

청소년들의 자살차원에 미치는 영향요인

박재우¹, 황병덕²‡

¹부산가톨릭대학교 대학원 병원경영학전공, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

The Influence Factors of Adolescents' Suicide Dimension

Jae-Woo Park¹, Byung-Deog Hwang²‡

¹*Graduate School of Catholic University of Pusan,*

²*Department of HCM Catholic University of Pusan*

<Abstract>

The purpose of this study is to find out the effects of the socio-demographic characteristics, self-recognition factors, and health behavior factors of Korean adolescents on suicide dimension, and grasp the effects of suicide thinking of adolescents on attempting suicide. This study used the eighth primitive data of the "Web-based Survey on Adolescents Health Behavior(2012)", and targeted 72,228 actual test respondent(93.8%).

In conclusion, risk factors that greatly influence the suicide dimension of adolescents can be summarized into level of happiness, level of stress, depression, experience drinking, experience smoking, experience with drugs, suicide thinking, etc. and considering these risk factors, a preparation for preventing adolescents' suicide should be established, and along with a regular education, developing and expanding a treatment program for preventing recurrence afterwards of adolescents who have experience attempting suicide are necessary.

Key Words : Adolescent Suicide, Self-Recognition, Health Behavior, Suicide Dimension, Web-Based Survey on Adolescents Health Behavior

‡Corresponding author(suamsam@naver.com)

I. 서론

우리나라의 자살률은 1990년대 외환위기를 전후로 급증하여 최근까지도 지속적으로 증가하고 있다. 세계보건기구 통계에 따르면 지난 45년간 전 세계 자살률은 지속적으로 증가하였으며, 특히 젊은 연령층에서 빠른 증가율을 보이고 있다. 전 세계적으로, 청소년 5대 사망원인에 자살이 포함되어 있고 자살은 많은 수의 나라에서 남녀 청소년 사망원인 중 1, 2위를 차지하고 있다. 또한 자살사망률에서 다른 연령층은 감소하고 있는데 반해 젊은 층은 매년 증가하는 추세를 보여 청소년 자살현상에 많은 관심이 쏟아지고 있다[1]. OECD 31개국의 아동·청소년(10~24세) 인구 10만 명당 자살률은 지난 2000년 7.7명에서 2010년 6.5명으로 10년 사이 16% 감소한 반면 같은 기간 우리나라 아동·청소년 인구 10만 명당 자살률은 6.4명에서 9.4명으로 47% 증가한 것으로 나타나[2], 국가적 차원에서 심각한 문제로 대두되고 있다. 또한 자살은 본인뿐만 아니라 주변까지 파급효과가 크기 때문에 통계량 보다 더 많은 사람들이 실제 자살의 영향을 받게 된다.

2012년 보건복지부 통계에서 실제 자살한 청소년 숫자에 비해 자살을 시도한 청소년의 숫자가 772배 높았고, 자살을 생각하는 청소년은 3,328배 높게 나타났다. 여기서 주목해야 할 것은 청소년들의 실제 자살률의 증가 외에 많은 수의 청소년들이 자살충동을 느끼고 있다는 것과, 이들 중 상당수가 실제로 자살을 시도한다는 것이다[3]. 자살생각은 자살의 매우 중요한 원인으로 청소년의 자살 시도에 직접적으로 영향을 미치는 요인이 될 수 있다[4]. 자살에 대한 생각은 자살시도 및 자살행동으로 연결되는 하나의 연속선상에 있기에 자살생각은 생각만으로 그치는 것이 아니라 실제 자살시도나 자살행위로 이어질 수 있다[5]. 그러나 실제로 자살을 시도하는 청소년들의 대부분은 정말

자기가 죽으려는 의도를 가지고 있는 것이 아니라 죽음에 대한 불확실한 생각 속에서 단지 고통을 회피하려는 한 방법으로 자살을 생각하기 때문에 체계적인 사전대책을 마련한다면 청소년의 자살률을 크게 줄일 수 있을 것이다[6].

청소년과 젊은 층의 자살 예방대책은 중요한 과제이며 청소년의 마음 건강을 유지·증진시키거나 좋은 인격형성, 생활상의 곤란·스트레스에 직면했을 때의 대처 방법을 익히기 위한 지원을 실시하는 등, 청소년의 자살을 미연에 방지하고 예방하는 교육을 실시하는 것은 매우 중요하다. 청소년 자살의 예방은 청소년을 보호하여야 할 사회적 책임인 동시에 가족, 학교 및 지역사회에 영향을 미치는 사회적 문제이다. 따라서 청소년 자살을 예방하기 위하여 청소년 자살생각에 영향을 미치는 요인을 규명할 필요가 있다[7]. 자살 원인에 대한 규명은 다면적인 속성을 가지고 있고 자살의 원인을 단면적으로 결론을 내리기 어렵기 때문에 다각적인 관점에서 평가가 이루어져야 한다. 자살은 하나의 개별적인 요인에 의해 발생하기 보다는 개인이나 가족, 학교 등과 관련된 복합적인 요인에 의해 발생하는 것으로 나타나고 있다[8].

Reynold[9]에 의한 자살의 분류는 자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살사망의 4가지 차원으로 구분되어 있는데, 자살시도자를 연구하는 것이 윤리적으로 제약이 따르고 자살시도자의 수가 많지 않다는 이유로 기존의 연구들은 자살 예측변수인 자살생각, 자살계획에 중점을 두고 이루어지는 경향이 많았다[10][11]. 또한 청소년을 대상으로 자살생각, 자살시도를 각각 독립적으로 분석한 연구만이 있을 뿐[12], 본 연구와 같이 자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살치료의 4가지 자살차원을 하나의 연속적 과정으로 보고 각 차원에 영향을 미치는 요인을 동시에 비교·분석한 연구는 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구에서는 자살차원을 네 가지 단계(자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살치료)로 구성

하여, 청소년의 제반특성이 청소년의 자살에 미치는 영향을 파악하였고 자살차원에 영향을 미치는 요인을 순차적으로 살펴보았다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 청소년의 인구사회학적 특성, 자기인식, 건강행태를 파악한다.

둘째, 청소년의 인구사회학적 특성, 자기인식, 건강행태가 자살차원에 미치는 영향 정도를 파악한다.

셋째, 자살차원에 영향을 미치는 요인들을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 대상 및 방법

연구 대상은 질병관리본부와 교육부가 2012년 6월부터 7월까지 시행한 '청소년건강행태온라인조사'의 자료로 중·고등학교 각각 400개교를 표본으로 76,980명을 분석하였으며, 실제 조사에 참여한 72,228명(93.8%)을 연구 대상으로 하였다.

연구 도구는 청소년건강행태온라인 원시자료로 총 13개 영역, 98개의 지표로 구성되어 있지만, 본 연구에서는 인구사회학적 특성 5문항, 자기인식 특성 4문항, 건강행태 4문항 그리고 자살차원 4문항을 추출하여 분석하였다.

연구 자료의 통계분석은 SPSS 21.0 프로그램을 사용하여 대상자의 인구사회학적 특성은 빈도 분석을 하였고, 대상자의 인구사회학적 특성별 연구 변수와의 관련성을 알아보기 위해 카이제곱 검정, t 검정을 사용하였으며, 상관성 분석에서 통계적으로 유의한 변수들을 통제하여 로지스틱 회귀분석(Logistic regression Analysis)을 하였고 그 비차비(Odds ratio)를 보고자 하였다.

2. 변수의 조작적 정의

1) 인구사회학적 특성 변수

연구에 사용된 인구사회학적 특성 변수는 성별, 재학상태(중·고), 학업성적(상·중·하), 경제상태(상·중·하), 거주형태(가족·친척·하숙·자취·기숙사·보육시설)로 선정하였다.

2) 자기인식 특성 변수

연구에 사용된 자기인식 특성 변수는 건강상태, 행복정도, 스트레스 정도 및 우울감경험으로 구성하였다.

건강상태는 주관적 건강상태로 리커트 5점척도로 구성하여 '매우건강'은 5점, '매우나쁨'은 1점으로 분류하였고, 행복정도는 주관적 행복지수로 리커트 5점척도로 구성하여 '매우행복'은 5점, '매우불행'은 1점으로 분류하였다. 스트레스정도는 주관적 스트레스지수로 리커트 5점척도로 구성하여 '대단히 많음'은 5점, '전혀 느끼지 않음'은 1점으로 분류하였고, 우울감경험은 최근 1년 간 2주내내 우울감을 느낀 경험유무로 분류하였다.

3) 건강행태 특성 변수

연구에 사용된 건강행태 특성 변수는 비만도, 음주경험, 흡연경험, 약물경험으로 구성하였다.

비만도는 체질량지수(Body Mass Index 이하 BMI: 체중(kg)/신장(m)²)를 산출하여 질병관리본부(2008)의 기준에 따라 '저체중(BMI<18.5)', '정상체중(18.5≤BMI≤22.9)', '과체중(23.0≤BMI≤24.9)' 및 '비만(BMI≥25.0)'으로 분류하였다.

음주경험은 제사, 차례 및 종교의식을 제외하고 지금까지 1잔 이상 술을 마셔본 경우 음주경험으로 측정하였고, 흡연경험은 1~2모금이라도 담배를 피워 본 경우 흡연경험으로 측정하였으며 약물경험은 습관적 혹은 고의적으로 약물을 사용한 경우 약물경험으로 측정하였다.

4) 자살차원 특성 변수

연구에 사용된 자살차원 변수는 자살생각, 자살계획, 자살시도 및 자살치료로 구성하였다.

자살생각, 자살계획 및 자살시도 모두 최근 1년 동안의 사건으로서 자살생각의 유무, 구체적으로 자살계획을 세워본 경험 유무 및 자살을 시도한 경험 유무로 측정하였다. 자살치료는 자살시도자 중에서 지난 1년 동안 병원에서 치료받은 경험 유무로 측정하였다.

저체중이 25.9%, 과체중 및 비만이 19.9%이었다. 음주경험, 흡연경험, 약물경험에서는 무경험자가 각각 53.0%, 75.6%, 99.0%로 유경험자 보다 더 많았다.

자살생각에서는 없음이 81.9%, 있음이 18.1%으로 자살계획에서는 없음이 93.9%, 있음이 6.1%이었다. 자살시도에서는 없음이 96.1%, 있음이 3.9%으로 자살시도자 중 자살치료를 받은 적 없는 청소년은 88.9%, 있는 청소년은 11.1%이었다<Table 2>.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

1) 대상자의 인구사회학적 특성

대상자는 남자 37,229명(51.5%), 여자 34,999명(48.5%)으로 총 72,288명이었다. 재학상태는 중학생 50.4%, 고등학생 49.6%이었고, 학업성적은 하위권 38.5%, 상위권 34.6%, 중위권 26.9%이었다. 경제상태는 중위권 47.3%, 상위권 30.0%, 하위권 22.7%이었고, 거주형태는 가족동거가 95.4%로 가장 많았다<Table 1>.

2) 대상자의 자기인식, 건강행태 및 자살차원의 특성

건강상태에서는 건강 이상이 68.0%, 보통이 25.1%, 나쁨 이하가 6.9%이었다. 행복정도는 행복 이상이 56.3%, 보통이 30.7%, 불행 이하가 13%이었다. 스트레스정도에서는 조금이 41.2%으로 가장 많았고, 그 다음으로 많음이 30.5%로 나타났다. 우울감 경험에서는 없음이 69.5%, 있음이 30.5%이었다.

비만도에서는 정상이 54.3%으로 가장 많았고,

2. 성별에 따른 자기인식, 건강행태 및 자살차원

주관적 건강상태는 남자(3.93점)가 여자(3.66점)보다 통계적으로 유의하게 높았다($p<.001$). 행복정도에서도 남자(3.68점)가 여자(3.51점)보다 통계적으로 유의하게 높았다($p<.001$). 스트레스는 남자(3.18점)가 여자(3.52점)보다 통계적으로 유의하게 낮았다($p<.001$). 우울감을 느끼는 경우는 남자가 25.3%, 여자는 36.1%로 여자의 우울감이 통계적으로 유의하게 높았다($p<.001$).

성별에 따른 건강행태 요인에는 비만도, 음주경험, 흡연경험, 약물경험 모두 유의한 차이가 있었다($p<.001$).

성별에 따른 자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살치료 모두 남녀별로 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다($p<.001$). 구체적으로 자살생각은 여자 22.8%와 남자 13.7%, 자살계획은 여자 7.6%와 남자 4.7%, 자살시도는 여자 5.2%와 남자 2.6%로 여자가 높게 나타났고 자살치료는 남자 16.5%, 여자 8.3%로 남자가 높게 나타났다<Table 3>.

<Table 1> Socio-Demographic Characteristics of Subjects

Unit: person(%)

variable	sort	male	female	total
school attendance status	middle school	18,821(26.1)	17,546(24.3)	36,367(50.4)
	high school	18,408(25.5)	17,453(24.2)	35,861(49.6)
school grades	high	13,197(18.3)	11,790(16.3)	24,987(34.6)
	medium	9,737(13.5)	9,694(13.4)	19,431(26.9)
	low	14,295(19.8)	13,515(18.7)	27,810(38.5)
economic status	high	12,244(17.0)	9,454(13.1)	21,698(30.0)
	medium	16,821(23.3)	17,332(24.0)	34,153(47.3)
	low	8,164(11.3)	8,213(11.4)	16,377(22.7)
resident type	live with family	35,476(49.1)	33,452(46.3)	68,928(95.4)
	live with relatives	426(0.6)	370(0.5)	796(1.1)
	boarding house-live apart-dormitory	1,168(1.6)	1,077(1.5)	2,245(3.1)
	caring facility	159(0.2)	100(0.1)	259(0.4)
total		37,229(51.5)	34,999(48.5)	72,228(100.0)

<Table 2> Characteristics of the Self-Recognition, Health Behavior, and Mental Health of Subjects

unit: person(%)

variable	sort	male	female	total
health status	very bad	123(0.2)	111(0.2)	234(0.3)
	bad	1,827(2.5)	2,921(4.0)	4,748(6.6)
	normal	7,831(10.8)	10,313(14.3)	18,144(25.1)
	healthy	18,035(25.0)	16,920(23.4)	34,955(48.4)
	very healthy	9,413(13.0)	4,734(6.6)	14,147(19.6)
level of happiness	very unhappy	674(0.9)	661(0.9)	1,335(1.8)
	unhappy	3,518(4.9)	4,552(6.3)	8,070(11.2)
	normal	10,640(14.7)	11,518(15.9)	22,158(30.7)
	happy	14,445(20.0)	12,867(17.8)	27,312(37.8)
	very happy	7,952(11.0)	5,401(7.5)	13,353(18.5)
level of stress	don't feel at all	1,406(1.9)	406(0.6)	1,812(2.4)
	don't feel much	6,622(9.2)	3,632(5.0)	10,254(14.2)
	a little	16,264(22.5)	13,459(18.5)	29,723(41.2)
	a lot	9,619(13.3)	12,394(17.2)	22,013(30.5)
	very much	3,318(4.6)	5,108(7.1)	8,426(11.7)
experience of depression	Y	9,407(13.0)	12,635(17.5)	22,042(30.5)
	N	27,822(38.5)	22,364(31.0)	50,186(69.5)
degree of obesity (BMI)	normal	18,972(26.3)	20,217(28.0)	39,189(54.3)
	underweight	9,352(12.9)	9,323(12.9)	18,675(25.9)
	overweight	4,389(6.1)	3,433(4.8)	7,822(10.8)
experience drinking	Y	18,954(26.2)	15,010(20.8)	33,964(47.0)
	N	18,275(25.3)	19,989(27.7)	38,264(53.0)
experience smoking	Y	12,188(16.9)	5,456(7.6)	17,644(24.4)
	N	25,041(34.7)	29,543(40.9)	54,584(75.6)
experience drugs	Y	432(0.6)	290(0.4)	722(1.0)
	N	36,797(50.9)	34,709(48.1)	71,506(99.0)
suicide thinking	Y	5,089(7.0)	7,964(11.0)	13,053(18.1)
	N	32,140(44.5)	27,035(37.4)	59,175(81.9)
suicide attempt	Y	962(1.3)	1,823(2.5)	2,785(3.9)
	N	36,267(50.2)	33,176(45.9)	69,443(96.1)
suicide treatment (n=2,785)	Y	159(5.7)	151(5.4)	310(11.1)
	N	803(28.8)	1672(60.0)	2,475(88.9)
total		37,229(51.5)	34,999(48.5)	72,228(100.0)

<Table 3> The Self-Recognition, Health Behavior, and Suicide Dimension in Accordance with Gender
unit: M±SD, N(%)

variable		male	female	t/ χ^2	P-value
		(n=37,229)	(n=34,999)		
		M±SD/N(%)	M±SD/N(%)		
health status		3.93±0.83	3.66±0.82	43.951	.001
level of happiness		3.68±0.97	3.51±0.97	24.437	.001
level of stress		3.18±0.95	3.52±0.91	-48.552	.001
experience of depression	Y	9,407(25.3)	12,635(36.1)	998.422	.001
	N	27,822(74.7)	22,364(63.9)		
degree of obesity	normal	18,972(51.0)	20,217(57.8)	1036.315	.001
	underweight	9,352(25.1)	9,323(26.6)		
	overweight	4,389(11.8)	3,433(9.8)		
	obese	4,516(12.1)	20,26(5.8)		
experience drinking	Y	18,954(50.9)	15,010(42.9)	466.360	.001
	N	18,275(49.1)	19,989(57.1)		
experience smoking	Y	12,188(32.7)	5,456(15.6)	2873.776	.001
	N	25,041(67.3)	29,543(84.4)		
experience drugs	Y	432(1.2)	290(0.8)	20.067	.001
	N	36,797(98.9)	34709(99.2)		
suicide thinking	Y	5,089(13.7)	7,964(22.8)	1005.750	.001
	N	32,140(86.3)	27,035(77.2)		
suicide plans	Y	1,747(4.7)	2,655(7.6)	263.876	.001
	N	35,482(95.3)	32,344(92.4)		
suicide attempt	Y	962(2.6)	1,823(5.2)	335.238	.001
	N	36,267(97.4)	33,176(94.8)		
suicide treatment (n=2,785)	Y	159(16.5)	151(8.3)	43.275	.001
	N	803(83.5)	1672(91.7)		

3. 자살차원에 영향을 미치는 요인

인구사회학적, 자기인식 및 건강상태 요인들과 자살차원의 상대적 영향력을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

자살생각에서 인구사회학적 요인 중 남자에 비해 여자가 1.5배(1.41-1.56), 중학생보다 고등학생이 0.7배(0.65-0.72)로 통계적으로 유의하게 나타났다($p<.001$). 학업성적은 상위층에 비해 중위층이 1.1배(-1.01-1.14)로 자살생각이 높았으며($p<.01$), 경제상태에서는 상위층에 비해 하위층이 0.8배(0.75-0.83)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 자기인식 요인 중 건강상태는 나쁘다고 느끼는 것에 비해 좋다고 느낄수록 0.9배(0.91-0.96)로 자살생각이 낮았으며($p<.001$), 행복정도는 불행한 것에 비해 행복할수록 0.6배(0.62-0.66)로 자살생각이 낮았다($p<.001$). 스트레스정도는 많이 받을수록 1.8배(1.75-1.86)로 자살생각이 높았고($p<.001$), 우울감경험은 우울감을 경험해 본 사람이 자살생각에서 4.3배(4.13-4.53) 높았다($p<.001$). 건강행태 요인에서는 음주경험, 흡연경험, 약물경험 모두 통계적으로 유의하게 나타났으며($p<.001$), 각각 경험을 해 본 사람이 1.3배(1.27-1.40), 1.4배(1.34-1.49), 2.8배(2.31-3.34)로 자살생각이 높게 나타났다.

자살계획에서는 고등학생이 중학생보다 0.6배(0.54-0.63)로 유의하게 나타났다($p<.001$). 자기인식 요인 중 행복정도는 불행한 것에 비해 행복할수록 0.8배(0.77-0.84)로 자살계획이 낮았다($p<.001$). 스트레스는 많이 받을수록 1.2배(1.14-1.27)로 자살계획이 높았고($p<.001$), 우울감은 우울감을 경험 해 본 사람이 1.6배(1.47-1.74)로 자살계획이 높았다($p<.001$). 음주경험, 흡연경험, 약물경험 모두 통계적으로 유의하게 나타났으며($p<.01$), 각각 경험을 해 본 사람이 1.1배(1.05-1.24), 1.4배(1.26-1.50), 3.4

배(2.72-4.20)로 자살계획이 높게 나타났다. 자살생각에서는 자살생각을 해 본 경험이 있는 사람이 39.1배(34.81-43.91)로 자살계획이 높게 나타났다($p<.001$).

자살시도에서는 인구사회학적 요인 중 남자에 비해 여자가 1.4배(1.31-1.59), 고등학생이 중학생보다 0.7배(0.68-0.82)로 통계적으로 유의하게 나타났다($p<.001$). 학업성적은 상위권을 기준으로 중위권, 하위권이 각각 0.8배(0.72-0.90, 0.74-0.93)로 유의하게 나타났다($p<.01$). 자기인식 요인 중 행복정도는 불행한 것에 비해 행복할수록 0.9배(0.87-0.96)로 자살시도가 낮았다($p<.01$). 스트레스는 많이 받을수록 1.1배(1.04-1.18)로 자살시도가 높았고($p<.01$), 우울감은 우울감 경험을 해 본 사람이 1.6배(1.46-1.82)로 자살시도가 높았다($p<.001$). 건강행태 요인에서는 음주경험, 흡연경험, 약물경험 모두 통계적으로 유의하게 나타났으며($p<.01$), 각각 경험을 해 본 사람이 1.2배(1.06-1.30), 1.6배(1.42-4.75), 2.5배(1.94-3.11)로 자살시도가 높게 나타났다. 자살생각에서는 자살생각을 해 본 경험이 있는 사람이 10.7배(9.32-12.38)로 자살시도가 높았고($p<.001$), 자살계획은 자살계획을 해 본 경험이 있는 사람이 7.1배(6.42-7.82)로 자살시도가 높게 나타났다($p<.001$).

자살치료에서는 남자에 비해 여자가 0.5배(0.40-0.70) 고등학생이 중학생보다 1.5배(1.16-1.95)로 유의하게 나타났다($p<.01$). 건강행태 요인에서는 약물경험만이 통계적으로 유의하게 나타났으며($p<.001$), 경험을 해 본 사람이 3.4배(2.34-4.85) 자살치료가 높게 나타났다. 자살계획은 자살계획을 해 본 경험이 있는 사람이 1.9배(1.41-2.60)로 자살치료가 높게 나타났다($p<.001$)<Table 4>.

<Table 4> Factors that Influence Suicide Dimension

variable	suicide thinking OR(95%CI)	suicide plans OR(95%CI)	suicide attempt OR(95%CI)	suicide treatment OR(95%CI)
gender				
male	1	1	1	1
female	1.485 (1.417-1.556)***	1.011 (0.936-1.091)	1.439 (1.306-1.586)***	0.517 (0.399-0.669)***
school attendance status				
middle school	1	1	1	1
high school	0.682 (0.651-0.715)***	0.585 (0.543-0.631)***	0.746 (0.679-0.819)***	1.505 (1.162-1.948)**
school grades				
high	1	1	1	1
mid	1.076 (-1.018-1.136)**	1.005 (0.919-1.099)	0.803 (0.718-0.898)***	1.134 (0.831-1.546)
low	0.988 (0.934-1.046)	0.946 (0.862-1.038)	0.826 (0.735-0.929)**	1.059 (0.761-1.475)
economic status				
high	1	1	1	1
mid	0.916 (0.860-0.975)**	1.128 (1.020-1.247)*	1.047 (0.924-1.186)	1.176 (0.846-1.636)
low	0.786 (0.745-0.830)***	0.986 (0.904-1.076)	0.920 (0.826-1.026)	0.904 (0.667-1.227)
health status	0.933 (0.908-0.959)***	0.950 (0.911-0.991)*	0.961 (0.912-1.013)	0.907 (0.791-1.040)
level of happiness	0.639 (0.622-0.656)***	0.806 (0.773-0.841)***	0.912 (0.866-0.961)**	0.965 (0.844-1.105)
level of stress	1.802 (1.748-1.858)***	1.204 (1.144-1.267)***	1.109 (1.041-1.182)**	0.824 (0.703-0.965)
experience of depression	4.323 (4.129-4.527)***	1.596 (1.468-1.735)***	1.630 (1.462-1.817)***	1.195 (0.862-1.658)
N	1	1	1	1
experience of drinking	1.333 (1.268-1.401)***	1.142 (1.051-1.240)***	1.174 (1.058-1.304)**	0.949 (0.702-1.284)
N	1	1	1	1
experience of smoking	1.409 (1.335-1.488)***	1.374 (1.262-1.495)***	1.576 (1.420-4.749)***	1.331 (1.006-1.762)
N	1	1	1	1
experience of drugs	2.776 (2.307-3.341)***	3.381 (2.721-4.201)***	2.453 (1.937-3.106)***	3.370 (2.341-4.850)***
N	1	1	1	1
suicide thinking		39.098 (34.812-43.911)***	10.742 (9.317-12.384)***	0.842 (0.537-1.321)
N		1	1	1
suicide plans			7.086 (6.420-7.821)***	1.913 (1.408-2.598)***
N			1	1
suicide attempt				0.572 (0.338-0.891)
N				1

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

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 매년 증가하는 청소년 자살문제의 심각성을 개인적 측면에서 인식하고 그에 따른 원인을 분석하여, 청소년 자살차원에 영향을 미치는 요인들의 분석과 각 요인들의 위험도를 감소시키는 대안 수립에 활용할 수 있는 자료로 제공하고자 시도하였다.

본 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

자살차원에 영향을 미치는 유의한 예측변수들로 로지스틱 회귀분석을 한 결과, 자살생각, 자살계획을 해본 사람이 자살차원 요인인 자살시도에서 각각 11배, 7배로 가장 높은 영향력을 보였다. Prinstein et al.[13]은 자살생각은 자살에 이르는 과정 중 가장 낮은 단계이지만, 자살계획이나 자살시도로 이어지기 쉬우므로 간과할 수 없다고 하였고, Kim et al.[14]은 청소년기의 자살생각은 후에 자살을 예측하는 변인이 될 수 있으므로 보다 많은 관심이 필요하다 기술했다. Kim[15]은 자살의사표현자 중 26%가 과거 자살시도 경험이 있는 사람이라고 보고하였으며, 자살시도를 실패한 사람들에서 자살 재시도율이 높은 것을 고려한다면 자살시도자의 사후관리 측면에서 자살치료가 중요하다고 하겠다. 또한 청소년 자살은 단계적으로 진행될 가능성이 높기 때문에 이전 단계에서 다음 단계로 진행되지 않도록 즉각적인 대처도 필요하다.

인구사회학적 요인에서는 자살생각, 자살시도에 있어서 남자보다 여자가 각각 1.5배, 1.4배 높았고, 자살치료에서는 남자보다 여자가 0.5배로 남자가 더 높았다. 이는 여자가 남자에 비해 스트레스, 불안, 우울에서 더 민감하기 때문이라고 보여진다. Kim[16]은 자살생각과 자살시도에 성별이 주변인으로 작용하고 있고, 청소년 자살생각의 위험요인이 남녀에 따라 각각 차이가 있다고 보고하였다. 중학생이 고등학생보다 자살생각, 자살계획, 자살시도에서 각각 자살위험도가 높았고, 자살치료에서

는 고등학생이 중학생보다 1.5배 높게 나타났다. 이와 같은 결과는 중학생이 고등학생보다 정신적으로 미숙하고, 감정이 격앙되기 쉽기 때문이라고 보여진다. 본 연구에서는 학업성적에서 상위권이 중·하위권에 비해 자살시도가 높았지만, Jung et al.[17]은 학교성적은 청소년 자살시도에 있어 유의미하지 않은 것으로 보고하였다. 또한 Cho & Baek[18]은 학업스트레스가 높을수록 청소년이 자살생각을 많이 한다고 하였다. 경제상태에서 상위층이 중·하위층에 비해 자살생각이 높다는 것은 Yang[10]과 일치한다. Jung et al.[17]은 특히 학교 밖 청소년들에 있어 경제상태가 자살위험요인에 많은 영향을 준다고 보고하였다.

자기인식 요인에서는 자살차원 요인들 전반적으로 건강상태가 불건강할수록, 행복정도가 불행할수록, 스트레스정도가 많을수록, 우울감을 경험할수록 자살위험도가 높게 나타났다. 자살률은 행복지수를 나타내는 한 척도가 될 수 있고, Park[19] 역시 아동·청소년의 행복지수가 낮은 것과 같은 맥락으로 보여 지는 현상이 젊은 층의 높은 자살률이라고 하였다. 한국방정환재단의 “2011 한국 어린이·청소년의 행복지수 국제비교”에 의하면 청소년의 주관적 행복지수는 2009년 64.3점, 2010년 65.2점에 이어 3년 연속 OECD 23개국 중 최하위였으며, 이는 두 번째로 가장 낮은 영국의 91.2점보다 26.9점이나 낮은 점수이다. 청소년 행복지수에서도 교육, 보건과 안전영역에서는 최상위를 차지하고 있지만 주관적 행복영역에서는 최하위에 위치한다고 Park et al.[20]은 보고하였다. 우리나라의 경제 순위가 세계 10위 정도임을 감안한다면 행복지수가 상당히 낮은 수준이며, 이러한 현상은 단기간에 급속히 성장한 경제로 인해 느끼는 상대적 박탈감이나, 건전한 정신문화보다 물질문명의 급속한 침투에 따른 정신적 혼란 상태가 많은 영향을 미쳤다고 하겠다. Brent et al.[21]은 스트레스와 힘든 생활사건을 경험할 때 자살 관련 행위가

발생하고 스트레스 요인과 더불어 우울증이 자살을 이끄는 가장 위험한 단일요인 이라고 하였다. 그러므로 스트레스 수준을 낮추는 것은 자살을 방지하는 효과를 가지며, 자살사고를 예방하기 위해 스트레스를 효율적으로 관리하는 구체적인 방안이 필요하겠다.

건강행태 요인에서에서는 비만도를 제외한 모든 요인이 자살차원에서 경험이 있는 사람들이 높게 나타났고 통계적으로 유의하였다. 이는 Park et al.[11]과 같이 앞선 많은 연구에서도 나타난 바이며, 공통적으로 약물경험요인이 가장 큰 영향력을 나타내었다. Borowsky et al.[22]은 음주는 성인과 청소년 집단 모두에서 주요 자살위험요인으로 나타난다고 하였으며, 음주가 자살예측요인으로서 뿐만 아니라, 자살생각, 자살계획, 자살시도에도 많은 영향을 미친다하였다. Kim & Jeon[23]은 현재 흡연자의 57.8%가 스트레스를 많이 느끼는 것으로 보고하였으며, 청소년의 흡연량이 많을수록 우울성향이 증가한다고 말했다. Hakko et al.[24]은 약물문제와 자살행동은 일반적으로 동반되는 것으로 지속성이 있다고 보고 예방노력의 중요성을 강조하였고, Wilcox & Anthony[25]는 청소년 자살증가와 약물사용증가 추세가 동일하게 일어나는 것에 주목하여 청소년 자살문제와 약물사용의 연관성을 지적하였다. 본 연구가 중·고등학교 재학생만을 대상으로 했다는 것을 고려한다면 실제 청소년들에 있어 음주경험, 흡연경험, 약물경험은 더 많은 비율을 차지할 것이고, 이런 현상에 대한 대책마련이 중요하다고 하겠다.

종합적으로 청소년의 자살차원에 큰 영향을 미치는 위험요인 변수로 행복정도, 스트레스정도, 우울감경험, 음주경험, 흡연경험, 약물경험, 자살생각 등으로 요약할 수 있으며, 청소년의 자살차원은 단일요인에 영향을 받는 것이 아니라, 여러요인들의 과정들이 복합적으로 작용한다는 것을 알 수 있다.

자살률이 높았던 핀란드에서는 1980년대 중반부

터 정부의 적극적인 노력으로 자살률을 20여년 만에 반으로 낮출 수 있었고, 일본에서는 2006년 자살대책기본법 제정 이후 2012년 제2차 자살종합대책을 수립하는 등 현재까지 많은 노력을 하고 있다. 미국에서는 이미 1960년대부터 연방정부 및 의회를 필두로 하는 지역사회 정신건강 센터(CMHC)를 설립하고 각 학교에 전문상담 교사를 두어 정신건강상담이 필요한 학생을 발견하는 즉시 의료기관에 연결시켜주는 연계체계시스템을 구축하였다. 우리나라에서는 초, 중등학교 교과과정 내 자살예방교육 강화 및 자살사고 취약학교에 대한 집중 지원, 온라인상의 자살유해정보 유통·확산·차단, 자살관련 언론보도방식의 개선 등의 종합대책을 마련하고 있다. 우리정부에서도 청소년자살에 대한 다각적인 분석과 이와 관련된 연구들에 대한 지속적인 투자를 통하여 청소년 자살문제 관련 정책들을 장기적으로 수립해 나간다면 자살률을 낮출 수 있을 것이다.

본 연구는 전국단위의 표본을 사용하여 청소년 자살차원에 영향을 주는 각 요인들에 대한 상대적 위험도를 파악하였는데 그 의의가 있으며, 연구의 제한점 및 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 청소년 자살위험 요인의 보호요인에 대한 후속연구가 필요하다. 자살원인에 대한 연구가 활발히 진행된 반면 자살예방과 자살예방 프로그램의 실시 및 교육효과에 대한 연구가 미흡하므로 이에 관한 연구가 필요하다.

둘째, 더 나아가 자살생각을 지니고 있었음에도 자살시도를 하지 않은 청소년들을 대상으로 자살억제 및 보호요인들을 찾아내어 이를 자살예방에 대한 자료로 활용하는 후속 연구가 필요하다.

셋째, 단면연구조사이기에 청소년 자살의 원인이나 위험요인들의 연속성 파악에 한계가 있다.

REFERENCES

1. World Health Organization(2000), Preventing Suicide, A Resource for the teachers and other staff, WHO Issues, pp.6-16.
2. H.Y. Go, J.H. Jin(2013), The Korean Suicide Rate Trend by Population Group Comparing with the OECD Countries and its Policy Implications, Health-welfare Policy Forum, Vol.195(1);141-154.
3. Anderson, R. N., & Smith, B. L.(2003), Deaths-leading causes for 2001, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. pp.1-86.
4. Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D.(2003), Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol.42(4);386-405.
5. N.M. Hong(2012), Effects of Parental Abuse and Peer Victimization on Adolescent's Suicidal Ideation : the Mediating Pathway of Interpersonal Needs and Hopelessness, Korea Journal of Social Welfare, Vol.64(1);151-175.
6. Blau, GM., & Gullotta, T. P.(1996), Adolescent dysfunctional behavior: Causes, interventions, and prevention, Sage Publications. pp.1-34.
7. B.H. Jo(2013), A Study on the Risk Factors for Youth Suicide on Suicidal Ideation : Focused on the Mediating Effects of and the Moderating Effects, Department of Social Welfare, Graduate School, Cheong-ju University, pp.1-89.
8. G.M. Kim(2013), Risk factors for suicide ideation and suicide attempts among Korean adolescents, Graduate School, Inje University, pp.1-47.
9. Reynolds, W. M.(1991), Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. Journal of personality assessment, Vol.56(2);289-307.
10. S.Y. Yang(2004), Study on the Relationship Between Suicidal Ideation and Stress of Adolescents, Graduate School, Han-nam University, pp.1-49.
11. G.Y. Park, Y.R. Chio, B.R. Kim(2013), The Analysis of Risk Factors Influencing Adolescent Suicidal Ideation in a Multicultural Family. The Korean Journal of Health Service Management, Vol.7(1);155-165.
12. Y.O. Nam(2013), The factors affecting adolescents' suicide ideation and suicide attempts, Korea journal of youth studies, Vol.20(11);283-304.
13. Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S. L., & Spirito, A.(2008), Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.76(1);92-103.
14. J.Y. Kim, Y.K. Chung, J.S. Lee(2009), The Moderating Effect of Social Supportive Relationship in the Contribution of Adolescent's Experience of Domestic Child Abuse to Suicidal Ideation, Korean Journal of Social Welfare Research, Vol.21(1);119-144.
15. J.E. Kim(2013), Characteristics of Suicide Attempters Visiting Emergency Medical Center, Graduate School, Ewha Woman's University, pp.1-51.
16. J.S. Kim(2012), Suicidal Ideation and Associated Factors by Sex in Adolescents, Korea Journal of Contents Society, Vol.12(12);261-267.
17. I.J. Jung, J.Y. Park, U.Y. Kim(2010), Factors Predicting Suicidal Ideation and Suicidal Attempts of School Youth and Out-of-School Youth, Mental Health & Social Work,

- Vol.34(4);222-251.
18. O.S. Cho, J.A. Baek(2014), The Effects of Adolescent's Academic Stress and School Bullying Victim on Suicidal Ideation, The Journal of Health Service Management, Vol.8(2);233-244.
 19. H.S. Park(2012), The Relationship between Happiness and Yangsaeng among University Students in the Republic of Korea, Journal of East-West Nursing Research, Vol.18(1);31-39.
 20. J.I. Park, C.U. Park, H.J. Seo, Y.S. Youm(2010), Collection of Korean Child well-Being Index and Its International Comparison with other OECD Countries, Korean Sociological Association, Vol.44(2);121-154.
 21. Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allmal, C., Ruth, C., Schweers, J., Balach, I., & Baugher, M.(1993), Psychiatric risk factors for adolescent suicide-a case control study, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.32(3);521-529.
 22. Borowsky, I. W., Ireland, M. & Resnick, M. D.(2001), Adolescent suicide attempts: risks and protectors, Pediatrics, Vol.107(3);485-493.
 23. H.O. Kim, M.S. Jeon(2007), The Relationship Between Smoking, Drinking and the Mental Health in Adolescents, Journal of Korean Academy of Public Health Nursing, Vol.21(2);217-229.
 24. Hakko, H., Koponen, P., Vilo, K., Sakiojam R., Meyer-Rochow, B., Rasanen, P., & Tomonen, M.(2005), Alcohol related suicides in victims with a history of hospital treated depression, The American Journal on Addictions, Vol.14(5);455-463.
 25. Wilcox, H. C., & Anthony, J. C.(2004), The development of suicide ideation and attempts, Drug and Alcohol Dependence, Vol.76(7);53-67.

접수일자 2014년 5월 1일

심사일자 2014년 5월 13일

게재확정일자 2014년 8월 20일