

일 지역사회 청소년의 정신건강 실태

김인홍
동국대학교 간호학과

Mental Health of Adolescents in a Community

In-Hong Kim
Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University

= ABSTRACT =

Objectives: The aim of this study was to establish the basic data for adolescents' mental health states in a community.

Methods: 466 middle school and high school students were analyzed by visit-survey with an organized questionnaire from March to June 2008. K-YSR for measurement of mental health was used.

Results: The score of total behavior ($p<0.01$), anxious/depressed ($p<0.05$), though problems ($p<0.001$), attention problems ($p<0.001$), aggressive behavior ($p<0.01$) and internalizing problems ($p<0.05$) in girls appeared significantly higher as compare to those the boys. Also, total competence ($p<0.05$) in high school students appeared significantly lower as compare to those middle school students. Withdrawn ($p<0.01$) in high school students appeared significantly higher as compare to those middle school students. The though problems ($p<0.001$) and aggressive behavior ($p<0.05$) in middle school students appeared significantly higher as compare to those high school students. The distribution of clinical group was school 93.8%, total competence 32.6%, attention problems 8.8%, total behavior problems 8.6%, anxious/depressed 7.7%, aggressive behavior 6.4% et. al. The social ($p<0.05$), anxious/depressed ($p<0.05$), attention problems ($p<0.01$), internalizing problems ($p<0.05$) and externalizing problems ($p<0.05$) in girls of clinical group were more frequent significantly as compared to those the boys of clinical group. Also, the social ($p<0.01$) in middle school students of clinical group was more frequent significantly as compared to those the high school students of clinical group.

Conclusions: This study result will be significant in that it can provide basic data for the school mental health services.

Key words: Mental health, Adolescents

* 접수일(2009년 7월 8일), 수정일(2009년 9월 9일), 게재확정일(2009년 9월 11일)

* 교신저자 : 김인홍, 경북 경주시 석장동 707번지 동국대학교 간호학과
Tel : 054-770-2624, Fax : 054-770-2616, E-mail : ihk2624@dongguk.ac.kr

서 론

아동과 성인의 중간에 놓인 청소년기는 그 발달단계의 특성상 근본적으로 불안정한 시기이다. 질풍노도의 시기, 반항기, 제2의 탄생기, 주변인 등 청소년기의 이러한 불안정한 속성을 상징하는 용어는 이미 상식처럼 사용되곤 한다. 즉, 청소년기는 신체적, 정서적 및 심리적 변화가 극심하고 정신적인 스트레스를 많이 경험하게 되며, 발달과 정상 정신건강 면에서 취약한 시기이므로 이 시기를 어떻게 보내느냐에 따라 정신건강을 증진시킬 수도 정신질환에 노출될 수도 있다. 실제로 성인기에 진단되는 정신과적 장애의 상당수가 이미 청소년기 혹은 성인초기부터 시작된다[1]. 청소년기 초기에 시작된 흡연행동은 성인기의 이미 니코틴 의존과 높은 상관관계를 가지고 있으며[2], 조기흡연의 경험이 있는 고등학생이 현재 흡연을 하는 비율은 13.2%, 경험이 없는 학생 10.5%에 비해 흡연율이 높았다[3]. 그리고 15세 이전의 음주는 성인기 알코올중독과 상당한 상관관을 보이고 있고, 청소년 초기의 비행행동은 성인기의 반사회적 성격장애를 예언해 주며, 청소년기에 일찍 시작된 성관계는 원치 않는 임신이나 성 접촉 관련 질병을 유발한다는 보고가 있다[2]. 따라서 청소년의 정신건강 및 문제행동에 관한 조기 개입은 예방과 치료측면에서 매우 중요하다.

최근 미국의 NIMH(National Institute of Mental Health)에서는 전 세계적으로 청소년 정신건강 문제가 심각하게 늘어나는 현상을 우려하여 청소년 정신건강 문제의 예방과 관리 중요성을 역설하고 있다[4]. Samargia 등[5]은 미국 미네소타의 Saint Louis 지역에 살고 있는 878명의 청소년을 대상으로 조사한 결과 그들의 57%가 정신건강에 대한 중재를 한번 이상 받은 적이 있다고 보고하였다. 특히 한국 청소년들은 입시위주의 교육환경과 급변하는 사회문화와 가치관으로 올바른 가치관과 주체성을 확립하는데 어려움을 겪고 있다. 이러한 과정에서 청소년들의 정신건강은 위협 받고 있으며, 다양한 부적응행동과 정신건강의 문제표출은 국가의 미래를 어렵게 하고 있다. 서울시 소아청소년

정신보건센터에서 서울시내 19개 초·중·고교 학생 2,664명을 대상으로 역학조사를 실시한 결과, 조사학생의 35.8%인 3분의 1이상이 정신건강에 문제가 있다는 조사결과를 보고하여 우리사회에 충격을 주고 있다[6].

전 세계적으로 선진국에서는 중·고등학교마다 전문 상담심리학자들이 고용되어 있고 청소년들의 정신건강을 위한 다양한 예방서비스를 제공하고 있다. 그리하여 최근에는 청소년 정신건강 중재 프로그램의 효율성이 인식되어 더욱 확대 실시되고 있는 추세이다[7].

우리나라에서도 청소년의 정신건강문제의 심각성이 대두되면서 지역사회와 학교 및 사회단체에서 청소년 정신건강 문제 해결을 위한 노력을 시도하고 있지만 효과는 미미한 실정이다. 성장과정에 있는 청소년들에게 정신건강과 관련된 문제가 발생하면 회복이 쉽지 않고 돌이킬 수 없는 악화 상태로 가는 경우가 많다. 그러므로 청소년 문제가 사회적 문제로 부각되는 요즈음에 청소년들의 적응능력을 배양해 준다든지, 문제를 보일 가능성이 있는 학생을 조기에 발견하여 적절한 도움을 주고 문제가 발생하는 것을 사전에 예방하는 것이 다양한 청소년 문제에 효과적으로 대처하는 방안이라 할 수 있다.

기존의 청소년 정신건강분야에 대한 연구들은 성역할 정체감과 불안, 우울 자살사고[8], 우울과 인터넷 중독과의 관계[9], 우울증과 약물남용 및 자살사고와의 관계[10] 등과 같이 주로 청소년들의 불안, 우울 개념을 중심으로 많이 다루어져 왔다. 그리고 우리나라 청소년들의 정신건강 실태에 대한 연구는 간이정신진단검사로 청소년의 정신건강실태를 조사한 연구[11]외에는 찾아볼 수 없었다.

그러므로 본 연구에서는 초등학교에서 중학교로, 중학교에서 고등학교로 상급학교 입학, 사춘기, 역할 전환 시기를 맞아 문제행동의 발생이 취약한 시기라고 할 수 있는[12] 중학교 1학년과 고등학교 1학년을 대상으로 정신건강 실태를 대단위로 파악하여 청소년의 정신건강증진을 위한 기초 자료를 제공하는데 목적이 있다.

대상 및 방법

1. 조사대상 및 방법

본 연구대상은 P시에 소재하고 교육과학기술부 정신건강 실태조사 시범학교로 선정된 중학교 3개교 1학년 전체와 고등학교 2개교 1학년 전체 학생 2,065명에게 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(AMPQ: Adolescent Mental-health and Problem-behavior Questionnaire)를 이용하여 2008년 3월부터 5월까지 조사한 결과, 총 점수가 67점 이상으로 표시된 학생 546명(24.6%)이 1차 선별과정에서 선별되었다. 그 후 1차에서 선별된 학생들을 대상으로 한국판 청소년 자기행동 평가척도(K-YSR: Korean Youth Self Report)를 이용하여 2008년 5월부터 6월까지 2차 선별검사를 실시하였으며, 이중 446명(회수율 81.68%)의 청소년을 대상으로 분석을 실시하였다.

청소년의 성별, 학년별 분포를 보면, 전체 466명중 남학생이 160명(34.3%), 여학생이 306명(65.7%)이었으며, 학년별로는 중학교1학년이 318명(68.2%), 고등학교 1학년이 148명(31.8%)였다(Table 1).

자료수집은 5개 학교를 대상으로 연구자가 학교장, 보건교사에게 청소년 정신건강 실태조사의 목적과 방법을 설명하고 협조를 요청 한 후 대상 학교로 공문을 발송하였다. 그리고 각 학교 보건교사와 실무 간담회를 통해 조사일정, 연구도구, 조사방법을 설명하였고 일정에 따라 학교별로 보건교사와 각 담임교사가 학생들에게 연구목적을 설명하고 구두 허락을 받고, 학부모에게는 가정통신문으로 서면 허락을 받은 후 AMPQ로 1차 검사 후 결과지를 회수 하였다. 그 후 정신건강 문제에 대한 낙인을 예방하기 위해 모든 학생 가정집으로 결과통보 및 2차 검사가 필요한 학생들에게 K-YSR 검사 협조를 구하고 우편으로 결과

지를 회수하여 분석하였다. 임상군의 분류는 사회능력척도 33T점 이하, 문제행동증후군 70T점 이상을 기준으로 분류하였다.

2. 연구도구

1) AMPQ: Ahn 등[13]은 문헌조사 및 전문가 자문을 통하여 AMPQ가 목표로 하는 예비 문항을 구성하고 예비문항을 청소년들을 대상으로 설문조사 하여 신뢰도와 타당도를 검토 한 후 최종 문항을 확정하였다. 문항의 하위영역은 정신 의학적 문제, 학습문제, 가족관계, 통제력 상실, 비행 1, 비행2, 성행위, 성욕구, 내재화 문제, 외현화 문제, 총 문제와 고위험 문항으로 구성되는 5점 척도로 34문항으로 구성되어 있다. 그리고 중, 고등학생 남녀 구분 없이 67점을 절단점으로 평가한다.

2) K-YSR: Achenbach와 Edelbrock[14]가 제작한 Youth Self-Report를 Oh 등[15]이 공동연구로 번안하여 표준화 절차를 거친 도구로 만 12세에서 만 17세까지의 청소년을 대상으로 일반적인 정신병리 정도를 측정한다. 이들 영역은 사회능력척도(Social Competence Scale)에서는 사회성척도(Social), 학업수행척도(School) 및 총 사회능력척도(Total Competence Scale)로 분류된다. 그리고 문제행동척도(Behavior Problem Scale)에서는 위축척도(Withdrawn), 신체증상척도(Somatic Complaints), 우울/ 불안척도(Anxious / Depressed), 사회적 미성숙척도(Social Problems), 사고의 문제척도(Thought Problems), 주의집중문제척도(Attention Problems), 비행척도(Delinquent Behavior), 자해/ 정체감문제척도(Self-Destructive identity Problems: 남자 청소년들에게만 적용), 내재화 문제척도(Internalizing Problems), 외현화 문제척도(Externalizing Problems) 및 총 문제행동척도(Total behavior Problems)로 분류 된다.

Table 1. Distribution of subjects by grade and gender

	Middle School(grade1)	High School(grade 1)	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Male	117 (25.1)	43 (9.2)	160 (34.3)
Female	201 (43.1)	105 (22.6)	306 (65.7)
Total	318 (68.2)	148 (31.8)	466 (100.0)

본 연구도구의 신뢰도는 Oh 등[15]에 의하면 각 문제행동 증후군은 Cronbach's α .63에서 .85까지이다. 사회능력 척도의 검사-재검사 신뢰도는 남자평균 r =.59, 여자평균 r =.38이었으며, 문제행동증후군 척도는 남자평균 r =.60, 여자평균 r =.32로 나타났다. 본 연구에서 Cronbach's α =.67에서 .87까지였다.

3. 자료분석

조사자료는 SPSS(v.14.0)를 이용하여 분석하였다. 청소년의 성별, 학년별로 사회능력과 문제행동점수 차이를 위해 t-test를 실시하였으며, 정상군과 임상군의 분포를 빈도와 백분율로 산출하였다. 그리고 성별과 학년별에 따른 정상군과 임상군의 차이검증을 위해 χ^2 -test 와 Fisher exact test를 실시하였다.

결 과

1. 청소년의 성별, 학년별 사회능력과 문제행동 점수 차이

성별에 따른 사회능력 척도의 평균 차이검증을 실시한 결과 모든 하위 항목에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 또한 성별에 따른 문제행동의 평균차이 검증을 실시한 결과, 우울/불안에서 여학생(M=56.70)이 남학생(M=55.76)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=4.601, p=.032$)를 나타냈으며 사고의 문제에서는 여학생(M=55.83)이 남학생(M=53.99)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=13.573, p=.000$)를 나타냈다. 또한 주의집중 문제에서는 여학생(M=58.56)이 남학생(M=56.32)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=17.512, p=.000$)를, 공격성에서 여학생(M=57.18)이 남학생(M=55.05)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=11.042, p=.001$)를, 내재화는 여학생(M=52.57)이 남학생(M=52.16)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=6.366, p=.012$)를, 총 문제행동에서는 여학생(M=53.77)이 남학생(M=52.44)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이($t=9.489, p=.002$)를 나타냈다. 그 외 문제행동에서는 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 2).

Table 2. Differences of social competence and behavior problems score by gender and grade

	Total Score	Gender(n=466)		t	p	Grade(n=466)		t	p	
		male M(SD)	female M(SD)			middle S. M(SD)	high S. M(SD)			
Social competence	Total competence	37.98(10.72)	36.51(11.08)	38.74(10.46)	.847	.358	38.92(10.85)	36.03(9.95)	5.493	.020*
	Social	49.76(6.94)	49.79(6.33)	49.74(7.24)	4.053	.054	49.86(7.14)	49.45(6.53)	2.643	.105
	School	26.75(4.96)	26.43(5.04)	26.92(4.92)	3.999	.056	27.16(5.09)	25.84(4.46)	.051	.822
Behavior problems	Total behavior Problems	53.31(11.41)	52.44(9.80)	53.77(12.15)	9.489	.002**	53.41(11.86)	53.50(10.38)	2.379	.124
	Withdrawn	55.56(8.02)	55.66(7.94)	55.51(8.07)	0.025	.874	55.07(7.41)	56.89(9.26)	8.278	.004**
	Somatic Complaints	54.68(7.02)	54.17(6.84)	54.94(7.10)	2.754	.098	54.62(6.97)	55.01(7.24)	.753	.386
	Anxious/ Depressed	56.38(8.34)	55.76(7.53)	56.70(8.73)	4.601	.032*	56.36(8.23)	56.62(8.75)	.035	.852
	Social Problems	55.38(7.04)	54.99(6.96)	55.59(7.09)	1.077	.300	55.30(6.92)	55.70(7.29)	.060	.806
	Thought Problems	55.20(7.32)	53.99(6.16)	55.83(7.80)	13.573	.000***	55.93(7.82)	53.70(5.93)	16.384	.000***
	Attention Problems	57.79(8.54)	56.32(6.95)	58.56(9.18)	17.512	.000***	58.03(8.84)	57.54(7.92)	1.232	.268
	Delinquent Behavior	55.73(6.90)	54.76(6.57)	56.24(7.03)	3.455	.064	55.94(6.96)	55.38(6.85)	.054	.817
	Aggressive Behavior	56.45(7.89)	55.05(7.04)	57.18(8.22)	11.402	.001**	56.82(8.14)	55.82(7.38)	4.240	.040*
	Self-Destructive identity Problems* (n=160)	53.01(7.36)	-	-	-	-	53.08(10.29)	52.92(11.50)	1.297	.266
Internalizing Problems	52.42(11.25)	52.16(10.29)	52.57(11.74)	6.366	.012*	52.23(11.34)	53.35(10.92)	.487	.486	
Externalizing Problems	53.64(10.95)	51.93(10.15)	54.53(11.26)	3.624	.058	54.07(11.19)	52.91(10.50)	1.295	.256	

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001, M(SD):Mean(Standard Deviation)

그리고 학년에 따른 사회적 능력 척도의 평균 차이검증을 실시한 결과 총 사회능력에서 고등학생(M=36.03)이 중학생(M=38.92)보다 더 낮은 점수를 보이며 유의한 차이(t=5.493, p=.020)를 나타냈다. 그리고 그 외 하위변인에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 학년에 따른 문제행동의 평균차이 검증을 실시한 결과, 위축에서 고등학생(M=56.89)이 중학생(M=55.07)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이(t=8.278, p=.004)를 나타냈으며, 사고의 문제에서는 중학생(M=55.93)이 고등학생(M=53.70)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이(t=16.384, p=.000)를 나타냈고, 공격성에서는 중학생(M=56.82)이 고등학생(M=55.82)보다 더 높은 점수를 보이며 유의한 차이(t=4.240, p=.040)를 나타냈다. 그 외 문제행동에서는 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 2).

2. 청소년의 사회능력과 문제행동 점수에 대한 정상군과 임상군의 분포

청소년의 사회능력에 대한 정상군과 임상군의 분포는 총 사회능력에서 정상군 314명(67.4%),

임상군 152명(32.6%)이었다. 그리고 하위요인별 임상군 순위는 학업수행 437명(93.8%), 사회성 22명(4.7%)의 순으로 나타났다. 청소년의 문제행동 점수에 대한 정상군과 임상군의 분포를 살펴보면, 총 문제행동은 총 446명 중 정상군이 426명(91.4%), 임상군이 40명(8.6%)이었다. 문제행동별로 임상군의 분포 순위를 보면 주의집중문제 41명(8.8%), 우울/불안 36명(7.7%), 공격성 30명(6.4%), 외현화 문제 29명(6.2%), 내현화문제 28명(6.0%), 사회적 미성숙, 사고문제 각각 26명(5.6%), 신체증상 24명(5.2%), 위축 23명(4.9%), 비행 22명(4.7%), 그리고 자해/정체감 5명(3.1%)의 순으로 나타났다(Table 3).

3. 청소년의 성별, 학년별 사회능력과 문제행동 정상군과 임상군의 차이

사회능력 척도에서 성별에 따른 정상군과 임상군의 차이검증에서는 사회성에서 남학생은 정상군 157명(98.1%), 임상군 3명(1.9%), 여학생은 정상군 287명(93.8%), 임상군 19명(6.2%)로 유의한 차이($\chi^2=4.388$, p=.026)를 보였으며, 그 외 요인에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 그리고 문제행동에서

Table 3. Distribution of normal group and clinical group by social competence and behavior problems
Unit: person (%), N=466

		Normal Group	Clinical Group
		N (%)	N (%)
Social competence	Total competence	314(67.4)	152(32.6)
	Social	444(95.3)	22(4.7)
	School	29(6.2)	437(93.8)
Behavior problems	Total behavior problems	426(91.4)	40(8.6)
	Withdrawn	443(95.1)	23(4.9)
	Somatic complaints	442(94.8)	24(5.2)
	Anxious / depressed	430(92.3)	36(7.7)
	Social problems	440(94.4)	26(5.6)
	Thought problems	440(94.4)	26(5.6)
	Attention problems	425(91.2)	41(8.8)
	Delinquent behavior	444(95.3)	22(4.7)
	Aggressive behavior	436(93.6)	30(6.4)
	Self-destructive identity problems* (n=160)	155(96.9)	5 (3.1)
	Internalizing problems	438(94.0)	28(6.0)
	Externalizing problems	437(93.8)	29(6.2)

* only male

성별에 따른 정상군과 임상군의 차이에서는 우울/불안에서 남학생은 정상군 154명(96.3%), 임상군 6명(3.8%), 여학생은 정상군 276명(90.2%), 임상군 30명(9.8%)를 나타내며 유의한 차이($\chi^2=5.402$, $p=.013$)를, 주의집중 문제에서 남학생은 정상군 153명(95.6%), 임상군 7명(4.4%), 여학생은 정상군 272명(88.9%), 임상군 34명(11.1%)를 나타내며 유의한 차이($\chi^2=5.941$, $p=.009$)를, 내재화에서

남학생은 정상군 155명(96.9%), 임상군 5명(3.1%), 여학생은 정상군 283명(92.5%), 임상군 23명(7.5%)를 나타내며 유의한 차이($\chi^2=3.587$, $p=.041$)를, 외현화에서 남학생은 정상군 155명(96.9%), 임상군 5명(3.1%), 여학생은 정상군 282명(92.2%), 임상군 24명(7.8%)를 나타내며 유의한 차이($\chi^2=4.008$, $p=.031$)를 나타냈다. 그 외 문제행동에서는 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 4).

Table 4. Differences of social competence and behavior problems of normal group and clinical group by gender and grade Unit: person (%), N=466

		Gender(n=466)		χ^2	p	Grade(n=466)		χ^2	p	
		male (n=160)	female (n=306)			middle S. (n=318)	high S. (n=148)			
		N (%)	N (%)			N (%)	N (%)			
Social competence	Total competence	NG	105(65.6)	209(68.3)	.342	.314	217(68.2)	97(65.5)	.232	.353
		CG	55(34.4)	97(31.7)			101(31.8)	51(34.5)		
	Social	NG	157(98.1)	287(93.8)	4.388	.026*	299(94.0)	145(98.0)	3.168	.055
		CG	3(1.9)	19(6.2)			19(6.0)	3(2.0)		
	School	NG	6(3.8)	23(7.5)	2.554	.078	26(8.2)	3(2.0)	7.788	.002**
		CG	154(96.3)	283(92.5)			292(91.8)	145(98.0)		
Behavior problems	Total behavior problems	NG	148(92.5)	278(90.8)	.365	.339	290(91.2)	136(91.9)	.011	.538
		CG	12(7.5)	28(9.2)			28(8.8)	12(8.1)		
	Withdrawn	NG	154(96.3)	289(94.4)	.730	.269	302(95.0)	141(95.3)	.001	.590
		CG	6(3.8)	17(5.6)			16(5.0)	7(4.7)		
	Somatic complaints	NG	153(95.6)	289(94.4)	.300	.380	301(94.7)	141(95.3)	.029	.534
		CG	7(4.4)	17(5.6)			17(5.3)	7(4.7)		
	Anxious / depressed	NG	154(96.3)	276(90.2)	5.402	.013*	291(91.5)	139(93.9)	.609	.284
		CG	6(3.8)	30(9.8)			27(8.5)	9(6.1)		
	Social problems	NG	149(93.1)	291(95.1)	.776	.249	304(95.6)	136(91.9)	2.191	.106
		CG	11(6.9)	15(4.9)			14(4.4)	12(8.1)		
	Thought problems	NG	153(95.6)	287(93.8)	.671	.277	297(93.4)	141(95.3)	1.709	.137
		CG	7(4.4)	19(6.2)			21(6.6)	7(4.7)		
	Attention problems	NG	153(95.6)	272(88.9)	5.941	.009**	288(90.6)	143(96.6)	.320	.355
		CG	7(4.4)	34(11.1)			30(9.4)	5(3.4)		
	Delinquent behavior	NG	153(96.3)	291(95.1)	.065	.499	303(95.3)	141(95.3)	.013	.537
		CG	7(4.4)	15(4.9)			15(9.4)	7(4.7)		
	Aggressive behavior	NG	154(96.3)	282(92.2)	2.922	.061	294(92.5)	142(95.9)	1.733	.132
		CG	6(3.8)	24(7.8)			24(7.5)	6(4.1)		
	Self-destructive identity problems* (n=160)	NG	-	-	-	-	114(71.2)	41(25.6)	.039	.541
		CG	-	-			3(1.9)	2(1.3)		
Internalizing problems	NG	155(96.9)	283(92.5)	3.587	.041*	297(93.4)	141(95.3)	.458	.328	
	CG	5(3.1)	23(7.5)			21(6.6)	7(4.7)			
Externalizing problems	NG	155(96.9)	282(92.2)	4.008	.031*	295(92.8)	142(95.9)	1.463	.158	
	CG	5(3.1)	24(7.8)			23(7.2)	6(4.1)			

* p < 0.05, ** p < 0.01, NG: Normal group, CG: Clinical group

또한 학년에 따른 정상군과 임상군의 차이검증에서는 학업수행에서 중학생은 정상군 26명(8.2%), 임상군 292명(91.8%), 고등학생은 정상군 3명(2.0%), 임상군 145명(98.0%)로 유의한 차이($\chi^2=7.758$, $p=.002$)를 보였으며, 그 외 요인에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 문제행동에 있어 학년에 따른 정상군과 임상군의 차이검증에서는 모든 문제행동에서 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 4).

고 찰

이상의 연구결과를 토대로 청소년들의 정신건강 실태와 성별 및 학년에 따른 정신건강 정도의 차이를 논의하고자 한다.

연구대상자인 청소년 전체를 대상으로 성별에 따른 사회성 능력과 문제행동 평균 점수의 차이에서는 우울/불안, 사고문제, 주의집중문제, 공격성문제, 내현화문제 그리고 총 문제행동에서 남학생보다 여학생에서 유의하게 더 높은 점수를 보였다. 즉, 여학생이 남학생보다 정신건강이 좋지 않은 경향을 보이고 있다. 이는 여학생이 남학생보다 신체적 건강 및 용모, 심리, 성격문제에서 스트레스 경험률이 높다고 하여[16], 이러한 높은 스트레스 경험률이 여학생의 정신건강에 부정적 영향을 미친 것으로 생각된다. 또한 학년에서는 총 사회능력에서 고등학생이 중학생보다 유의하게 낮아 고등학생이 중학생 보다 사회성이 더 떨어짐을 알 수 있었다. 그리고 문제행동에서는 위축에서 고등학생이 중학생보다 유의하게 더 높은 점수를 보여 위축 문제를 고등학생이 더 많이 가지고 있음을 알 수 있고, 사고문제와 공격성문제에서는 중학생이 고등학생보다 유의하게 더 높은 점수를 보여 중학생이 사고문제와 공격성문제를 더 많이 가지고 있음을 알 수 있다. 중학생은 청소년 초기로 어린이에서 청소년으로의 지위변화로 인해 다른 형태의 행동, 새로운 적응 반응이 요구되는 것과 더불어 급격한 생물학 적인 변화에 봉착하게 된다[17]. 이러한 결과 고등학교 1학년보다 중학교 1학년 학생에게 문제행동이 더 높게 나온 것으로 생각된다.

그리고 심리장애의 원인과 발생과정을 이해하고 이에 대한 적절한 치료방법을 계획하거나 예후를 예측하기 위해서는 문제행동 뿐만 아니라 전반적인 사회능력의 평가가 필요하다. 특히, 성장과정에 있는 청소년의 경우 취약한 점을 보완해주고 남다른 장점이 있는 측면을 살려주는 것이 실제 호소하고 있는 임상적 증상을 다루어 주는 것 못지않게 중요한 기능을 하게 된다[15]. 이에 따라 본 연구에서 청소년의 총사회능력척도를 평가한 결과 32.6%가 임상군으로 분류되었고, 하위요소인 청소년의 학업수행 정도를 나타내는 학업수행은 93.8%, 대인관계의 질을 나타내는 사회성은 4.7%가 임상군으로 분류되었다. 여기서 특히하게 학업수행에서 대상자의 대부분이 임상군으로 나타난 것은 성적 위주의 우리나라 교육 풍토를 반영한 결과라고 생각한다. 즉, 본 연구도구가 자기보고로 청소년들의 대부분이 자기 스스로 학업수행을 못한다고 생각하는 것을 알 수 있다. 우리나라 청소년들의 최대 관심사와 스트레스 요인은 공부와 학업에 대한 부담감이라고 한 연구[18]는 이러한 결과를 잘 반영해 준다. 그리고 사회성에서 남학생은 정상군 98.1%, 임상군 1.9%, 여학생은 정상군 93.8%, 임상군 6.2%로 유의한 차이를 나타내 여학생이 남학생보다 대인관계의 질이 유의하게 낮은 것을 알 수 있다. 우울이나 불안 등의 정서적인 문제는 청소년의 사회기술과 관련이 많은데, 이들 청소년은 우울로 인해 대인관계를 하고자 하는 에너지나 동기가 결여되어 있으며 대인관계를 맺는데 필요한 적절한 기술을 표현하지 못하기 때문이라고 하였다[19]. 즉, 본 연구에서 여학생들은 남학생들보다 문제행동에서 우울/불안이 유의하게 높게 나와 이러한 문제들이 사회성에 영향을 미쳐 여학생들이 남학생 보다 낮은 점수를 보인 것으로 생각한다. 또한 학업수행에서 중학생이 정상군 8.2%, 임상군 91.8%, 고등학생이 정상군 2.0%, 임상군 98.0%로 유의한 차이를 나타내 고등학생이 중학생보다 더 학업수행에서 스스로가 못한다고 생각하였다. 이는 입시문제가 중학생 보다는 고등학생이 더 절박하게 느끼는 스트레스 문제라고 생각하기 때문이라고 생각한다.

결과적으로 학교생활에 만족하지 못하고 학업 성적이 저조하며, 친구관계가 원만하지 못한 청소년들이 유의하게 매우 낮은 정신건강 상태를 보여 준다고 하여[11], 현재 과도한 입시경쟁과 사회성 능력 저하는 우리나라 청소년들이 정신건강에 많은 문제점을 가질 가능성을 시사한다.

문제행동에서는 총 문제행동에서 정상군 91.4%, 임상군 8.6%으로 나타나, 중학생을 대상으로 한 연구에서 임상군이 22.2% 나타난 결과 보다는 낮았으며[20], 이는 본 연구에서는 임상군의 절단점을 70T(98 percentile)로 보다 더 엄격한 기준으로 하였고, Lee와 Choi[20]의 연구에서는 63T(90 percentile)로 한 결과로 생각된다. 이러한 결과는 서울시내 19개 초중고학생을 대상으로 한 연구에서 35.8%가 정신건강에 문제가 있다고 한 연구 결과[6]보다는 낮은 분포를 보였으며, 2006년 영국의학협회(The British Medical Association)에서 청소년 10명 중 1명이 치료를 요하는 심각한 정신장애를 겪고 있다고 한 결과와는 유사한 결과를 보였다. 그리고 문제영역별로 임상군은 주의집중문제 8.8%, 우울/불안 7.7%, 공격성 6.4%, 외현화 문제 6.2%, 내현화문제 6.0%, 사회적 미성숙, 사고문제 각각 5.6%, 신체증상 5.2%, 위축 4.9%, 비행 4.7% 순으로 나타났으며, 남학생만을 대상으로 평가하는 자해/정체감은 3.1%로 나타났다. 이러한 결과는 학교적응을 잘 못할수록 불안/우울수준이 높고 주의집중문제를 보이며 자학행동을 할 가능성이 높아지거나 비행이나 공격과 같은 외현화 문제를 보일 가능성이 높았다[21]하여 학교 부적응의 결과 이러한 문제행동이 높게 나타난 것으로 생각된다. 특히 공격성은 자신들의 욕구나 의견이 반영되기 보다는 피동적으로 따라야만 하는 입시위주의 교육 환경에서 오는 내재된 분노나 적개 감정이 공격성으로 표출된 것으로 생각된다. 본 연구에서 주의력결핍-과잉행동장애 아동이 서울 경기지역의 초등학생을 대상으로 한 연구에서 5.7%로 보고되었으며[22], 이러한 아동기에 흔한 주의력결핍-과잉행동장애는 청소년기가 되면 50-70%는 호전되지만 나머지는 여전히 증

상이 지속되어 과다활동은 감소하지만 주의력결핍이나 충동조절의 저하는 여전히 문제가 되는 [23]결과로 생각된다. 그 다음으로 많이 분포된 우울/불안에서 우울은 아동기에 2-3%에서 청소년기에 6-9%로 급격히 증가한다[24]는 결과와 본 연구결과와는 유사하고, 2005년 전국 12-18세 청소년을 대상으로 조사한 결과 12%가 우울증을 경험하고 있다는 결과[25]보다는 낮은 분포를 나타냈다. 이러한 우울은 불안장애, 주의력결핍, 학업과 대인관계를 동반하는 경우가 흔하며 자살로 이어질 수 있다는 점에서 매우 심각하다[26]. 또한 본 연구에서 내현화 문제와 외현화 문제가 거의 같은 수준으로 임상군의 비율을 보였다. 그러나 내현화 문제행동의 경우 겉으로 표출되는 경우가 드물기 때문에 청소년 스스로는 인식을 할 수 있지만 대체로 부모나 교사의 경우 겉으로 표출되는 문제행동에 대해서만 치중할 수 있기 때문에 이와 같이 내현화 문제행동에 대해서도 관심이 요구된다. 특히 외현화 문제행동은 비행행동과 유사한 항목으로 부모나 교사의 지도 측면에서 가장 어려움을 겪는 학교 부적응과 직결되는 문제이므로 이러한 행동에 더욱 민감할 가능성이 있다. 그러나 우울이나 불안 등이 다른 문제행동과 관련되고 건강행위에 부정적인 영향을 미치는 중요한 요인임[27]을 고려할 때 이런 유형의 내재화 문제행동을 간과해서는 안 될 것이다.

그리고 주의집중, 우울/불안, 내재화, 외현화에서 여학생이 남학생 보다 임상군의 비율이 유의하게 더 높은 결과를 보였다. 주의집중 문제에서 여학생이 남학생 보다 유의하게 임상군이 높게 나타나, 아동기에서 주의력결핍-과잉행동장애는 남아에서 4배 정도 여아 보다 더 발생하는 것으로 보고 [28]되었으나 본 연구에서 여학생이 더 많은 임상군의 분포를 나타내 주의력결핍-과잉행동장애로 진단 받은 아동이 청소년으로 발달 하면서 남녀에 따라 증상의 변화과정에서 나타난 결과로 생각된다. 그리고 우울/불안에서 남학생 보다 여학생이 임상군에서 유의하게 많았다. 이러한 결과는 우울에서 아동의 경우 남녀 발생빈도가 거의 동일하다가 청소년기가 되면 성인과 유사하게 여성에서 남성에 비해 약 2:1의 비율로 높게 발생

한다[29]는 결과로 생각된다. 또한 청소년의 심리적 부적응이 표현될 수 있는 형태는 불안, 우울 등의 내적인 증상이 주가 되는 정서장애와 내적인 긴장, 갈등을 밖으로 행동화하여 표현하는 행동장애가 주된 병리적 현상으로 대변된다. 청소년기 이전의 아동에게서는 이 두가지 유형이 뚜렷하게 구분되지만 청소년들에게서는 불안, 우울 등의 정서적 증상과 함께 반항적인 행동, 혹은 비행 등의 행동장애가 뒤섞여서 나타나는 경우가 많다[30]. 그러므로 여학생의 경우 주의집중, 우울/불안에서 남학생보다 더 많은 문제점 보여, 이러한 결과가 내재화, 외현화 문제에서도 여학생이 남학생보다 더 많은 임상군을 보인 것으로 생각된다.

요 약

본 연구는 청소년 466명을 대상으로 2008년 5월부터 6월 까지 구조화된 설문지를 이용하여 정신건강실태를 파악하여, 청소년의 정신건강증진을 위한 기초 자료를 제공하는데 목적이 있다.

성별에서 평균 차이검증을 실시한 결과, 우울/불안, 사고의 문제, 주의집중 문제, 공격성, 내재화, 총 문제행동에서 여학생이 남학생보다 유의하게 더 높은 점수를 보였으며, 학년에 따라서는 총 사회능력에서 고등학생이 중학생보다 유의하게 더 낮은 점수를 보였다. 그리고 문제행동에서는 위축에서 고등학생이 중학생보다 유의하게 더 높은 점수를 보여주었고, 사고의 문제, 공격성에서는 중학생이 고등학생 보다 유의하게 더 높은 점수를 나타냈다. 그리고 임상군의 분포는 총 사회능력에서 32.6%, 총 문제행동에서 8.6%를 나타냈으며, 문제행동별 임상군의 분포 순위는 주의집중 문제, 우울/불안, 공격성, 외현화 문제, 내현화 문제, 사회적 미성숙 등의 순으로 나타났다. 그리고 성별에 따른 정상군과 임상군의 차이검증에서는 사회성, 우울/불안, 주의집중 문제, 내재화, 외현화에서 남학생보다 여학생이 더 많은 임상군의 분포를 보이며 유의한 차이를, 학년에 따른 정상군과 임상군의 차이검증에서는 학업수행에서 중학생보다 고등학생이 더 많은 임상분포를 보이며 유의한 차이를 나타냈다.

이상의 연구결과 일 지역사회 청소년 정신건강 실태는 남학생보다는 여학생이 그리고 고등학교 1학년 보다는 중학교 1학년이 더 많은 정신건강의 문제를 가지고 있는 결과를 보여주었다. 그러므로 여학생과 중학교 1학년을 대상으로 한 정신건강 증진 및 예방 접근이 무엇보다도 우선되어야 한다. 또한 문제행동에서 많은 임상분포를 보인 주의집중, 우울/불안, 공격성 문제를 해결 하고 예방하기 위한 중재 프로그램 개발이 요구된다.

참고문헌

1. Kazdin AE. Adolescent mental health : prevention and treatment programs. *Am Psychol* 1993;48:127-141
2. McGue M, Lacono WG. The association of early adolescent problem behaviors with adult psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005;162:1118-1124
3. Lee KS, Kang PS, Hwang TY, Kim SK. Factors related to early smoking of high school students in Daegu city and Gyeongsangbuk-do province. *J Agri Med & Community Health* 2008;33(1):90-100(Korean)
4. National Institute of mental health. <http://kr.blog.yahoo.com/toprokim/15723.html> 2006
5. Samargia LA, Saewyc EM, Elliott BA. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *J Sch Nurs* 2006;22(1):17-24
6. Yonhapnews. URL:<http://www.yonhapnews.co.kr/2006.04.09>(Korean)
7. Barber AJ, Tischler VA, Healy E. Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *J Child Health Care* 2006;10(1): 9-12
8. Ryu EJ, Seo JS, Ham MY, Park YR, Moon SW, Nam BW. Sex-role Identity in Adolescents and its Relation to Anxiety, Depression and Suicidal Ideation. *J Korea Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;15(2):136-143(Korean)

9. Ryu EJ, Choi KS, Seo JS, Nam BW. The Relationships of Internet Addiction, Depression and Suicidal ideation in Adolescents. *J Korean Acad Nurs* 2004;34(1): 102-110(Korean)
10. Reynolds WM, Mazza JJ. Assessment of Suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: reliability and validity of the Suicidal ideation questionnaire-JR. *School Psych Re* 1999;28(1):17-30
11. Bae JY. The study on mental health of korea adolescents. *J Korea Acad Psych Mental Health Nurs* 2006;15(3):308-317(Korean)
12. Park YS. The development of a crisis prediction model for early adolescent. *J Korean Acad Nurs* 2003;33(7):895-904(Korean)
13. Ahn DH, Jung SA, Chung SY, Jeong YG, Kim YY. Development of screening test for adolescent mental health and problem behavior, Ministry for health welfare and family affairs, 2006(Korean)
14. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profiles. Burlington, University of Vermont, 1983
15. Oh KJ, Ha EH, Lee HL, Hong KH. K-YSR: Korean-Youth Self Report. *Huno Consulting Human & Innovation*. 2007(Korean)
16. Han J. A study on the relationship between stress and MMPI personality traits of high school students. Unpublished master's thesis, Kongju National University, Kongju. 1991 (Korean)
17. Barber AJ, Tischler VA, Healy E. Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *J Child Health Care* 2006;10(1):9-21
18. Kim MA. The Effects of group reality therapy on the locus of control and mental health of juvenile delinquents. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;11(2):172-181(Korean)
19. McDougall T. Child and adolescent mental health services. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2005;18(2):79-83.
20. Lee CS, Choi BS. A Study on Mental Health of Middle School Students in a City. *J Korea Acad Psych Mental Health Nurs* 2001;10(4):615-628(Korean)
21. 김광수. 청소년 학교생활 적응 어떻게 도울 것인가? “학교 부적응 현황 및 유형”. 광주광역시 서구 청소년정신건강센터 심포지움 자료집, 2006
22. Lim KH, Cho BH. The Prevalence of ADHD in elementary school children. *J element edu* 2004;17(1):235-360(Korean)
23. Barkely RA. Attention deficit hyperactivity disorder : a clinical workbook, 2nd ed, New York, Guilford Press, 1998
24. Dumas JE, Nilsen WJ. Abnormal child and adolescent psychology. Boston, Allyn and Bacon, 2003
25. 보건복지가족부. 2005년도 질병연계통보. 2006 (Korean)
26. Angold A, Costello EJ, Erkanili A. Comorbidity. *J Chi Psy & App Dis* 1999;40:57-87
27. Kim SJ. A study on the influences of the stressors from school on problem behavior in middle school and high school students: focusing on the stress coping strategies. Unpublished master thesis, Yonsei University, Seoul. 2001(Korean)
28. Barkely RA. Attention deficit hyperactivity disorder. New York, Guilford Press, 1990
29. Hodgkinson P, Watson E, Wadge M, Abeles P, Danquah A. Dependency scoring for child and adolescent inpatient mental health services. *Paediatr Nurs* 2005;17(10):18-21
30. Lee SH. Research and development on mental health of adolescents. samsunglife company, 1997(Korean)