각군’은 자살 의도가 없는 상대적으로 가벼운 자살생각, 호기심 수준의 소극적 자살생각을 하는 청소년으로 전체의 10.1%를 차지한다. 집단 2인 ‘적신평군’은 자살 욕구 및 소망뿐만 아니라 자살에 대한 진지한 생각, 구체적인 자살 방법까지 생각한 자살 위험성이 가장 높은 청소년으로 전체의 3.6%를 차지한다. 집단 3인 ‘일반군’은 자살 위험성이 거의 없는 청소년으로 전체의 80.5%를 차지한다. 집단 4인 ‘잠재군’은 치명적이지는 않지만 자살 욕구와 자살에 대한 소극적생각을 하는 청소년으로 방치하면 더 심각한 자살 행동으로 발전할 가능성이 있는 집단이며, 전체의 5.8%를 차지한다. 이들 4개 집단은 자살 위험성이 상이한 패턴을 보이는 이질적인 하위 유형이라 할 수 있다.

둘째, 청소년 자살 위험성은 다양한 요인들이 복합적으로 영향을 미치고 있었다. 먼저, 청소년의 불안이 높을수록 ‘일반군’과 ‘단순생각

군’ 보다는 자살 위험성이 가장 높은 ‘적신평군’에 속할 확률이 높았고 회복탄력성 하위요인 중 청소년의 낙관성이 높을수록 다른 세 집단보다는 ‘적신평군’에 속할 확률이 높았다. 또한 자기효능감이 높을수록 일반군보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았으나, 적신평군 과 비교했을 때는 자기효능감이 높을수록 ‘잠재군’에 속할 확률이 높았다.

셋째, 일반고 학생이 특성화고 학생보다 자살 위험성이 낮은 집단보다는 ‘잠재군’과 ‘적신평군’에 속할 확률이 높았고 가정의 경제적 수준이 높을수록, 보호자의 물질적 지원이 많을수록 일반군과 단순생각군 보다는 ‘잠재군’에 속할 확률이 더 높았다. 마지막으로 친구지지가 높을수록 잠재군보다는 ‘일반군’에 속할 확률이 더 높았다. 그러나 교사 지지가 높을수록 단순생각군보다 ‘적신평군’에 속할 확률이 높았다.

이러한 연구 결과에 따른 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 청소년 자살 위험성 유형화에 따른 차별적 개입 전략이 필요하다.

본 연구는 잠재적인 청소년 자살 위험의 개입 유형 및 특성에 대한 기초 정보를 제공한다. 본 연구에서 청소년의 자살 위험성은 ‘적신평군’, ‘잠재군’, ‘단순생각군’, ‘일반군’ 네 가지로 분류되었다. 이를 기반으로 청소년 자살 문제 개입 시 자살 위험성의 스펙트럼을 고려한 접근이 더욱 강조될 것이며, 다양한 자살 위험의 형태를 확인하고 개입 대상을 초점화하는 유형별 맞춤형 정신건강 지원이 필요할 것이다.

특히 주목할만한 부분은 본 연구대상 중 약 20%의 청소년이 개입이 필요한 대상자라는 점이다. 이는 2020년 기준 우리나라 청소년 자살생각률이 11.5%(질병관리청, 2021)인 것과 비교해서 높은 수치로 경계해야 할

것으로 보인다.

본 연구의 결과를 토대로 각 유형별 특성에 따른 대응 방안을 다음과 같이 제안할 수 있다.

먼저, 자살 위험성이 가장 높은 ‘적신호군’의 경우, 구체적인 자살 방법까지 생각해본 고위험 청소년으로 이들의 자살생각이 자살 결심, 즉 자살시도로 이어지기 전에 긴급한 중재가 필요하다. 전문적인 종합심리검사와 병원 및 상담 연계 체계를 구축하여 조기 개입이 긴급하고 집중적으로 이루어져야 한다. 특히 위기 청소년의 익명성을 보장하면서 치료 개입에 대한 접근성과 즉시성, 효율성을 높이는 자살 예방 및 개입이 더욱 효과적일 것이다. 예를 들면 자살시도 상황에 대한 ‘자살응급처치’자의 역할을 할 수 있는 가정, 학교와 같은 청소년 주변 환경의 역할을 강화해야 한다. 또한 응급실 기반 위기대응센터, 지역사회기관 위기 개입팀의 지속적인 관리, 자살상담전화 등을 유지 및 강화하는 것이 필요하다. 특히 본 연구의 ‘적신호군’에서는 정신장애 검사 결과, 장애 검출수가 매우 높았다. 따라서 이들에게는 회복탄력성과 같은 보호요인의 증진보다는 자살의 원인이 될 수 있는 정신장애에 대한 치료적 개입이 우선되어야 할 것이다.

다음 ‘잠재군’ 청소년의 경우에는 더 치명적인 자살생각이나 자살계획으로 이어지기 전에 자살생각에 영향을 주는 요인들을 줄이는 전략과 동시에 자살 행동을 억제하는 보호요인을 강화하는 상담 및 프로그램이 제공되어야 할 것이다. 특히 본 연구에서 친구지지는 고위험군인 ‘적신호군’과는 관련성이 나타나지 않았으나, ‘잠재군’과 ‘일반군’을 비교했을 때 친구지지가 높을수록 ‘잠재군’보다는 ‘일반군’에 속할 가

능성을 높이는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 활용하여 또래 애착이나 관계의 질을 높임으로써 또래 지지 및 사회 연결망을 강화해 주는 프로그램이 효과적일 것이다.

‘단순생각군’의 경우 자살에 대한 진지한 생각이나 계획 없이 소극적 수준에서 자살을 생각하는 단계이므로 선제적으로 자살의 위험성을 알리는 예방 교육 또는 프로그램을 투입하면 청소년 정신건강 증진에 기여할 수 있을 것이다. 예방 교육에는 삶의 위기에 직면했을 때 자살과 같은 파국적인 사고 대신 자신의 정신건강을 보호하는데 가장 필요한 기초 역량인 회복탄력성 증진과 같은 내용이 효과적일 것이다.

마지막 ‘일반군’의 경우 자살 위험성이 매우 낮은 집단이지만, 단순생각군과 마찬가지로 자살 예방 교육의 대상이 될 수 있다. 대부분의 자살은 자살 선별검사에서 고위험군이 아닌 저위험군에서 발생할 가능성이 높다. 특히 청소년 자살의 경우 더욱 충동적으로 발생한다. 따라서 이들 역시 자살 예방 교육의 대상으로써 회복탄력성 증진과 더불어 자살 위험에 처한 주변인의 신호를 인식하여 관심을 가지고 도움받을 수 있도록 행동하는 도움제공자 또는 자살예방생명지킴이(한국생명존중희망재단) 역할에 대한 내용이 효과적일 수 있다.

한편, 자살 위험성이 높은 청소년에게 효과적인 개입 방법으로, 최근 연구현장에서 관심이 높아지고 있는 개입 기법인 생태순간평가(Ecological Momentary Assessment) 및 생태순간개입(Ecological Momentary Intervention)과 같은 근거기반 개입(evidence based intervention) 프로그램의 도입도 효과적일 수 있다. 생태순간평가(EMA)는 스마트폰과 같은 모바일 전자기기를 활용해 고위험군 청소년의 경험과 행동을 일상생활에서 반복

적으로 측정하여 시간과 상황에 따라 달라지는 개인의 행동과 정서변화를 민감하게 모니터하고 실시간으로 개입하는 방법이다(Kim & Kwon, 2018; Shiffman, Stone, & Hufford, 2008). 생태순간개입(EMI) 역시 모바일 전자기기를 활용하여 개인에게 실시간으로 개입방법을 제공해 주는 기법으로 현재 개인의 상태에 대한 위기신호를 반영하여 즉각적인 개입이 가능하다는 장점이 있어 오프라인 심리치료와 병행하여 활용되기도 한다(Heron & Smyth, 2010).

둘째, 청소년 자살 위험성에 대한 개입체계로서 학교와 지역사회 기관과의 유기적인 협력 시스템이 강화되어야 한다.

본 연구 결과에서 청소년의 자살 위험성과 정신장애의 취약성은 학교 유형과 높은 관련성을 나타냈다. 우리나라 청소년의 정신건강은 학교생활과 관계가 높다. 입시 위주의 경쟁적인 교육 시스템으로 인한 문제뿐만 아니라 폭력, 또래 비행, 등 학교 환경이 청소년의 삶에 미치는 영향은 다양하다. 학교는 청소년 자살 예방의 일차적 개입체계가 될 수 있도록 자살 위험성이 높은 청소년을 효과적으로 찾아내어 청소년의 정신건강에 적극적으로 개입해야 할 필요가 있다. 특히 청소년 자살과 같은 정신건강 문제는 우울이나 스트레스와 같은 내면화 문제 이외에 공격성, 비행과 같은 외현화 문제가 동반되는 공존문제(comorbidity)가 있을 수 있다. 예를 들면, 보호관찰 청소년 중 자해, 자살 문제가 있는 고위험 청소년 지원을 위해서는 학교, 보호관찰소, 지역 청소년상담복지센터간 연계가 필요할 것이다. 따라서 학교와 지역사회 청소년 관련 기관이 협업하여 전문적이고 통합적인 서비스를 제공할 수 있는 환경이 조성되어야 한다.

셋째, 청소년 자살 예방과 조기 개입을 위한 정신건강서비스 접근성 강화 전략이 필요하다.

본 연구에서 응답자들은 청소년 관련 기관 및 지원 사업에 대한 인지도와 이용 경험이 매우 낮았다. 과거와 비교하면 지역 내 정신건강서비스 인프라가 확대되었으나 여전히 청소년의 심리적 거리감과 물리적 접근성에 대한 제약이 크다. 정신건강 문제를 경험하는 청소년에 대한 편견이나 정신건강서비스를 이용하는데 막연한 두려움과 거부감을 예로 들 수 있다. 즉 자살생각이나 시도를 알리고 싶지 않은 청소년은 낙인에 대한 두려움으로 인해 정신건강서비스에 대한 거부감을 가질 수 있다. 따라서 치료와 보호, 재활과 회복에만 초점을 둘 것이 아니라 예방과 조기 개입에 방점을 두고 정신건강서비스 뿐만 아니라 다양한 청소년 지원 기관에 대한 접근성을 저해하는 제약 요인을 파악하여 물리적 접근성과 함께 심리적 거리감을 줄이는 접근성 강화 전략이 필요하다.

넷째, 청소년이 자살로부터 안전한 지역사회를 만들어야 한다.

본 연구 결과에서처럼 청소년의 자살관련 위험도는 동질적이지 않고 단순히 높고 낮은 수준으로 구분할 수 없다. 또한 성인과 비교하면 자신의 생각이나 감정, 어려움을 잘 표현하지 않는 청소년으로부터 자살 위험성을 감지하기란 쉽지 않으며, 성인만큼 청소년이 자살을 생각하는 이유와 상황은 다양하다. 이러한 이유로 자살에 취약한 집단만을 선별해서 자살 예방과 개입을 한다는 것은 한계가 있다. 따라서 모든 청소년 즉 청소년 집단 전체가 자살 예방교육의 대상이 되어야 한다. 또한 지역사회 구성원이 주변의 자살생각자 또는 자살 위험성이 높은 사람들을 도울 수 있는 자살중재기술과 같은 훈련을 받는 것도 하나의 방법이 될 수 있

다. 자살 관련 신호를 보내는 사람의 행동이나 말, 신체적 반응, 감정을 알아차릴 수 있는 교육을 통해 모두가 훈련받는다면 이는 곧 모든 청소년이 자살로부터 안전한 사회를 만드는 첫 걸음이 될 수 있을 것이다.

3) 본 연구로부터 도출된 정책시사점

본 연구는 성남시 청소년의 정신건강 현황을 실증적으로 탐색하고 정신건강 및 자살 문제에 대한 증거기반의 대안을 제시하고자 수행된 기초 연구로 성남시 청소년의 정신건강 현황을 체계적으로 가늠할 수 있는 기초자료이다. 이를 통해 본 연구는 성남시 청소년 정신건강 보호와 증진에 기여할 수 있는 3가지 정책을 제안한다.

첫째, 블렌디드 정신건강 지원(Blended mental health support) 강화

본 연구 결과처럼 청소년 정신건강 문제는 단순히 높고 낮음의 수준으로 정의할 수 없을 만큼 다차원적이며, 그에 따른 지원 욕구도 다양하다. 따라서 획일성을 벗어나 뉴노멀 시대에 맞는 청소년 정신건강 지원방식을 모색해야 한다. 이를 위해서는 보다 이론적, 실증적 고찰을 통해 다양한 욕구와 배경, 공존문제를 지닌 청소년 특성에 맞는 유형별 맞춤 서비스 인프라가 확충되어야 한다. 예를 들면, 본 연구에서도 확인된 보다 취약한 집단인 여자 청소년이나 학령전환기 청소년, 특성화고등학교와 같은 취약 집단의 발굴과 개입을 차별화해야 한다. 이들 청소년기 발달적 특성, 취약 집단의 특성, 성남시 정신건강 서비스 인프라를 고려하여 융합적이고 창의적인 맞춤형 서비스가 개발되어야 한다. 또한 대면과 비대면, 심리지원과 학습지원, 가족관계 지원, 비행청소년의 교화 서비스와

심리지원과 같은 서비스 간, 지원기관 간 호환력을 높이는 정책 환경이 조성되어야 한다.

이를 위해서는 급변하는 사회와 청소년 실태를 반영한 청소년 정신건강 현황에 관한 기초자료가 축적되어야 할 것이다. 청소년의 정신건강 실태를 임상적, 통계적으로 추정할 수 있는 실태조사가 도입되어 증거기반 정책 수립의 타당성과 신뢰성을 확보해야 할 것이다.

둘째, 청소년의 심리적 역량 회복 및 강화에 초점을 맞춘 심리지원 서비스 강화

본 연구에서도 확인된 회복탄력성은 청소년이 자신의 정신건강을 보호하고 증진하는데 가장 필요한 기초 역량이다. 회복탄력성, 자기효능감, 희망, 낙관성과 같은 개별적인 심리적 변수가 모여 상호작용함으로써 다차원적인 심리 구인(construct)인 심리적 자원을 이루게 된다. 심리적 자원은 스트레스나 코로나와 같은 통제 불가능한 위기 상황에도 개인의 긍정적 정서와 사고를 강화해 주며, 정신건강 특히 자살생각을 하는 취약한 청소년의 적응을 높이는 기초 역량이다. 따라서 청소년기의 취약한 정신건강에 대한 근본적인 대처로 심리적 자원과 같은 기초 역량을 회복, 강화하도록 지원해야 한다. 이러한 서비스에는 부정적 감정을 해소하고 긍정적인 심리상태를 높이는 스트레스 대처 프로그램이나 청소년 욕구에 맞는 수련 활동 등이 활용될 수 있을 것이다.

셋째, 가정, 학교, 지역사회 기관 간 유기적 상호작용 강화

청소년 정신건강은 가정, 학교, 지역사회 각자가 가진 보호요인의 연대 위에서 탄력성을 발휘할 수 있다. 특히 자살 위험성과 같은 고위험군 청소년 중심에서 벗어나 모든 청소년의 정신건강 증진을 목표로 가정, 학

교, 지역사회 청소년 기관이 유기적으로 협력함으로써 각자가 가진 보호요인이 상호작용할 수 있는 환경이 마련되어야 한다. 예를 들면, 가정의 지지체계가 무너진 청소년을 위해 청소년상담복지센터의 심리정서적 지원과 학교의 중재를 통한 부모의 긍정적 양육을 촉진하는 부모교육 및 부모상담과 같은 지원은 청소년 정신건강 문제의 예방적 차원에서 필수적이다. 그리고 이 과정에서 불필요한 행정과정을 거치지 않고도 원활하고 지속적으로 협력이 이루어질 수 있는 시스템이 확립되어야 한다. 즉, 소외되고 고립된 청소년이 가정, 학교, 지역사회 공동체와 연결될 수 있도록 서비스의 양적 확대 뿐만 아니라 가정, 학교, 지역사회 삼각형의 세 꼭짓점을 잇는 협력체계가 질적으로 강화될 수 있는 통합적인 정책 환경이 마련되어야 한다.

4) 본 연구의 한계점 및 후속 연구를 위한 제언

본 연구는 성남시 청소년 정신건강 실태 및 자살 위험성을 유형화하여 다각적인 개입 방안을 위한 기초정보를 제공하였다는 데 의의가 있다. 특별히 본 연구의 제4장 청소년 자살 위험성 유형화 연구에서 사용한 잠재계층분석(Latent Class Analysis)은 증거기반(Evidence based) 정책을 제공하기 위한 유형화 연구로서 정책이나 실천영역에서 보다 더 나은 타겟팅이나 프로그램 평가를 가능하게 해주어 최근에 상담복지현장의 서비스 대상 맞춤형 지원 방안의 기초 정보를 제공해 주는 대안으로 활용되고 있다. 이러한 연구의 의의에도 불구하고 본 연구의 한계점과 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 성남시청소년상담복지센터의 정신건강 예방사업에 참여하는 6개 고등학교에 재학 중인 1, 2학년 학생을 대상으로 하였다. 따라서 표본추출의 선정 편향(selection bias)이 반영되어 있어 연구 결과의 일반화에 한계가 있다. 추후 연구에서는 연구 대상을 중학생, 고등학생 전 학년으로 확대하고 성남시 청소년을 대상으로 무작위 표집하여 모집단의 대표성을 높일 수 있는 반복 연구의 필요성이 제기된다. 더불어 청소년뿐만 아니라 보호자, 학교, 청소년 심리지원 기관의 현장 전문가 등에 대한 자문 및 의견조사를 추가하여 추후 연구에서는 정책제언에 대한 신뢰성과 타당성을 더할 필요가 있다.

둘째, 본 연구에서는 청소년 정신건강 및 자살과 관련해 그동안의 경험적 연구에서 밝혀진 다양한 변수들을 충분히 다루지 못하고 개인심리적, 사회환경적요인의 일부만을 분석에 사용하였다. 청소년 정신건강 문제는 원인이 다양한 만큼 양상 또한 복잡하고 여러 문제가 공존한다. 추후 연구에서는 비행, 미디어 과의존, 신체 질병, 스트레스, 학교폭력 피해 및 가해, 성적 등 다양한 요인 간의 상호작용을 고려하여 청소년 자살 위험성 개입의 핵심 요인을 밝힐 필요가 있다.

셋째, 본 연구에서는 아직 국내에 일반 청소년 대상 정신장애 검사 도구가 없는 상황에서 청소년 정신장애 위험도를 K-PDSQ(한국판 정신장애 진단선별질문지)를 사용하여 평가하였다. K-PDSQ는 일반인의 정신장애를 선별할 목적이 아닌 외래 혹은 입원환자를 대상으로 임상 면담 이전 선별을 목적으로 개발된 도구이며, 청소년이 아닌 성인을 대상으로 타당화 된 것이다. 특히 국내 타당화 과정에서 13개 정신질환 중 3개 영역(약물관련장애, 신체화장애, 폭식장애)의 절단점(cut-off score)이 표본

수의 문제로 분석에서 제외되어 본 연구에서는 3개 정신장애 영역에 대한 절단점을 해외 연구를 참고하였다. 따라서 청소년 정신장애 위험도 분석 결과에 신뢰도와 타당도를 충분히 확보하지 못하였다. 추후 연구에서는 청소년 나이와 상황에 맞는 정신장애 선별 검사도구로 충분한 표본수를 확보하여 더욱 신뢰할 수 있는 청소년 정신건강 실태를 파악할 필요가 있다.

VI. 참고문헌

- Ati, N. A., Paraswati, M. D., & Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 7-18.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. *Journal Consulting and Clinical Psychol*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. Psychological assessment.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1995). Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 143-154.
- Chaabane, S., Doraiswamy, S., Chaabna, K., Mamtani, R., & Cheema, S. (2021). The impact of COVID-19 school closure on child and adolescent health: A rapid systematic review. *Children*, 8(5), 415.
- Ciuca, A., et al. (2011). The Romanian adaptation of the psychiatric diagnostic screening questionnaire (PDSQ). *Cognition, Brain, Behavior*, 15(1), 69-93.
- Dubow, E. F., & Ullman, D. G. (1989). Assessing social support in

- elementary school children: The survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(1), 52-64.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Mac Iver, D. (1997). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families (1993). In J. M. Notterman (Ed.), *The evolution of psychology: Fifty years of the American Psychologist* (pp. 475-501). American Psychological Association.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*, WW Norton & Company.
- Ferguson, S. L., G. Moore, E. W., & Hull, D. M. (2020). Finding latent groups in observed data: A primer on latent profile analysis in Mplus for applied researchers. *International Journal of Behavioral Development*, 44(5), 458-468.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
- Greening, L. & L. Stoppelbein. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 404-417.
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., ... & Weinstock, L. M. (2021). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American*

- Psychologist*, 76(3), 409.
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (2005). Suicidal and nonsuicidal adolescents: Different factors contribute to self-esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 525-535.
- Hawton, K., & K. van Heeringen. (2009). Suicide. 373(9672), 1372-1381.
- Heron, K. E., & J. M. Smyth. (2010). Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, 15(1), 1-39.
- Hill, K. G., White, H. R., Chung, I. J., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2000). Early adult outcomes of adolescent binge drinking: Person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 892-901.
- Hipp, J. R., & D. J. Bauer. (2006). Local solutions in the estimation of growth mixture models. *Psychological Methods*, 11(1), 36-53.
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 751-761.
- Jiang, Y., Perry, D. K., & Hesser, J. E. (2010). Suicide patterns and association with predictors among Rhode Island public high school students: A latent class analysis. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1701-1707.
- Jung, T., & K. A. Wickrama (2008). An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling. *Social and*

- Personality Psychology Compass*, 2(1), 302-317.
- Keeley, B. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind--Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. UNICEF. 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017.
- Khanlou, N., & R. Wray. (2014). A whole community approach toward child and youth resilience promotion: A review of resilience literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(1), 64-79
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006). The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 386-395.
- Kim, S., & Kwon, J. H. (2018). Effects of emotion experiences and gaming motivations on internet gaming behaviors in daily life: An ecological momentary assessment study. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 573-589.
- Korczak, D. J., & B. I. Goldstein. (2009). Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *The Journal of Pediatrics*, 155(1), 118-123.
- Kousky, C. (2016). "Impacts of natural disasters on children." The Future of children. *Children and Climate Change*, 26(1), 73-92.
- Lim, S. U., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. T., & Kim, J. H. (2014). *Psychometric Properties of the Beck Anxiety Inventory among Adult Population in Korea*. Poster Presented at the Meeting of the Korean Clinical Psychological Association (Goyang-si,

Gyeonggi-do).

- Magidson, J., & J. Vermunt. (2002). Latent class models for clustering: A comparison with K-means. *Canadian Journal of Marketing Research*, 20(1), 36-43.
- Magson, N. R., Freeman, J. Y., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57.
- Marsh, H. W., Lüdtke, O., Trautwein, U., & Morin, A. J. (2009). Classical latent profile analysis of academic self-concept dimensions: Synergy of person-and variable-centered approaches to theoretical models of self-concept. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(2), 191-225.
- McCrae, J. S., Chapman, M. V., & Christ, S. L. (2006). Profile of children investigated for sexual abuse: Association with psychopathology symptoms and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 468-481.
- Mental Health America. (2020). *COVID-19 and Mental Health: What We Are Learning from*. Alexandria, VA, USA. Retrieved from <https://mhanational.org/sites/default/files/Coronavirus%20Mental%20Health%20Presentation%206-1-2020.pdf>
- Merz, E. L., & S. C. Roesch (2011). A latent profile analysis of the Five Factor Model of personality: Modeling trait interactions. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 915-919.
- Muthén, B., & L. K. Muthén. (2000). Integrating person-centered and

- variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24(6), 882-891.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816-827.
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: Systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-27.
- Sewell, K., & S. Gaines. (1993). A developmental approach to childhood safety education. *Pediatric Nursing* 19(5), 464-466.
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 1-32.
- Tein, J. “Y., Coxe, S., & Cham, H.(2013). Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Structural Equation Modeling*, 20, 640-657.
- Uhlhaas, P. J., Gajwani, R., Gross, J., Gumley, A. I., Lawrie, S. M., & Schwannauer, M. (2017). The youth mental health risk and resilience study (YouR-Study). *BMC psychiatry*, 17(1), 1-8.
- United Nations. (2020 Augustst). *Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond*. Retrieved from

[https://https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-education-during-covid-19-and-beyond](https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-education-during-covid-19-and-beyond)

Vermunt, J. K., Lewis-Beck, M., Bryman, A., & Liao, T. (2004). Latent profile model. *The Sage Encyclopedia of Social Sciences Research Methods*, 554-555.

World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, merging evidence, practice(Summary Report) Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022, 17 June). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Zimmerman, M., & J. I. Mattia (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The psychiatric diagnostic screening questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 787-794.

계승현. (2022. 05. 19.). “선생님과 관계 어려워요“…코로나 이후 청소년 상담 증가. 연합뉴스. 서울. Retrieved from <https://www.yna.co.kr/view/AKR20220519108100530>

곽재훈, 김정범, 최정식, 김희철, 정성원, 이은정, ... & 정철호. (2012). 한국판 정신장애 진단선별질문지의 표준화 연구: 최적 절단점. *신경정신의학*, 51(2), 77-84.

교육부. (2019). 2019 학생 정서·행동 특성 검사 결과. 서울. Retrieved from <https://kess.kedi.re.kr/mobile/search?searchTxt=%ED%95%99%EC%83%9D%EC%A0%95%EC%84%9C%ED%96%89%EB%8F%99%ED%8A%B9>

- %EC%84%B1%EA%B2%80%EC%82%AC%20%EA%B2%B0%EA%B3%BC
교육부. (2022). “Wee 프로젝트, 우리가 희망이다.” Retrieved from
<https://www.wee.go.kr/home/main/main.do>.
- 구승신, 정옥희, & 장성화. (2011). 청소년의 자아정체감, 사회적지지와
정신건강과의 관계. 한국콘텐츠학회논문지, 11(9), 225-237.
- 국립중앙청소년디딤센터. (2022. 08. 31.). “국립중앙청소년디딤센터 센터
소개.” Retrieved from <http://www.nyhc.or.kr/About020100>
- 국립정신건강센터 정신건강연구소. (2022). 소아청소년 정신건강실태조사.
보건복지부. Retrieved from <https://mhs.ncmh.go.kr/>
- 김기환, & 전명희. (2000). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구. 한국
아동복지학, (9), 127-152.
- 김나현. (2021.05.18.). 아동·청소년 정신건강 '적신호'... 사각지대로 지적
된 정책은? 메디칼업저버. 서울. Retrived from
<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=304071>
- 김동주. (2020.10.05). 지난해 청소년 자해·자살시도 하루 평균 26.9명…5
년 새 2배 ↑. 메디컬투데이. Retrived from
https://m.healthcaren.com/news/news_article_yong.jsp?mn_idx=385903
- 김미예 & 김정미. (2013). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 정신건강요
인. 청소년학연구, 20(12), 267-293.
- 김민준. (2022.03.18.). 청소년 사망 원인 41%는 '자살'…병원 치료 경험율
은 0.3% 그쳐. 메디컬투데이. Retrieved from
<https://mdtoday.co.kr/news/view/1065581681267827>
- 김선숙, 조소연, & 이정애. (2020). 포스트 코로나 시대, 아동권리보장을
위해 사회는 무엇을 할 것인가?. 아동과 권리, 24(3), 409-438.
- 김성건, 이은호, 황순택, 홍상황, 이건석, & 김지혜. (2015). 한국판백절망

- 척도의 신뢰도 및 타당도 연구. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 54(1), 84-90.
- 김영지, 김희진, 이민희, & 김진호. (2019). 아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구-한국 아동·청소년 인권실태 2019 총괄보고서. 한국청소년정책연구원 연구보고서, 1-827.
- 김지혜, 이은호, 황순택, & 홍상황. (2015). 한국판백우울척도 2 판 지침서. 대구: 한국심리주식회사.
- 김현수. (2020). *코로나로 아이들이 잃은 것들: 우리가 놓치고 있던 아이들 마음 보고서*, 덴스토리(Denstory).
- 문동규 & 김영희. (2012). 청소년 자살생각과 관련된 억제변인의 메타회귀분석. *청소년학연구*, 19(1), 59-83.
- 박광배. (2003). 변량분석과 회귀분석. 서울: 학지사.
- 박재연 & 남일성 (2015). 청소년 자살생각의 발달궤적 유형과 예측 요인. *정신건강과 사회복지*, 43(3), 82-106.
- 박지선, 김재홍, 김현정, & 정은주. (2020). 중·고등학교 전환기 학생 지원 방안 연구(Ⅰ) 교수학습 특성 및 지원 실태 분석, 한국교육과정평가원 연구보고서. 1-668.
- 박진우 & 허민숙 (2021). 아동·청소년의 정신건강 현황, 지원제도 및 개선방향. NARS 현안분석. 국회입법조사처. Retrieved from <https://www.nars.go.kr/report/view.do?cmsCode=CM0155&brdSeq=34664>
- 박현정, 김형남, 김인복, & 전승아. (2000). 청소년에서 한국판 Beck 우울척도의 신뢰도. *가정의학회지*, 21(2), 244-253.
- 박홍주 & 박나은 (2022.05.04.). 100번째 어린이날 날아온 우울한 성적표...OECD 행복지수 꼴찌. 매일경제. Retrieved from <https://www.mk.co.kr/news/society/view/2022/05/397686/>

- 보건복지부. (2021). 2021년 정신건강 사업 안내. Retrieved from https://www.ncmh.go.kr:2453/ncmh/board/boardView.do?no=8901&fno=106&gubun_no=9&menu_cd=04_02_02_04&bn=newsView&search_item=&search_content=&pageIndex=1
- 서경희. (2016). *고등학교 남학생의 스트레스, 우울 및 자살생각에 대한 연구*(석사학위, 인하대학교 교육대학원).
- 서미, 이자영, 김신아, 편여울강, 김지혜, & 정성호. (2021). 포스트 코로나시대 청소년 정신건강 연구. 한국청소년상담복지개발원 연구보고서. Retrieved from https://www.kyci.or.kr/userSite/lib/public_list.asp
- 성남시청소년재단 (2021). “청소년의 행복과 스트레스.” BIGT 성남시청소년재단, 청소년빅데이터플랫폼. Retrieved 08.25, 2022, from <https://snyouthbigta.datadriven.kr/>
- 송동호, 진용탁, 하은혜, 송정은, 박은영, & 최태규. (2003). 청소년의 자살사고와 관련된 우울-불안 성향. *소아청소년정신의학*, 14(1), 95-102.
- 심기문 (2021.11.12.). 청소년 ‘극단선택’ 사상 최고 기록하나. *서울경제*. Retrieved from <https://www.sedaily.com/NewsView/1ZADMVEHR9>
- 안소정, 박은희, 홍현주, 송정은, 육기환, & 김소은. (2013). 청소년 우울증 환자에서 자살시도의 보호요인으로서 회복탄력성의 역할. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 351-366.
- 양찬모 & 이상열 (2020). 청소년기 치료받지 못한 우울증이 젊은 성인 남성의 자살 위험성 및 자살 시도에 미치는 영향. *정신신체의학* 28(1), 29-35.
- 엄태완, 강명진, & 최정순. (2008). 청소년의 스트레스, 무망감, 우울, 자

- 살생각과 사회적 지지: 성차를 중심으로. 인문논총, 22, 5-30.
- 여성가족부. (2022). 2022 청소년 통계. 여성가족부 보도자료(5월 24일자).
- 유수인. (2018.08.20.). 국내 청소년 정신질환 '심각', 자살 생각 비율 17.6%. 쿠키뉴스. 서울. Retrieved from <https://www.kukinews.com/newsView/kuk201808200054>
- 이미선, 한승희, 강주연, & 김준범. (2021). COVID-19 로 인한 가정경제 악화가 청소년의 자살경향성에 미치는 효과 분석: 성향점수매칭 분석의 적용. 한국학교. 지역보건교육학회지, 22(2), 1-14.
- 이주영 & 오경자 (2010). 청소년기 우울-비행 공존 집단에 영향을 미치는 기질 및 성별의 효과: 잠재 프로파일 분석(Latent profile analysis)의 적용. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 29(1), 53-72.
- 이홍직. (2020). 고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인. 생명연구 57, 17-33.
- 임선영, 이은정, 정성원, 김희철, 정철호, 전태연, ... & 김정범. (2011). 한국판 벡 우울 척도 2 판의 타당화 연구. 대한불안의학회지, 7, 48-53.
- 장인경, 이주연, 손세원, 김형경, & 김한빈 (2021). 성남시 청소년 마음 건강 실태 조사. 성남시청소년상담복지센터 연구보고서.
- 정영미, 박혜선, & 김상미. (2021). 청소년의 자살생각 영향 요인: 2020년 청소년건강행태조사. 의료경영학연구, 15(3), 31-40.
- 조인숙 & 채철균. (2016). 대도시 청소년의 자살생각과 영향요인에 관한 연구- 청소년 정신건강관련 시설을 중심으로. 청소년시설환경, 14(2), 45-55.
- 진혜민, & 배성우. (2016). 청소년 자살생각에 관한 메타경로분석-스트레스 과정 모델을 중심으로. 청소년복지연구, 18(2), 85-113.

- 질병관리청. (2021). 제16차(2020년) 청소년건강행태조사 통계. Retrieved from <https://www.kdca.go.kr/yhs/>
- 최정식, 김희철, 정성원, 이은정, 성형모, 사공정규, ... & 김정범. (2009). 한국판 정신과적 진단 선별 질문지 (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; PDSQ)의 진단적 타당도. *정신병리학*, 18(1), 57-66.
- 최정원, 문호영, 전진아, & 박용천. (2021). 10대 청소년의 정신건강 실태 조사. 한국청소년정책연구원 연구보고서. Retrieved from https://www.nypi.re.kr/brdrr/boardrrList.do?brd_id=BDIDX_9QHE68LfE56Tcg80dqU23q&menu_nix=00TUt84a
- 최지욱. (2021). 코로나 19 가 성인 및 소아청소년에 미치는 영향과 지원 방안. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 60(1), 2-10.
- 최지희 & 전진아. (2017). 청소년의 정신건강 현황과 건강행태와의 관련성. *보건복지포럼*, 2017(3), 72-83.
- 최진영, 유비, 김기현, 최윤선, & 함혜옥. (2020). 청소년 자살위험의 유형화와 심리사회적 특성연구. *사회복지연구* 51(2), 57-96.
- 최현주 & 조민희 (2014). 자기결정성 이론에 따른 학습동기 변화의 잠재 프로파일 분류 및 영향요인 검증. *한국심리학회지: 학교*, 11(1), 253-274.
- 전진아, 전민경, 김남희, 박재현, 이용주, 윤시몬, ... & 김보은. (2019). 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구. 한국보건사회연구원 연구보고서. Retrieved from <http://repository.kihasa.re.kr/handle/201002/34621>
- 한국생명존중희망재단. (2022). 2022 자살예방백서. 보건복지부. Retrieved from <https://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=40007>
- 한국청소년상담복지개발원. (2021.05.04.). 청소년사이버상담센터 1분기 온

라인 상담 경향분석, 5월 청소년의 달, 청소년의 마음을 읽어주세요.

https://www.kyci.or.kr/boardManagement/board.asp?page=4&nselect=1&bid=bid_7&menuCategory=5&boSoldxi=&titlei=boTitle&findstr=#

한국청소년상담복지개발원. (2021). *코로나 19 이후 1년, 청소년 정신건강 변화 기록*. 청소년상담 이슈페이퍼. Retrieved from

https://www.kyci.or.kr/userSite/sub05_8.asp

한국청소년상담복지개발원. (2022). *청소년 코로나 3년의 마음 기록, : 방전된 청소년의 심리, 어떻게?*. 청소년상담 이슈페이퍼. Retrieved

from https://www.kyci.or.kr/userSite/sub05_8.asp

한미현 & 유안진. (1996). 아동의 스트레스 및 사회적 지지 지각의 행동 문제. *아동학회지*, 17(1), 173-188.

한국트라우마스트레스학회. (2021.06.29.). *코로나바이러스감염증-19 2021년도 청소년 정신건강실태조사*. Retrieved from

<http://kstss.kr/?p=2424>

홍세희, 정송, & 노언경. (2016). 청소년의 자살생각과 위험요인에 대한 메타분석. *청소년학연구*, 23(5), 153-179.

홍세희, 조기현, 이현정, 김효진, 윤미리, 강윤경, & 손수경. (2019). 청소년 회복탄력성 검사개발 및 타당화. *미래청소년학회지*, 16(1), 57-86.

홍영수 & 전선영. (2005). 청소년의 생활스트레스가 자살생각에 미치는 영향과 우울의 매개효과. *정신건강과 사회복지* 19, 125-149.

VII. 부록

- 1. 조사에 사용된 설문지**
- 2. 지역사회 안전보장체계**

2022년 성남시청소년상담복지센터 정신건강 선별검사 안내문

안녕하세요, 청소년 여러분.

귀중한 시간을 내어 설문에 응해주신 여러분께 진심으로 감사드립니다.

성남시청소년상담복지센터는 성남시 청소년의 건강한 성장을 돕기 위해 청소년, 학부모, 교사를 대상으로 전문적·통합적 서비스를 제공하는 청소년 상담복지 전문 기관입니다.

이 검사는 여러분의 강점과 정신건강을 살펴보기 위한 검사이며, 검사는 여러분의 정신건강 측면에서 어려움이 있는지, 어려움이 있다면 보다 적절한 도움을 주려는 목적으로만 활용될 것임을 약속드립니다.

이 검사에 사용된 개인의 신상에 관련된 정보는 비밀리에 보관되며 검사 종료 후 1년 이 지난 후 폐기 처분됩니다. 검사 시간은 대략 40 ~ 50분 정도 소요될 예정이며, 이 검사로 인한 위험은 일상생활에서 발생할 수 있는 위험보다 크지 않습니다. 검사 도중 궁금한 점이 생긴다면 담당자에게 문의해 주세요. (문의 ☎: 031-729-9118)

▷ 모든 문항에 정답은 없으며, 유사 문항이 있더라도 앞에서 대답한 응답과 관계없이 자신의 생각이나 행동에 가장 가까운 번호에 표시(●)해주면 됩니다.

▷ 힘들더라도 한 문항도 빠짐없이 성실하게 응답해 주시기 바랍니다.

시간을 내어 설문에 응해주신 여러분께 다시 한 번 감사드립니다.

성남시청소년상담복지센터 드림

※통계법 제32조에 의하여 응답자는 조사사항에 대해 성실하게 응답하여야 하며, 본조사의 내용은 통계법 제33조에 의거 하여 비밀이 보장되며 통계 작성 이외의 목적으로는 사용이 금지되어 있습니다.

설 문 지

1	이름	
2	핸드폰 번호 * 동명이인을 가리기 위함입니다.	
3	성별	① 남자 () ② 여자 ()
4	학년 및 반	_____학년 _____반
5	생년월일	_____년 _____월 _____일
6	현재 거주하고 있는 지역은 어디인가요?	① 수정구 ② 중원구 ③ 분당구 ④ 기타
7	현재 누구와 함께 살고 있나요?	① 친아버지 ② 친어머니 ③ 새아버지 ④ 새어머니 ⑤ 할아버지 ⑥ 할머니 ⑦ 형제자매 ⑧ 친척 ⑨ 친구 또는 선후배 ⑩ 청소년보호자(쉼터, 그룹홈, 소년원 등) ⑪ 혼자 살고 있음 ⑫ 기타 _____
8	재학 중인 학교는 어디인가요?	① 일반고등학교 ② 특성화고등학교 ③ 종합고등학교
9	가정의 경제적 수준은 어느 정도에 해당합니까?	① 매우 어려운 편이다 ② 어려운 편이다 ③ 보통이다 ④ 잘 사는 편이다 ⑤ 매우 잘 사는 편이다
10	가족이 경제적 문제로 다툼 적이 있나요?	① 매우 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다
11	현재 보호자로부터 물질적 지원(예: 학원비, 학비, 용돈 등)은 어느정도 받고 계신가요?	① 전혀 받고 있지 못한다 ② 받지 못하는 편이다 ③ 보통이다 ④ 받는 편이다 ⑤ 충분히 받고 있다
12	현재 보호자로부터 정서적 지원(고민상담, 대화, 관심, 칭찬 등)은 어느정도 받고 계신가요?	① 전혀 받고 있지 못한다 ② 받지 못하는 편이다 ③ 보통이다 ④ 받는 편이다 ⑤ 충분히 받고 있다
13	어렵고 힘들 때 도움을 청할 사람이 있나요?	① 없다 ② 1명 ③ 2-3명 ④ 4명 이상

14	다음은 청소년들을 위한 기관, 지원 사업에 대한 인지도와 사용 경험에 대한 질문입니다. 해당되는 부분이 있다면 답변해 주세요.				
	기관	인지 여부		사용 경험	
14-1	청소년 전화 1388	O	X	O	X
14-2	성남시 청소년 상담복지센터	O	X	O	X
14-3	학교밖지원센터(꿈드림)	O	X	O	X

다음 질문은 당신의 감정, 기분, 생각, 행동에 관한 것입니다. 질문이 당신의 행동이나 느낌, 생각과 같다면 “예”에, 다르다면 “아니오”에 표시(●)해 주세요. 한 문항도 빠트리지 않고 모든 질문에 답해 주시기 바랍니다.

지난 2주 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아 니 오
1	슬프거나 우울하다고 느꼈습니까?		
2	거의 매일, 하루 종일 슬프거나 우울하다고 느꼈습니까?		
3	당신이 평상시 즐기던 거의 대부분의 일이 더 이상 즐겁거나 기쁘지 않았습니까?		
4	당신이 평소 흥미를 느꼈던 거의 모든 활동에 흥미가 줄었습니까?		
5	거의 매일, 식욕이 평소보다 현저하게 줄었습니까?		
6	거의 매일, 식욕이 평소보다 현저하게 늘었습니까?		
7	거의 매일, 평소보다 적어도 1~2시간 잠을 적게 잤습니까?		
8	거의 매일, 평소보다 적어도 1~2시간 잠을 많이 잤습니까?		
9	거의 매일, 신경이 아주 예민해지고 신체적으로도 안정되지 않아 자리에 차분히 앉아 있기가 많이 힘들었습니까?		
10	거의 매일, 녹초가 될 정도로 피곤함을 느꼈습니까?		
11	자신이 한 일에 대해 자주 죄책감을 느꼈습니까?		
12	거의 매일, 자신을 비하하고 자신에 대해 부정적인 생각을 했습니까?		
13	거의 매일, 자신이 실패한 사람 같다고 느꼈습니까?		
14	거의 매일, 무슨 일에 집중하기가 어려웠습니까?		
15	거의 매일, 무슨 결정을 하기가 평소보다 더 힘들었습니까?		
16	잠이 들어 영영 깨어나지 않는 것처럼 소극적인 방식으로 죽는 것에 대해 자주 생각했습니까?		
17	죽기를 바랐습니까?		
18	차라리 죽는 게 낫겠다고 생각했습니까?		

19	정말로 자살하려 한 것은 아니더라도, 자살에 대해 생각해 봤습니까?		
20	자살을 진지하게 생각해 봤습니까?		
21	구체적인 자살 방법에 대해 생각해 봤습니까?		

지난 2주 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아니 오
1	지금까지 살아오면서 전투, 강간, 폭행, 성적(性的) 학대와 같은 정신적 충격을 준 사건, 또는 극심하게 당혹스러운 사건을 경험한 적이 있습니까?		
2	지금까지 살아오면서 강간, 폭행, 누군가 사고로 죽어가는 것과 같은 정신적 충격을 준 사건, 또는 극심하게 당혹스러운 사건을 목격한 적이 있습니까?		
3	정신적 충격을 준 사건에 관한 생각이 자주 마음속에 떠올랐습니까?		
4	정신적 충격을 준 사건에 관한 생각 때문에 자주 불안했습니까?		
5	정신적 충격을 준 사건에 관한 기억이나 꿈에 자주 시달렸습니까?		
6	어떤 일이 정신적 충격을 준 사건을 떠오르게 하여 고통을 느꼈습니까?		
7	정신적 충격을 준 사건과 관련된 생각이나 감정을 떨쳐버리려 애썼습니까?		
8	정신적 충격을 준 사건을 생각나게 하는 활동이나 장소를 피하려고 애썼습니까?		
9	정신적 충격을 준 사건이 그대로 회상되어 그것을 다시 겪고 있는 것처럼 느꼈습니까?		
10	정신적 충격을 준 사건을 떠올리면 몸이 떨리고, 갑자기 땀이 나고, 가슴이 몹시 두근거렸습니까?		
11	정신적 충격을 준 사건을 겪음으로 인해서 다른 사람들과 멀		

	어지고 단절되었다고 느꼈습니까?		
12	정신적 충격을 준 사건을 겪음으로 인해서 정서적으로 무감각해졌다고 느꼈습니까?		
13	정신적 충격을 준 사건을 겪음으로 인해서 미래의 목표들을 포기했습니까?		
14	정신적 충격을 준 사건을 겪음으로 인해서 자신에 대한 경계를 계속해야 했습니까?		
15	정신적 충격을 준 사건을 겪음으로 인해서 신경이 예민해지고 쉽게 놀라게 되었습니까?		

지난 2주 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아니 오
1	짧은 시간에 아주 많은 음식을 먹어치우는 폭식을 종종 했습니까?		
2	폭식을 하는 동안 당신이 먹는 양을 통제할 수 없다고 종종 느꼈습니까?		
3	너무 많이 먹어서 속이 거북할 정도로 폭식을 했습니까?		
4	배가 고프지 않은데도 많은 음식을 폭식했습니까?		
5	너무 많이 먹는 것이 창피해서 폭식하는 동안 혼자서 먹었습니까?		
6	폭식을 하고 난 뒤 자기 자신에 대해 혐오감을 느꼈습니까?		
7	폭식을 하는 것 때문에 자기 자신에게 화가 많이 났습니까?		
8	폭식으로 인해 체중이 느는 것을 막기 위해 지속적으로 심한 다이어트나 과도한 운동을 했습니까?		
9	폭식으로 인해 체중이 느는 것을 막기 위해 억지로 토하거나 설사약 또는 이뇨제를 사용했습니까?		
10	당신의 체중이나 몸매가 당신 자신에 대한 평가에 영향을 주는 가장 중요한 것들 중 하나였습니까?		
11	먼지나 병원, 화학 물질에 대해 병적으로 지나치게 걱정을 했습니까?		

12	문 단속하기, 가스밸브 잠그기, 가전제품 전기플러그 뽑기와 같은 중요한 일을 깜빡 잊고 하지 않아 나쁜 일이 생길까봐 병적으로 지나치게 걱정을 했습니까?		
13	그만하려고 해도 그럴 수가 없어서 적어도 매일 30분 이상 몇 번이고 어떤 일을 반복해야만 했습니까?		
14	다른 일에 지장이 됴에도 불구하고 몇 번이고 어떤 일을 반복해야만 했습니까?		
15	자기 자신이나 주위의 물건들을 병적일 정도로 지나치게 씻고 닦았습니까?		
16	병적일 정도로 지나치게 무엇을 확인하거나 어떤 행위를 계속 반복했습니까?		
17	병적일 정도로 지나치게 물건들의 수를 세었습니까?		

지난 2주 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아니 오
1	심장이 빠르게 뛰어서 몹시 두려움을 느꼈습니까?		
2	숨이 가빠서 몹시 두려움을 느꼈습니까?		
3	몸이 떨리거나 어지러워서 몹시 두려움을 느꼈습니까?		
4	아무런 이유도 없이 갑자기 극도의 불안감이나 공포를 느꼈습니까?		
5	갑자기 극도의 불안감이나 공포를 느껴서 당신이 죽거나 미치거나 통제력을 잃는 것과 같은 끔찍한 일이 일어날 수도 있다는 생각을 했습니까?		
6	다음 증상 가운데 3가지 이상을 동반한 급작스럽고 예기치 못한 불안감이 갑자기 찾아왔습니까? [증상 : 심장 박동이 빨라지거나 커짐, 땀이 남, 몸이 떨림, 숨이 가쁨, 메스꺼움, 어지러움, 현기증]		
7	예기치 못한 불안감이 갑자기 찾아올까봐 걱정을 많이 했습니까?		
8	불안감이 갑자기 찾아와 특정한 상황을 피하게 했거나, 당신의		

	행동이나 통상적 일과를 바꾸게 했습니까?		
9	당신은 사실로 아는데 남들은 당신이 상상해낸 것이라고 말한 것이 있었습니까?		
10	남들이 당신을 감시하고, 당신에 대해 수군거리고, 당신을 정탐하고 있다는 확신이 들었습니까?		
11	누군가 당신을 해치려는 음모를 꾸미고 있어 당신이 위협에 처했다는 생각이 들었습니까?		
12	당신은 남들이 가지지 못한 특별한 힘을 가졌다고 생각했습니까?		
13	어떤 외부의 힘 또는 권력이 당신의 몸이나 마음을 통제하고 있다는 생각이 들었습니까?		
14	남들은 듣지 못한 목소리를 듣거나, 남들은 보지 못한 무엇을 보았습니까?		

지난 6개월 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아니 오
1	불안감이 갑자기 엄습해올까 봐 겁이 나서 어떤 상황들을 매번 피했습니까?		
2	다음 중 어떤 상황에서 불안감이 갑자기 엄습해올지 모른다는 두려움으로 인해 공포나 불안, 초조함을 느꼈습니까?		
	a 집에서 멀리 떨어진 곳에 가는 것		
	b 많은 사람들이 붐비는 장소에 있는 것		
	c 길게 줄을 서 있는 것		
	d 다리 위나 터널 안에 있는 것		
	e 버스나 기차, 비행기로 여행하는 것		
	f 차를 운전하거나 차를 타는 것		
	g 집에 혼자 있는 것		
	h 공원처럼 넓고 탁 트인 장소에 있는 것		
3	위에 제시한 어떤 상황에 처하든 곧바로 거의 항상 심한 불안을 느꼈습니까?		
4	위에 제시한 상황들이 당신에게 불안감이나 두려움을 유발하기 때문에 당신은 그러한 모든 상황들을 피했습니까?		
5	남들 앞에서 난처해지는 것에 대해 걱정을 많이 했습니까?		

6	당신을 어리석거나 바보처럼 보이게 만들 일을 할까봐 걱정을 많이 했습니까?		
7	남들의 관심을 끌 수 있는 상황에 처하면 몹시 불안해집니까?		
8	다른 사람들이 있는 상황(사회적 상황)에 처하면 극심한 불안함을 느꼈습니까?		
9	당신이 당혹스러운 행동이나 말을 할까봐 두려워서 어떤 상황들을 매번 피했습니까?		
10	다음 중 어떤 상황에서 자신이 당혹스럽거나 창피스러운 행동이나 말을 할까봐 걱정을 많이 했습니까?		
	a 대중 연설		
	b 다른 사람들 앞에서 식사하는 것		
	c 공중 화장실 이용		
	d 다른 사람들 앞에서 글씨 쓰는 것		
	e 여러 사람과 함께 있을 때 쓸데없는 말 하는 것		
	f 여러 사람이 있는 자리에서 질문하는 것		
	g 업무 회의		
	h 파티 또는 다른 사교 모임		
11	위에 제시한 어떤 상황에서도 즉시 거의 항상 심한 불안을 느꼈습니까?		
12	위에 제시한 상황들이 당신에게 불안감이나 두려움을 유발하기 때문에 당신은 그러한 상황들을 피했습니까?		

지난 6개월 동안을 떠올리면서 응답해주세요		예	아니 오
1	남들 앞에서 난처해지는 것에 대해 걱정을 많이 했습니까?		
2	당신을 어리석거나 바보처럼 보이게 만들 일을 할까봐 걱정을 많이 했습니까?		
3	남들의 관심을 끌 수 있는 상황에 처하면 몹시 불안해집니까?		
4	다른 사람들이 있는 상황(사회적 상황)에 처하면 극심한 불안함을 느꼈습니까?		
5	당신이 당혹스러운 행동이나 말을 할까봐 두려워서 어떤 상황들을 매번 피했습니까?		
6	다음 중 어떤 상황에서 자신이 당혹스럽거나 창피스러운 행동이나 말을 할까봐 걱정을 많이 했습니까?		
a	대중 연설		
b	다른 사람들 앞에서 식사하는 것		
c	공중 화장실 이용		

d	다른 사람들 앞에서 글씨 쓰는 것		
e	여러 사람과 함께 있을 때 쓸데없는 말 하는 것		
f	여러 사람이 있는 자리에서 질문하는 것		
g	업무 회의		
h	파티 또는 다른 사교 모임		
7	위에 제시한 어떤 상황에서도 즉시 거의 항상 심한 불안을 느꼈습니까?		
8	위에 제시한 상황들이 당신에게 불안감이나 두려움을 유발하기 때문에 당신은 그러한 상황들을 피했습니까?		
9	자신이 술을 너무 많이 마신다는 생각을 했습니까?		
10	가족 중에서 당신이 술을 너무 많이 마신다거나 당신에게 알코올과 관련된 문제가 있다고 생각하거나 그렇게 말한 사람이 있었습니까?		
11	친구나 의사, 혹은 다른 사람들 중에서 당신이 술을 너무 많이 마신다고 생각하거나 그렇게 말한 사람이 있었습니까?		
12	술을 줄이거나 끊는 것에 대해 생각해 봤습니까?		
13	자신에게 알코올과 관련된 문제가 있다는 생각이 들었습니까?		
14	음주 때문에 결혼 생각이나 직장 생활, 친구나 가족과의 관계, 집안일을 하는데, 혹은 당신 삶의 다른 중요한 영역에서 문제가 있었습니까?		

지난 6개월 동안을 떠올리면서 응답해주세요 (여기서 ‘약물’이란 각종 마약류나 수면제 등 중독성 약물을 의미합니다)		예	아니 오
1	자신이 약물을 너무 많이 사용한다는 생각을 했습니까?		
2	가족 중에서 당신이 약물을 너무 많이 사용한다거나 당신에게 약물과 관련된 문제가 있다고 생각하거나 그렇게 말한 사람이 있었습니까?		
3	친구나 의사, 혹은 다른 사람들 중에서 당신이 약물을 너무 많이 사용하고 있다고 생각하거나 그렇게 말한 사람이 있었습니까?		
4	약물 사용을 줄이거나 끊는 것에 대해 생각해 봤습니까?		
5	자신에게 약물과 관련된 문제가 있다는 생각이 들었습니까?		
6	약물 사용 때문에 결혼 생활이나 직장 생활, 친구나 가족과의 관		

	계, 집안 일 하는데, 혹은 당신 삶의 다른 중요한 영역에서 문제가 있었습니까?		
7	거의 매일, 당신은 신경이 과민했습니까?		
8	자신이나 자신과 가까운 누군가에게 나쁜 일이 생길까봐 걱정을 많이 했습니까?		
9	다른 사람들은 걱정할 필요가 없다고 하는 일에 대해 걱정을 했습니까?		
10	거의 매일, 일상생활 속에서 수많은 일들에 대해 걱정하거나 불안해했습니까?		
11	걱정하느라 안절부절 못하거나 초조함을 자주 느꼈습니까?		
12	어떤 일을 걱정하느라 잠을 이루지 못한 적이 있습니까?		
13	불안감이나 스트레스로 인해 근육이 긴장되는 것을 종종 느꼈습니까?		
14	걱정에 사로잡혀 있어 무엇에 집중하는 데 종종 어려움을 겪었습니까?		
15	걱정을 하거나 스트레스를 받아서 종종 초조하거나 짜증이 났습니까?		
16	거의 매일, 걱정을 통제하거나 멈추기가 어려웠습니까?		
17	메스꺼움, 구토, 지나친 방귀, 복부 팽만, 설사 같은 위와 장의 문제(소화기 계통의 문제)가 많이 있었습니까?		
18	온몸이 여기저기가 쭈시고 아파서 괴로웠습니까?		
19	당신은 대부분의 사람들보다 더 자주 아릅니까?		
20	지금까지 살아 온 대부분의 기간 동안 신체 건강이 좋지 않았습니까?		
11	당신의 신체적 증상에 대해 의사들이 대개 그 신체적 원인을 찾지 못했습니까?		
22	자신에게 심각한 신체적 질병이 있을까봐 종종 걱정을 했습니까?		
23	자신에게 심각한 신체적 질병이 있다는 걱정을 떨쳐버리기 어려웠습니까?		
24	의사가 심각한 질병이 없다고 말했지만 여전히 그러한 생각을		

	떨쳐버리기 어려웠습니까?		
25	자신이 심각한 질병에 걸렸을까 걱정을 너무 해서 그것이 당신의 활동에 지장을 주거나 어떤 문제를 일으켰습니까?		
26	자신에게 심각한 신체적 질병이 있을까 걱정되어 병원에 여러 번 갔습니까?		

다음 질문은 당신의 성격에 관한 것입니다. 문항을 잘 읽으시고 ‘매우 아니다’에서 ‘매우 그렇다’ 사이에 자신의 성격과 가장 가까운 번호에 표시(●)해 주세요.
한 문항도 빠트리지 않고 모든 질문에 답해 주시기 바랍니다.

번호	문항내용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	나는 화가 날 때도 참을 수 있다					
2	나는 어려운 일이 닥쳤을 때 내 감정을 통제할 수 있다.					
3	나는 친구와 의견이 부딪혀도 내 감정을 잘 조절할 수 있다.					
4	상대방이 화를 내더라도 내 기분대로 하기 보다는 그 사람의 말을 먼저 들으려고 한다.					
5	나는 기분이 나빠도 내 기분을 잘 드러내지 않는다.					
6	남을 비난하기 전에, 내가 만일 그 사람의 입장이었다면 어땠을까 생각해본다.					
7	나는 친구와 다른 생각을 가지고 있을 때 친구의 입장에서 생각해 보고 더 잘 이해하려고 노력한다.					
8	어떤 결정을 내리기 전에 다른 의견을 가진 사람의 입장에서 생각하려고 노력한다.					
9	누군가에게 화가 날 때 잠시나마 그 사					

번 호	문 항 내 용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
	람의 입장이 되려고 노력한다.					
10	친구가 억울한 일을 당하면 나도 속이 상한다.					
11	다른 사람들의 문제에 대해 쉽게 마음 아파한다.					
12	나는 도움이 필요할 때 도움을 요청할 사람이 있다.					
13	나는 문제가 생기면 나의 편이 되어줄 친구가 있다.					
14	나는 내 주변 사람들로 부터 사랑과 관심을 받고 있다.					
15	내 주변 사람들은 내 기분을 잘 이해한다.					
16	내 주변 사람들은 대부분 나를 좋아하는 편이다.					
17	서로 마음을 터놓고 편하게 얘기할 수 있는 친구가 많이 있다.					
18	문제가 발생하면 해결 방법에는 어떤 것들이 있을지 두루 살펴본다.					
19	나는 어떤 일을 시작할 때 결과를 미리 생각해본다.					
20	어려운 일이 생기면 그 원인이 무엇인지 신중하게 생각한다.					
21	문제가 생기면 그 이유를 파악하기 위해 과거의 일어났던 비슷한 일들을 생각해본다.					

번 호	문 항 내 용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
22	새로운 문제에 부딪혀도 나는 잘 처리 해나갈 수 있다.					
23	나는 대부분의 상황에 잘 대응할 수 있 다.					
24	나는 어려운 상황을 이겨낼 수 있는 능력이 있다.					
25	문제가 생겼을 때, 피하지 않고 그 문제 를 해결하려고 한다.					
26	나는 내 미래에 대한 희망을 가지고 있 다.					
27	나는 힘든 일이 생겨도 앞으로 잘 될 것 이라고 생각한다.					
28	열심히 하면 언제나 보답이 있으리라고 생 각한다.					
29	어려움이 많더라도 언젠가는 반드시 내 꿈을 이룰 것이다.					
30	나에게는 항상 기회가 있다고 느낀다.					
31	나는 내 자신을 믿는다.					
32	나는 방해를 받아도 하고 있는 일에 계 속 집중할 수 있다.					
33	나는 목표가 정해지면 시간이 오래 걸 려도 꾸준히 한다.					
34	나는 끈기가 있다는 말을 많이 듣는다.					
35	나는 힘든 일도 끝까지 하는 편이다.					
36	예상하지 못한 상황이 있어도 쉽게 포 기하지 않는다.					

번 호	문 항 내 용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
37	나는 한번 시작한 일은 끝까지 해낸다.					

다음은 여러분의 친구·가족·선생님이 여러분에 대해 어떻게 느끼고 있는지에 대한 문항입니다. 각 문항을 잘 읽어 보시고 자신의 생각과 가장 가까운 번호에 표시(●)해 주세요. 한 문항도 빠트리지 않고 모든 질문에 답해 주시기 바랍니다.

번 호	문 항 내 용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	나는 친구들이 나를 좋아한다고 생각한다.					
2	나는 친구들이 나를 따돌린다고 생각한다.					
3	나는 내 생각이나 말을 친구들이 잘 들어준다고 생각한다.					
4	나와 내 친구들은 서로 도움을 주고 받는다.					
5	나는 내가 어려울 때 격려해 줄 수 있는 친구들이 있다고 생각한다.					
6	나의 친구들은 나에게 관심이 있다고 생각한다.					
7	나는 친구들이 나를 잘 이해해 준다고 생각한다.					
8	나는 친구들 중에 나와 가까이 있기를 좋아하는 친구가 있다고 생각한다.					
9	우리 가족은 서로 잘 도와준다.					
10	우리 가족은 내가 어려울 때 격려해 줄 것이라고 생각한다.					
11	우리 가족들은 내 말을 잘 들어준다고 생각한다.					

번 호	문 항 내 용	전혀 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
12	우리 가족은 서로 많은 것을 나눈다.					
13	나는 가족 중의 중요한 한 사람이라고 생각한다.					
14	우리 가족은 나에게 관심이 많다고 생각한다.					
15	우리 가족은 나를 잘 이해해 준다고 생각한다.					
16	우리 가족은 내가 필요로 할 때 힘이 되어준다고 생각한다.					
17	나는 선생님과 매우 가깝다고 생각한다.					
18	우리 선생님은 나를 좋지 않게 본다고 생각한다.					
19	나는 선생님과 이야기하기가 어렵다.					
20	우리 선생님은 나에게 관심이 많다고 생각한다.					
21	내가 도움을 요청하면 우리 선생님은 잘 들어주실 거라고 생각한다.					
22	우리 선생님은 나를 중요하게 여긴다고 생각한다.					
23	우리 선생님은 내 기분을 나쁘게 한다.					
24	우리 선생님은 나를 잘 이해해 준다고 생각한다.					

VII

부록-2. 지역사회 안전보장 체계

[24시간 상담 가능]		[학대 및 폭력피해자 관련]	
자살예방상담전화	1393	한국성폭력상담소	02-338-5801
정신건강상담전화	1577-0199	www.sisters.or.kr	
보건복지상담센터	129	성폭력 관련 상담 및 쉼터 제공	
한국생명의전화	1588-9191	한국성폭력위기센터	02-883-9284
www.lifeline.or.kr		www.crisis-center.or.kr	
상담, 캠페인, 자살예방 및 사후개입교육, 유족 지원 등		상담, 의료, 법률 등 피해자 통합지원	
[응급상황 신고]		한국범죄피해자지원중앙센터	1577-1295
경찰서	112	www.kcvc.kcva.or.kr	
안전신고센터	119	범죄피해자 지원 및 보호, 네트워크, 전국피해자 구호전화 운영	
[관련 기관 정보]		법무부 범죄예방정책국	02-2110-3000
국립정신건강센터	02-2204-0114	www.cppb.go.kr	
www.ncmh.go.kr/kor/index.jsp		보호관찰 및 소년보호, 치료감호 안내	
한국자살예방협회	02-413-0892	중앙노인보호전문기관	1577-1389
www.suicideprevention.or.kr		www.noinboho.or.kr	
자살예방교육, 농약안전보관함 보급		단기보호, 교육 및 연구, 전국 노인보호전문기관 안내, 노인학대신고전화 운영	
한국생명존중희망재단	02-3706-0500	[중독 관련]	
www.kfsp.org		한국중독연구재단	031-810-9000
중앙정신건강복지사업지원단	02-747-3070	www.karf.or.kr	
www.nmhk.or.kr		한국도박문제관리센터	1336
한마음한몸자살예방센터	02-318-3079	www.kcgp.or.kr	
www.3079.or.kr		한국마약퇴치운동본부	1899-0893 02-2677-2245
상담, 캠페인, 자살예방교육 및 유족		www.drugfree.or.kr	
		예방교육 및 홍보, 재활	
		[기타]	
		중앙응급의료센터	02-2273-3617

지원 등(천주교)

자비의 전화

02-737-1114

www.jabi24.org

상담, 전국 자살예방센터 안내(불교)

[아동·청소년 관련]

청소년사이버상담센터 1388(24시간)

www.cyber1388.kr

365일 24시간 청소년상담, 친구문제, 학교폭력, 우울, 가출 등 상담

한국청소년상담복지개발원

051-662-3000

www.kyci.or.kr

학교폭력예방, 학교밖청소년지원, 또래 상담, 연구 및 개발

아동권리보장원

02-6283-0200

www.korea1391.go.kr

한국청소년쉼터협의회 02-403-9171

www.jikimi.or.kr

www.e-gen.or.kr

건강가정지원센터

1577-9337

www.familynet.or.kr

가족교육 및 성장아카데미, 전국지역센터 안내

한국게이인권운동단체 친구사이

02-745-7942

www.chingusai.net

온라인상담, 자살예방교육, 정기모임

한국이주여성인권센터

02-3672-7559

www.wmigrant.org

관련교육 및 정책 연구 및 제안

서울금융복지상담센터

1644-0120

www.sfwc.welfare.seoul.kr

가계부채 규모 관리, 복지서비스 연계, 지역센터 안내

[학·협회]

대한신경정신의학회

02-537-6171

www.knpa.or.kr

정신건강서비스

VIII Abstract

The aim of the current study is to support the effective management of 'Screening for High-risk groups of Mental Health and Prevention' of Seongnam City Youth Counseling welfare Center and to provide evidence-based data of psychological support service that answer those needs of youths. We investigated the mental health profiles (e.g., depression, anxiety, hopelessness, degree of risk for mental disorders) of youths in the first and second grade of high school at Seongnam and examined individual, familial and social factors and protective factors that affect youth's mental health. We also classified subgroups of youth's suicidal risk and then studied factors that influence subgroups of suicidal risk. Finally we provided discussion and suggestion on the results of this study. The key findings are as follows.

In the result of survey conducted more than two in 10 youths reported moderate to above level of clinical symptoms of anxiety and depression. Also more than half of 10 youths showed moderate to above level of hopelessness. Based on the analysis of the degree of mental disorder, more than 3 in 10 youths in this study are likely to have co-morbid mental disorders including anxiety, depression and hopelessness. In the result of comparison of resilience and social support dependent on the levels of youth's mental health, the group with lower level of depression, anxiety, hopelessness and the degree of risk for mental disorders reported higher resilience and social support than the one with higher risks.

Next Latent class analysis was used to identified four latent subgroups of youth's suicidal risk. Four groups were classified by the characteristics of each level: Planned suicide, Suicidal desire, Considered suicide, Healthy of suicidal risk. Here are the features of four groups.

The 'Planned suicide' group that accounted for 3.6 % of all shows highest risk of suicide. Youths in the severe group reports frequent and more serious suicidal ideation, more desire to suicide and also considers concrete suicidal methods. The 'Suicidal desire' group that constituted 5.8% is the group of youths who report higher, even not fatal, suicidal desire and curiosity. They are at risk of developing more serious suicidal behavior if neglected. The 'Considered suicide' group, reported as 10.1%, is distinct from the 'Suicidal desire' group. They show minor suicidality without suicidal intention but high in suicidal curiosity in particular. Finally the 'Healthy' group of 80.5% explains very low suicidal risk. The four groups are heterogeneous subgroups that explains different patterns of suicidality.

Based on the result of the investigation into psychological and social-environmental factors that affect four subgroups of suicidal risk, anxiety, the optimism of resilience, self-efficacy were found as psychological factors. Types of school, familial economic status, social support, peer support and teacher support were discovered as social-environmental factors.

The present study yields several contributions as follows. First this study provides the results for communities to change the perspectives on youth's mental health problems. Second this study could remind families, schools and c

ommunities of the distinctive characteristics of mental health including the subjective report about life experience from physical illness. The current study could also be used to extend the scope of subjects for further research or survey and mental health service. Third the current study identifies risk and protective factors for the severity and different aspects of youth's mental health that can be used to develop interventions for the different protective factors and more differentiated programs. Fourth, this study focused on different subgroups of youth's suicidal risks with providing basic information for more solid and multilateral interventions for different paths to youth's suicide. The results of the present study could be referred to public opinion that provides evidence-based data to officially develop the youth's psycho-emotional support system and to support the process of service practice.

발 행 일 2022년 10월 인쇄
 2022년 11월 발행

발 행 인 장인경

 성남시청소년상담복지센터
발 행 처 (13438) 경기도 성남시 중원구 성남대로 997번길 7, 4층
 T. 031-729-9113 / F. 031-756-8626
 <https://www.snyouth.or.kr/sn1388>



 성남시청소년재단
청소년상담복지센터

비매출/무료



9 788994 517360
ISBN 978-89-94517-36-0