

폭력을 경험한 청소년들의 우울과 자살시도 관련 요인 분석: 제11차 청소년건강행태 온라인조사 이차분석

방명희¹ · 양 수²

가톨릭대학교 대학원 간호학과¹, 가톨릭대학교 간호학과²

Factors Influencing Depression and Suicide Attempts among South Korean Juvenile Victims of Violence: Secondary Data Analysis from the 11th Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey

Bang, Myoung Hee¹ · Yang, Soo²

¹College of Nursing, Graduate school, The Catholic University of Korea, Seoul

²College of Nursing, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Purpose: The aim of this study was to examine factors influencing depression and suicide attempts among South Korean adolescent victims of violence. **Methods:** This secondary data analysis was based on the 11th (2015) Korea Youth Risk Behavior Web-based survey. The study sample comprised of 1,565 students who were victims of violence and subsequently required medical treatment during the past 12 months. Descriptive statistics and logistic regression analyses were completed. **Results:** Factors associated with adolescent depression due to violence were residence type, perceived happiness, sleep satisfaction, perceived stress, perceived health, gender, lifetime smoking habits, number of violent experiences, and lifetime alcohol consumption habits. Factors associated with adolescent suicide attempts were perceived health, residence type, number of violent experiences, lifetime smoking habits, and gender. **Conclusion:** Our study findings show that different factors affect depression and suicide attempts among Korean juvenile victims of violence. Therefore, considering these factors, it is necessary to prepare intervention strategies that include family-centered support systems, improvement in coping ability of the individual and counselors who have experience with juvenile victims of violence.

Key Words: Adolescent; Exposure to violence; Depression; Suicide, attempted

서 론

1. 연구의 필요성

청소년 시기는 친구를 비롯한 타인과의 바람직한 상호작용을 경험함으로써 신체적·정신적으로 건강한 발달과업을 성취하는 것을 필요로 한다[1]. 청소년이 폭력피해를 경험한다는

것은 다른 사람들과의 상호작용과정에서 신체적·정신적으로 안전하지 않은 상황을 경험하게 되는 것을 의미하며[2], 성장 발달에 어려움을 초래할 수 있고 폭력피해가 반복적일 경우 정신적인 문제의 원인으로 작용할 수 있다[3].

청소년폭력예방재단의 실태조사에서도 학교폭력 가해 및 피해율은 2012년부터 감소했으나 피해학생의 심리적 고통은 증가한 것으로 나타났으며, 특히 피해로 인한 자살생각은 피해

주요어: 청소년, 폭력피해경험, 우울, 자살 시도

Corresponding author: Yang, Soo <https://orcid.org/0000-0001-6082-9740>

College of Nursing, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 06591, Korea.

Tel: +82-2-2258-7407, Fax: +82-2-2258-7772, E-mail: sooy@catholic.ac.kr

Received: Feb 14, 2018 | Revised: Mar 27, 2018 | Accepted: May 31, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

학생의 44.7%가 경험하는 것으로 보고되었다[4]. 이와 같이 폭력을 경험한 청소년들은 스트레스, 우울 등의 정신적인 어려움을 겪을 뿐만 아니라, 대인관계, 학교적응, 학업성취 등의 전반적인 성장발달에 어려움을 경험하며 나아가서는 자살과 같은 극단적인 선택을 하곤 한다[5]. 선행연구에서 폭력피해 경험이 청소년의 우울 및 자살생각과 정적 상관성이 있는 것으로 보고되었으며[6], 이는 초등학생[7]과 성인[8] 대상의 연구에서도 비슷한 양상을 보이는 것으로 파악된다.

학교폭력 피해자들의 의료기관 이용 실태조사연구결과에 의하면, 대상자 중 66%는 폭력에 노출되기 전까지 정신건강문제가 관찰되지 않았던 것으로 보고되었다[5]. 또한, 폭력피해 경험 후 한 달 안에 우울증상을 포함한 정신건강문제가 있었던 대상자의 대부분이 완전히 회복상태를 보였지만, 20%는 여전히 일상생활이나 학교 적응의 어려움을 나타냈고[9], 특히, 10%는 모든 증상을 유지한 채 생활할 가능성이 있는 것으로 나타났다[9]. 또한, 청소년 자살의 특징은 자살시도 전에 주변 상황을 고려하거나 진지한 고민의 과정을 거치는 성인들과는 달리 현재를 벗어나려는 환상 속에서 충동적으로 일어나는 경우가 많으며[10], 우울이나 정신과적 질환이 원인이 되어 시도하는 경우는 많지 않고[11], 삶에 대한 포기보다는 도움을 청하는 신호라고 하였다[12].

청소년의 폭력피해 경험은 개인의 성장발달을 저해할 뿐만 아니라 나아가서는 사회적 통합을 저해하는 부정적 요인으로 작용하지만, 폭력피해 경험과 청소년의 정신건강 사이에 부정적 영향을 낮출 수 있는 다양한 요인들이 작용하여 모든 청소년에게 동일한 결과를 나타내는 것은 아니다[13]. 그동안 청소년 자살에 있어서 가족과 친구관계와 같은 대인관계 요인과 학교 스트레스와 같은 환경요인이 보호요인 혹은 위험요인으로 작용하는지에 대한 선행연구들이 진행되어왔다[14,15].

청소년기의 사회적 지지는 물질적, 정서적으로 필요한 자원과 서비스를 제공하여 심리적 적응을 돕고, 실패에 대한 좌절을 극복하게 할 수 있으며, 문제해결능력을 강화하여[16] 다양한 변화와 스트레스를 극복하는 데 도움이 되는 것으로 보고되었다[17]. 부모, 형제, 친구, 교사 등이 의미 있는 대상이며, 사회적 지지를 제공하고 있는 중요한 사람으로 간주된다[18]. 또한, 청소년의 우울과 자살생각에 영향을 미치는 요인으로는 가족관계, 학교폭력을 포함한 또래관계, 혹은 교사관계에 의한 과도한 스트레스가 보고 된바가 있었다[19]. 또한 가족 환경인 가구의 경제적 상태와 부모와의 동거여부 등이 보고된 바 있다[19]. 청소년의 흡연 및 음주 등의 비행경험이 자살충동을 예측하는 위험요인으로 보고되었다[15]. 또한, 학교폭력피해 청소년

의 생활목표감, 자기효능감, 사회적 폭력 피해경험, 성별, 형제 유무 등도 불안과 우울에 영향을 미치는 것으로 보고되었다[20].

이에 본 연구에서는 청소년의 폭력피해 경험이 청소년의 정신건강, 특히, 우울과 자살생각에 정적 상관성이 있다는 기존의 연구를[6] 기반으로 우울과 자살의 관련 영향요인을 전국 대규모 표본을 대상으로 한 조사 자료를 바탕으로 파악하고자 한다. 특히 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 변인이 다르며 자살생각을 하는 청소년이 모두 자살시도를 하지는 않는다는 것을 고려하여[21] 자살시도를 변인으로 살펴보고자 하였다. 청소년의 정신건강에 영향을 미치는 것으로 알려진 일반적 요인[19] 흡연, 음주, 폭력피해 경험을 포함한 건강행태[15,20] 및 주관적 자기인지 요인들을[16,18] 동시에 확인하고 비교함으로써 폭력피해를 경험한 청소년을 위한 중재방안을 살펴보고자 하였다. 본 연구는 제11차(2015년) 청소년건강행태 온라인조사 원시자료를 이차 분석하여 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 규명하고 이에 따른 중재 방안 수립에 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 폭력피해 청소년의 일반적 특성, 건강행태 및 주관적 자기인지를 파악한다.
- 폭력피해 청소년의 일반적 특성, 건강행태 및 주관적 자기인지에 따른 우울과 자살시도의 차이를 파악한다.
- 폭력피해 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 폭력피해를 경험한 청소년의 우울, 자살시도 경험에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 제11차(2015년) 청소년건강행태 온라인조사 통계자료를 이용한 이차자료분석 연구이다.

2. 연구대상

청소년건강행태 온라인조사는 국민건강증진법 제19조를 근거로 실시하는 정부승인통계조사(승인번호 11758호)로 2005

년부터 매년 수행되고 있으며, 우리나라 청소년의 흡연, 음주, 비만, 식생활, 신체활동 등의 건강행태를 파악하기 위해 중학교 1학년부터 고등학교 3학년까지의 학생을 대상으로 실시하는 익명화된 자기기입식 온라인조사이다. 본 연구에서는 제11차(2015) 청소년건강행태 온라인조사 통계자료를 질병관리본부의 원시자료 공개 및 관리규정에 의거하여 제공받았다.

제11차(2015년) 청소년건강행태 온라인조사[22]는 2015년 4월 기준으로 전국 중·고등학교 재학생으로 정의되었고 중학교 400개교, 고등학교 400개교의 총 800개교 70,362명을 대상으로 797개교, 68,043명이 조사에 참여하여 96.7%의 참여율을 보였다. 표본추출은 층화집락추출법이 사용되었으며, 1차 추출단위는 학교, 2차 추출단위는 학급이었다. 1차 추출은 층별로 모집단의 학교 명부를 정렬한 후 추출간격을 산정하여 계통추출법으로 표본학교가 선정되었다. 2차 추출은 선정된 표본학교에서 학년별로 1개 학급이 무작위로 추출되었다. 표본 학급으로 선정된 학급의 학생 전원이 조사되었으며, 장기결석, 특수아동 및 문자 해독장애 학생은 자료수집에서 제외되었다.

본 연구에서는 “최근 12개월 동안, 친구, 선배, 성인에게 폭력(신체적 폭력, 협박, 따돌림 등)을 당해 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까?”라는 질문에 ‘있음’이라고 응답한 2.3%에 해당하는 1,565명의 자료를 분석하였다.

3. 연구도구

1) 우울

우울은 “최근 12개월 동안, 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있었습니까?”라는 질문에 ‘없다’와 ‘있다’로 정의하였다.

2) 자살시도

자살시도는 “최근 12개월 동안, 자살을 시도한 적이 있었습니까?”라는 질문에 ‘없다’와 ‘있다’로 정의하였다.

3) 일반적 특성

일반적 특성은 5문항으로 성별, 학년, 학업성적, 경제상태, 거주형태를 포함하였으며, 거주형태는 “현재 거주형태는 어떻습니까?”라는 질문에 ‘가족’, ‘친척집’, ‘돌보는 어른이 없는 경우인 ‘친구와 함께, 혼자, 혹은 기숙사 생활’ 및 ‘보육시설’로 정의하였다.

4) 건강행태 및 주관적 자기인지

총 8문항으로 구성되었으며 건강행태는 4문항으로 평생흡연, 평생음주, 주관적 수면충족, 폭력피해 경험횟수를 알아보았다. 평생흡연은 “지금까지 담배를 한 두 모금이라도 피워본 적이 있습니까?”, 평생음주는 “지금까지 술을 한 두 모금이라도 마셔본 적이 있습니까?” 질문에 ‘있다’에 응답한 경우에 경험이 있는 것으로 ‘없다’라고 응답한 경우에 경험이 없는 것으로 정의하였다. 주관적 수면충족은 “최근 7일 동안, 잠을 잔 시간이 피로회복에 충분하다고 생각합니까?”라는 질문에 ‘매우 충분하다’, ‘충분하다’라고 응답한 경우는 ‘적절하다’로 ‘그저 그렇다’는 ‘그저 그렇다’로 ‘충분하지 않다’와 ‘전혀 충분하지 않다’라고 응답한 경우는 ‘적절하지 않다’로 정의하였다. 폭력피해 경험횟수는 “최근 12개월 동안, 친구, 선배, 성인에게 폭력(신체적 폭행, 협박, 따돌림 등)을 당해 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까?”라는 질문에 1번이라고 한 경우는 ‘일회성’으로 2번 이상이라고 한 경우는 ‘반복성’으로 정의하였다.

주관적 자기인지는 4문항으로 주관적 건강 인지, 주관적 행복감, 스트레스 인지, 고민상담자를 포함하였으며 주관적 건강 인지는 “평상시 자신의 건강상태가 어떻다고 생각합니까?”라는 질문에 ‘매우 건강하다’, ‘건강한 편이다’라고 응답한 경우는 ‘건강하다’로 ‘보통이다’라고 응답한 경우는 ‘보통이다’, ‘건강하지 못한 편이다’와 ‘매우 건강하지 못한 편이다’라고 한 경우는 ‘건강하지 못하다’로 정의하였다. 주관적 행복감은 “평상시 얼마나 행복하다고 생각합니까?”라는 질문에 ‘매우 행복한 편이다’와 ‘약간 행복한 편이다’라고 응답한 경우는 ‘행복하다’로 ‘보통이다’는 ‘보통이다’로 ‘약간 불행한 편이다’와 ‘매우 불행한 편이다’라고 응답한 경우는 ‘불행하다’로 정의하였다. 스트레스 인지는 “평상시 스트레스를 얼마나 느끼고 있습니까?”라는 질문에 ‘대단히 많이 느낀다’, ‘많이 느낀다’라고 응답한 경우는 ‘높다’로 ‘조금 느낀다’는 ‘보통이다’로 ‘별로 느끼지 않는다’와 ‘전혀 느끼지 않는다’라고 응답한 경우는 ‘낮다’로 정의하였다. 고민상담자는 “평상시 고민이나 힘든 일이 있을 때 주로 누구와 상담합니까?”라는 질문에 ‘아버지, 어머니, 형제, 자매, 친구, 학교 선생님, 기타’는 ‘있음’으로 정의하였고 ‘없다’는 ‘없음’으로 정의하였다.

4. 자료수집

제11차(2015년) 청소년건강행태 온라인조사에서 실시한 전체 과정은 수업시간 45~50분 동안 진행되었으며, 인터넷이 가

능한 학교 컴퓨터실로 표본학급 학생을 인솔하여 1인당 1대의 컴퓨터를 배정하고 조사지원 담당교사가 학생 1명당 1장의 학생용 안내문을 배부한 후 조사 필요성 및 참여방법을 설명하였다. 표본학생은 안내문에 인쇄되어 있는 참여번호로 홈페이지에 접속하여 설문참여서 서약 후에 설문을 작성하였고 설문 완료 후 학생들에게 답례품이 지급되었다.

청소년건강행태 온라인조사 통계자료는 식별이 불가능한 고유번호로 수집되어 대상자에 대한 개인정보가 없고, 익명성과 기밀성이 보장되었으며 질병관리본부 기관생명윤리위원회(institutional review board, IRB) 심의를 받았으며(2014-06EXP-02-P-A), 대상자 동의하에 조사되었다. 또한, 연구자가 소속된 대학 연구윤리심의위원회의 면제 승인을 받은 후 연구가 진행되었다(MC16EISI0051).

5 자료분석

자료분석은 통계패키지인 SPSS/WIN version 18.0 프로그램을 이용하였다. 질병관리본부의 청소년건강행태 온라인조사는 복합표본설계방법인 층화집락확률추출방법에 의해 선정된 표본이므로 모집단에 대한 표본의 대표성이 확립될 수 있도록 층화변수(strata), 집락변수(cluster), 가중치(weight), 유한모집단수정계수(finite population correction factor, FPCF)를 반영한 분석계획파일을 생성한 후 복합표본자료분석방법에 의해 실시하였다. 등 확률 비 복원 표본추출 방식을 선택하여 분산 과대 추정을 방지하였으며 복합표본설계방법의 자료 특성상 케이스 선택 및 삭제 때 발생하는 추정치의 표준오차 편향을 방지하고자 청소년건강행태 온라인조사 데이터베이스(database)를 분석할 때 SPSS에서 보편적으로 사용하게 되는 '케이스 선택' 프로시저 대신 관심집단과 그 외 집단으로 구분하는 새로운 변수인 부모집단 변수를 생성하여 분석 시 적용하였다. 대상자가 응답을 하지 않는 경우 다음 설문문항으로 넘어가지 않는 온라인조사 시스템을 이용하였기 때문에 조사원 자료에서는 항목 무응답이 없으나, 논리적 오류 및 이상 값인 자료에 대한 결측치 처리로 인해 일부 문항의 무응답이 발생하였으며, 항목 무응답율이 2.0% 이내로 낮아 무응답 대체를 하지 않고 결과를 산출하였다.

폭력피해를 경험한 청소년의 일반적 특성, 건강행태 및 주관적 자기인지에 따른 현황과 이에 따른 우울과 자살시도를 χ^2 test로 분석하였다. 또한, 우울과 자살시도 영향요인은 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 일반적 특성, 건강행태 및 주관적 자기인지

폭력을 경험한 청소년의 일반적 특성 및 건강행태, 주관적 자기인지 정도는 Table 1과 같다. 폭력경험비율은 남학생이 72.1%로 여학생보다 2배 이상 많았고, 중학생이 52.7%로 고등학생 47.3% 보다 다소 많았다. 학업성적은 하위권 42.7%, 상위권 36.7%, 중위권 20.6% 순이었고, 경제상태는 상위집단이 39.1%, 중위집단이 34.7%, 하위집단이 26.2%였다. 거주형태는 가족과 함께 거주한다고 응답한 집단이 78.7%로 다른 집단에 비해서 높은 비율을 보였으며, 친척과 함께 사는 집단이 7.3%, 친구와 함께 혹은 혼자 살거나 기숙사에 사는 집단이 7.1%, 보육시설에서 거주한다고 응답한 집단이 6.9%였다.

건강행태에서는 평생 흡연에서 있다고 응답한 대상자는 56.5%였으며, 평생음주에서는 39.6%로 평생 흡연 경험이 있는 대상자의 비율이 높은 것으로 나타났다. 주관적 수면충족에서는 적절하지 않다고 응답한 대상자 비율이 42.5%로 가장 높았고, 폭력피해 경험횟수도 반복성이 61.2%로 일회성보다 2배 정도 많은 것으로 나타났다. 주관적 건강 인지에서는 건강하다고 인지하는 대상자가 64.4%로 가장 많았으며, 주관적 행복감에서도 행복하다고 응답한 비율이 52.4%로 가장 많았다. 스트레스 인지에서는 높다가 47.0%이고 보통이다가 31.6%로 나타났으며, 고민상담자는 있다고 응답한 대상자가 75.8%로 없다고 응답한 대상자 비율보다 3배 정도 많은 것으로 나타났다.

2. 일반적 특성, 건강행태 및 주관적 자기인지에 따른 우울 및 자살시도

대상자의 우울은 학년과 고민상담자를 제외한 모든 변인에서 유의한 차이를 보였고 자살시도 경험은 학년을 제외한 모든 변인에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 2).

성별에 따른 우울은 여학생이 65.7%로 남학생보다 우울하다고 응답한 비율이 높고($\chi^2=31.84, p<.001$), 자살시도 경험도 25.5%로 남학생보다 높아 모두 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=18.86, p=.001$). 학업성적에 따른 우울은 하위권이 58.2%로 가장 높았으며 상위권이 52.6%, 중위권이 48.9% 순으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고($\chi^2=8.51, p=.028$), 자살시도 경험에서는 상위권이 20.7%로 가장 높았으며 하위권, 중위권 순으로 나타나 유의한 차이가 있었다($\chi^2=9.29, p=.020$). 경제상태에 따라서는 하위 집단에서 우울은 60.3%($\chi^2=13.89$,

Table 1. General Characteristic of Juvenile Victims of Violence (N=1,565)

| Characteristics | Categories | n (%) |
|--|--------------------------------------|--------------|
| Gender | Male | 1,128 (72.1) |
| | Female | 437 (27.9) |
| Grade | Middle | 825 (52.7) |
| | High | 740 (47.3) |
| Academic achievement | Excellent | 574 (36.7) |
| | Average | 323 (20.6) |
| | Poor | 668 (42.7) |
| Economic state | High | 612 (39.1) |
| | Middle | 543 (34.7) |
| | Low | 410 (26.2) |
| Residence type | With family | 1,232 (78.7) |
| | With relatives | 114 (7.3) |
| | With friend/alone/ in a dormitory | 111 (7.1) |
| | In a facility | 108 (6.9) |
| Lifetime smoking habits | No | 681 (43.5) |
| | Yes | 884 (56.5) |
| Lifetime alcohol consumption habits | No | 945 (60.4) |
| | Yes | 620 (39.6) |
| Sleep satisfaction | Adequate | 426 (27.2) |
| | Average | 474 (30.3) |
| | Not adequate | 665 (42.5) |
| Number of violent experiences | One time | 607 (38.8) |
| | ≥ Two times | 958 (61.2) |
| Perceived health | Healthy | 1,008 (64.4) |
| | Average | 396 (25.3) |
| | Unhealthy | 161 (10.3) |
| Perceived happiness | Happy | 820 (52.4) |
| | Average | 457 (29.2) |
| | Unhappy | 288 (18.4) |
| Perceived stress | High | 736 (47.0) |
| | Middle | 494 (31.6) |
| | Low | 335 (21.4) |
| Emotional support from family, friends, or teacher | Yes | 1,186 (75.8) |
| | No | 379 (24.2) |

$p=.003$), 자살시도 경험은 23.9% ($\chi^2=12.13, p=.008$)로 가장 높았고 집단 간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 거주형태에 따라서는 우울과 자살시도 경험 모두 보육시설에 거주한다고 응답한 집단에서 각각 80.4% ($\chi^2=34.12, p<.001$), 44.9% ($\chi^2=69.51, p<.001$)로 가장 높은 것으로 나타났다. 다만, 우울은 보육시설에 거주하는 집단 다음으로 친척과 거주하는 집단, 친구와 함께 혹은 혼자 살거나 기숙사에 사는 집단, 가족과 함

께 거주하는 집단의 순으로 나타났지만, 자살시도 경험에서는 친구와 함께 혹은 혼자 살거나 기숙사에 사는 집단 다음으로 친척과 거주하는 집단의 순으로 나타나 두 번째와 세 번째 순서에서 차이를 보였다.

평생흡연과 평생음주에서는 우울과 자살시도 경험 모두 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 우울은 평생 동안 한 번이라도 흡연을 한 경험이 있다고 응답한 대상자의 59.8% ($\chi^2=28.04, p<.001$), 자살시도 경험은 22.9% ($\chi^2=48.91, p<.001$)로 흡연 경험이 없다고 응답한 대상자에 비해 높은 것으로 나타났다. 평생 동안 한 번이라도 음주를 한 경험이 있다고 응답한 대상자의 62.5% 가 우울하다고 응답하였고 ($\chi^2=25.11, p<.001$), 27.2% 가 자살시도 경험을 한 적이 있다고 응답하였으며 이는 음주경험이 없다고 응답한 대상자보다 높은 것으로 나타났다 ($\chi^2=23.57, p<.001$). 주관적 수면충족에 따른 우울과 자살시도 경험은 적절하지 않다고 느끼는 경우가 각각 66.8% ($\chi^2=84.79, p<.001$), 26.1% ($\chi^2=42.48, p<.001$)로 가장 높게 나타났으며 유의한 차이가 있었다. 폭력피해 경험횟수에 따른 정신건강에서 우울 ($\chi^2=14.68, p<.001$)과 자살시도 경험 ($\chi^2=52.46, p<.001$), 모두 일회성으로 경험한 집단보다 반복적으로 경험한 집단에서 유의하게 높은 것으로 나타났다. 주관적 건강 인지에서도 우울과 자살시도 경험 모두 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 우울에서는 자신이 건강하지 않다고 인지하는 대상에서 78.7% ($\chi^2=51.06, p<.001$), 자살시도 경험은 31.1% ($\chi^2=19.69, p<.001$)로 나타났다. 주관적 행복감에서는 불행하다고 응답한 대상자의 79.7% 가 우울한 것으로 나타났고 ($\chi^2=106.39, p<.001$), 36.7% 가 자살시도 경험이 있는 것으로 나타났다 ($\chi^2=75.54, p<.001$). 스트레스 인지에서는 스트레스가 높다고 응답한 대상자의 65.2% 가 우울한 것으로 나타났고, 다음으로 낮다고 응답한 대상자는 47.2% , 보통이다가 42.6% 순으로 유의한 차이를 보였다 ($\chi^2=69.03, p<.001$). 자살시도 경험에서는 스트레스가 낮다가 24.7% 로 가장 높았으며 다음으로 높다가 22.3% , 보통이다가 9.2% 순으로 나타났으며 유의한 차이를 보였다 ($\chi^2=43.67, p<.001$). 우울에서는 스트레스 인지가 높은 경우가 가장 높았으나 자살시도 경험에서는 낮은 경우가 가장 높은 것으로 나타났다. 고민상담자 유무에 따른 결과에서 우울은 고민상담자가 있는 집단과 고민상담자가 없는 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났으나 자살시도 경험에서는 고민상담자가 있는 집단에서 17.3% , 고민상담자가 없는 집단에서 23.0% 로 고민상담자가 없는 경우 자살시도 경험이 높은 것으로 나타났다 ($\chi^2=6.31, p=.021$).

Table 2. Depression, Suicide Attempts by General Characteristic of Violence Victims

(N=1,565)

| Characteristics | Categories | Depression | | | Suicide attempts | | |
|--|--------------------------------------|------------|-------------|------------------------|------------------|-------------|-----------------------|
| | | No (n=717) | Yes (n=848) | χ^2 (p) | No (n=1,272) | Yes (n=293) | χ^2 (p) |
| | | n (%) | n (%) | | n (%) | n (%) | |
| Gender | Male | 566 (50.2) | 562 (49.8) | 31.84 ($< .001$) | 947 (84.0) | 181 (16.0) | 18.86 ($< .001$) |
| | Female | 151 (34.3) | 286 (65.7) | | 325 (74.5) | 112 (25.5) | |
| Grade | Middle | 398 (48.3) | 427 (51.7) | 4.58 (.744) | 681 (82.6) | 144 (17.4) | 1.91 (.223) |
| | High | 319 (42.9) | 421 (57.1) | | 591 (79.9) | 149 (20.1) | |
| Academic achievement | Excellent | 272 (47.4) | 302 (52.6) | 8.51 (.028) | 455 (79.3) | 119 (20.7) | 9.29 (.020) |
| | Average | 165 (51.1) | 158 (48.9) | | 281 (87.2) | 42 (12.8) | |
| | Poor | 280 (41.8) | 388 (58.2) | | 536 (80.3) | 132 (19.7) | |
| Economic state | High | 272 (44.5) | 340 (55.5) | 13.89 (.003) | 499 (81.6) | 113 (18.4) | 12.13 (.008) |
| | Middle | 281 (51.7) | 262 (48.3) | | 462 (85.0) | 81 (15.0) | |
| | Low | 164 (39.7) | 246 (60.3) | | 311 (76.1) | 99 (23.9) | |
| Residence type | With family | 611 (49.6) | 621 (50.4) | 34.12 ($< .001$) | 1,055 (85.7) | 177 (14.3) | 69.51 ($< .001$) |
| | With relatives | 40 (34.2) | 74 (65.8) | | 84 (74.3) | 30 (25.7) | |
| | With friend/alone/ in a dormitory | 45 (40.9) | 66 (59.1) | | 75 (68.6) | 36 (31.4) | |
| | In a facility | 21 (19.6) | 87 (80.4) | | 58 (55.1) | 50 (44.9) | |
| Lifetime smoking habits | No | 361 (53.0) | 320 (47.0) | 28.04 ($< .001$) | 591 (86.8) | 90 (13.2) | 48.91 ($< .001$) |
| | Yes | 356 (40.2) | 528 (59.8) | | 681 (77.1) | 203 (22.9) | |
| Lifetime alcohol consumption habits | No | 484 (51.2) | 461 (48.8) | 25.11 ($< .001$) | 821 (86.9) | 124 (13.1) | 23.57 ($< .001$) |
| | Yes | 233 (37.5) | 387 (62.5) | | 451 (72.8) | 169 (27.2) | |
| Sleep satisfaction | Adequate | 260 (61.1) | 166 (38.9) | 84.79 ($< .001$) | 374 (87.8) | 52 (12.2) | 42.48 ($< .001$) |
| | Average | 235 (49.6) | 239 (50.4) | | 408 (86.0) | 66 (14.0) | |
| | Not adequate | 222 (33.2) | 443 (66.8) | | 490 (73.9) | 175 (26.1) | |
| Number of violent experiences | One time | 315 (51.8) | 292 (48.2) | 14.68 ($< .001$) | 548 (90.3) | 59 (9.7) | 52.46 ($< .001$) |
| | \geq Two times | 402 (41.9) | 556 (58.1) | | 724 (75.7) | 234 (24.3) | |
| Perceived health | Healthy | 513 (50.9) | 495 (49.1) | 51.06 ($< .001$) | 842 (83.6) | 166 (16.4) | 19.69 ($< .001$) |
| | Average | 168 (42.5) | 228 (57.5) | | 320 (80.7) | 76 (19.3) | |
| | Unhealthy | 36 (21.3) | 125 (78.7) | | 110 (68.9) | 51 (31.1) | |
| Perceived happiness | Happy | 455 (55.5) | 365 (44.5) | 106.39 ($< .001$) | 706 (86.1) | 114 (13.9) | 75.54 ($< .001$) |
| | Average | 202 (44.2) | 255 (55.8) | | 385 (84.2) | 72 (15.8) | |
| | Unhappy | 60 (20.3) | 228 (79.7) | | 181 (63.3) | 107 (36.7) | |
| Perceived stress | High | 256 (34.8) | 480 (65.2) | 69.03 ($< .001$) | 571 (77.7) | 165 (22.3) | 43.67 ($< .001$) |
| | Middle | 284 (57.4) | 210 (42.6) | | 449 (90.8) | 45 (9.2) | |
| | Low | 177 (52.8) | 158 (47.2) | | 252 (75.3) | 83 (24.7) | |
| Emotional support from family, friends, or teacher | Yes | 543 (45.8) | 643 (54.2) | 0.00 (.986) | 981 (82.7) | 205 (17.3) | 6.31 (.021) |
| | No | 174 (45.7) | 205 (54.3) | | 291 (77.0) | 88 (23.0) | |

3. 우울 및 자살시도에 영향을 미치는 요인

대상자의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 단변량분석에서 유의하게 나온 변수를 투입하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(Table 3). 모든 독립변수들 간의 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)는 최댓값이 1.37로 10에 미치지 못하였고 공차값(tolerance)은 최저값이

0.73으로 0.20을 초과하여서 다중공선성 진단을 통과하였다. 본 연구에서 종속변수는 우울과 자살시도이며 로지스틱회귀 분석 모델에서는 독립변수가 종속변수를 얼마만큼 설명하는지를 보여주는 것이 Cox and Snell R^2 이다. 그러나 Cox and Snell R^2 은 최댓값이 1에 미치지 못하기 때문에 최댓값이 1이 되도록 보정된 수치인 Nagelkerke R^2 값이 이용되기도 한다[23]. Cox and Snell R^2 값과 Nagelkerke R^2 값은 우울은 각각 .17, .23

Table 3. Factors Influencing Depression and Suicide Attempts (N=1,565)

| Characteristics | Reference | Item | Depression [†] | | | | | Suicide attempts [†] | | | | |
|--|-------------|----------------------------------|-------------------------|------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------|------|-------|--------------------------|-------|
| | | | B | SE | Wald | OR [†] (95% CI) | p | B | SE | Wald | OR [†] (95% CI) | p |
| Gender | Male | Female | -0.44 | 0.13 | 11.38 | 1.59 (1.23~2.05) | <.001 | 0.60 | 0.17 | 11.83 | 1.81 (1.29~2.55) | <.001 |
| Academic achievement | Excellent | Average | -0.15 | 0.16 | 0.46 | 1.13 (0.81~1.58) | .642 | -0.21 | 0.19 | 1.15 | 0.72 (0.45~1.16) | .319 |
| | | Poor | -0.02 | 0.16 | | 1.15 (0.84~1.58) | | 0.12 | 0.23 | | 0.81 (0.58~1.14) | |
| Economic state | High | Middle | 0.46 | 0.17 | 6.30 | 0.60 (0.45~0.82) | .002 | -0.29 | 0.21 | 0.97 | 0.88 (0.58~1.34) | .380 |
| | | Low | -0.04 | 0.17 | | 0.62 (0.44~0.86) | | -0.16 | 0.21 | | 0.75 (0.50~1.13) | |
| Residence type | With family | With relatives | -1.36 | 0.30 | 8.03 | 1.81 (1.09~3.00) | <.001 | 0.96 | 0.26 | 8.00 | 1.75 (1.02~3.01) | <.001 |
| | | With friend/alone/in a dormitory | -0.81 | 0.39 | | 1.35 (0.89~2.05) | | 0.40 | 0.37 | | 2.33 (1.39~3.91) | |
| | | In a facility | -1.11 | 0.33 | | 3.66 (2.02~6.64) | | 0.11 | 0.35 | | 2.61 (1.56~4.37) | |
| Lifetime smoking habits | No | Yes | -0.28 | 0.13 | 4.31 | 1.33 (1.02~1.73) | .035 | 0.19 | 0.17 | 1.31 | 1.23 (0.88~1.73) | .254 |
| Lifetime alcohol consumption habits | No | Yes | -0.31 | 0.14 | 4.76 | 1.36 (1.03~1.78) | .030 | 0.65 | 0.18 | 13.43 | 1.92 (1.35~2.72) | <.001 |
| Sleep satisfaction | Adequate | Average | -0.78 | 0.15 | 13.59 | 1.47 (1.07~2.02) | <.001 | 0.43 | 0.20 | 3.65 | 1.06 (0.67~1.68) | .027 |
| | | Not adequate | -0.39 | 0.15 | | 2.17 (1.60~2.92) | | 0.37 | 0.18 | | 1.54 (1.04~2.29) | |
| Number of violent experiences | One time | More than two times | -0.30 | 0.13 | 5.27 | 1.34 (1.04~1.74) | .024 | 0.87 | 0.19 | 22.01 | 2.39 (1.70~3.43) | <.001 |
| Perceived health | Healthy | Average | -0.60 | 0.24 | 3.07 | 1.00 (0.73~1.35) | .052 | -0.01 | 0.26 | 0.01 | 1.03 (0.67~1.57) | .986 |
| | | Unhealthy | -0.60 | 0.27 | | 1.82 (1.12~2.95) | | -0.04 | 0.25 | | 0.99 (0.59~1.66) | |
| Perceived happiness | Happy | Average | -1.10 | 0.21 | 14.22 | 1.31 (0.99~1.75) | <.001 | 1.11 | 0.23 | 13.35 | 1.19 (0.81~1.76) | <.001 |
| | | Unhappy | -0.82 | 0.20 | | 2.90 (1.92~4.39) | | 0.93 | 0.21 | | 3.04 (1.93~4.79) | |
| Perceived stress | High | Middle | 0.71 | 0.17 | 11.74 | 1.13 (0.81~1.56) | <.001 | 0.11 | 0.19 | 7.05 | 0.45 (0.28~0.71) | <.001 |
| | | Low | 0.14 | 0.16 | | 2.01 (1.46~2.79) | | 0.81 | 0.24 | | 0.90 (0.61~1.31) | |
| Emotional support from family, friends, or teacher | Yes | No | | | | | | 0.26 | 0.19 | 1.90 | 1.29 (0.89~1.86) | .168 |

SE=Standard error; OR=Odds ratio; CI=Confidence interval; [†] Nagelkerke R² was .23 (Cox and Snell R² was .17); [†] Nagelkerke R² was .24 (Cox and Snell R² was .15).

이었고 자살시도는 각각 .15, .24였다. 두 가지 모델 모두 모형 적합도 검증을 통과하였다(우울: $\chi^2=11.269$, $df=8$, $p=.187$, 자살 시도: $\chi^2=2.349$, $df=8$, $p=.968$).

우울의 경우 성별, 성적, 경제상태, 거주형태, 평생흡연, 평생음주, 주관적 수면충족, 폭력피해 경험횟수, 주관적 건강 인지, 주관적 행복감, 스트레스 인지가 독립변수로 투입되었다. 가족과 함께 거주하는 대상자에 비해 보육시설 거주 대상자가 3.66배(95% CI: 2.02~6.64, $p<.001$), 친척과 거주하는 대상자는 1.81배(95% CI: 1.09~3.00, $p<.001$), 친구와 함께 혹은 혼자 살거나 기숙사에 사는 대상자는 1.35배(95% CI: 0.89~2.05, $p<.001$) 우울 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 주관적 행복감에서는 행복하다고 응답한 대상자에 비해 불행하다고 인지한 대상이 2.90배(95% CI: 1.92~4.39, $p<.001$), 주관적 수면충족에서는 적절하다고 응답한 대상자에 비해 적절하지 않다고 답한 대상이 2.17배(95% CI: 1.60~2.92, $p<.001$), 스트레스 인지에서는 스트레스가 높다고 응답한 대상에 비해 낮다고 응답한 대상이 2.01배(95% CI: 1.46~2.79, $p<.001$) 우울 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 성별에서는 남학생에 비해 여학생이 1.59배(95% CI: 1.23~2.05, $p<.001$), 평생음주에서는 음주 경험이 없는 대상에 비해 음주경험이 있는 경우가 1.36배(95% CI: 1.03~1.78, $p=.030$), 폭력피해 경험횟수에서는 일회성에 비해 반복성이 1.34배(95% CI: 1.04~1.74, $p=.024$), 평생흡연에서는 흡연경험이 없는 대상에 비해 있는 대상에서 1.33배(95% CI: 1.02~1.73, $p=.035$) 우울 가능성이 증가하는 것으로 나타났다.

자살시도에서는 성별, 성적, 경제상태, 거주형태, 평생흡연, 평생음주, 주관적 수면충족, 폭력피해 경험횟수, 주관적 건강 인지, 주관적 행복감, 스트레스 인지, 고민상담자가 독립변수로 투입되었다. 주관적 행복에서 행복하다고 응답한 대상자에 비해 불행하다고 응답한 대상자는 3.04배(95% CI: 1.93~4.79, $p<.001$) 자살시도 경험이 증가하는 것으로 나타났고, 거주형태에서는 가족과 거주하는 것에 비해서 보육시설에서 거주하는 경우가 2.61배(95% CI: 1.56~4.37, $p<.001$), 친구와 함께 혹은 혼자 살거나 기숙사에 사는 경우가 2.33배(95% CI: 1.39~3.91, $p<.001$), 친척과 거주하는 대상자가 1.75배(95% CI: 1.02~3.01, $p<.001$) 자살시도 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 폭력피해 경험 횟수에서도 일회성에 비해 반복성이 2.39배(95% CI: 1.70~3.43, $p<.001$), 평생음주경험이 없는 대상에 비해 있는 대상이 1.92배(95% CI: 1.35~2.72, $p<.001$), 성별은 남학생에 비해 여학생이 1.81배(95% CI: 1.29~2.55, $p<.001$), 주관적 수면충족에서는 적절하다고 응답한 대상자에 비해 부족

하다고 응답한 대상이 1.54배(95% CI: 1.04~2.29, $p=.027$) 자살시도 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 스트레스 인지에서는 스트레스가 높은 대상에 비해서 보통이라고 응답한 대상이 0.45배(95% CI: 0.28~0.71, $p<.001$), 낮다고 응답한 대상이 0.90배(95% CI: 0.61~1.31, $p<.001$) 자살시도 가능성이 감소하는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 국내 청소년건강행태 온라인조사 자료를 분석하여 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 수행되었다. 본 연구결과 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인과 일반 청소년의 우울과 자살에 영향을 미치는 요인이 다소 차이를 보이는 것으로 나타났다. 즉, 우울에는 성별, 경제상태, 거주형태, 평생흡연, 평생음주, 주관적 수면충족, 폭력피해 경험횟수, 주관적 행복감, 스트레스 인지가 영향을 미쳤으며, 자살시도에서는 성별, 거주형태, 평생음주, 주관적 수면충족, 폭력피해 경험횟수, 주관적 행복감, 스트레스 인지가 영향을 미쳤다. 이는 선행연구에서 청소년의 우울과 자살의 영향요인으로 학년, 학업성취도, 부모와 동거유형, 주관적 가구경제수준, 부모와 또래 및 교사와의 갈등, 외모 등을 제시한 것과 유사한 결과이다[19].

본 연구대상자의 성별에 따른 결과에서는 남학생이 72.1%, 여학생이 27.9%로 남학생이 2배 이상 폭력피해 경험이 많은 것으로 나타났으며 이는 기존의 연구와 일치하였다[24]. 폭력피해를 경험한 경우, 여학생이 남학생에 비해서 우울은 1.59배, 자살시도 1.81배로 거의 2배가 많은 것으로 나타났으며 이는 학교폭력피해 비율은 남자 청소년이 많았지만, 이로 인한 정신건강의 영향은 여자 청소년이 많은 것으로 알려진 기존의 연구와 맥을 같이 한다고 할 수 있겠다[25]. 이러한 영향에 대해서 발달학적 관점에서 사춘기의 발달속도가 남자보다 여자가 빠른 경향이 있기 때문에 이 시기에 발생하는 심리적 문제와 질환이 성별에 따라 차이가 있고 자살시도와 유병률에도 영향을 줄 수 있다고 사료된다[24,25]. 이러한 차이를 고려하여 동일한 폭력피해를 경험한 경우라도 다양한 시각으로 접근하는 것이 필요하며 특히, 여학생의 특성을 고려한 간호중재안의 고안이 필요함을 고려해 볼 수 있는 부분이라 하겠다.

학년과 학업성적은 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 주는 요인으로 유의하지 않은 것으로 나타났고, 경제상태는 폭력피해를 경험한 청소년의 우울에서만 영

향이 있는 것으로 나타났다. 그러나 Lee와 Son [20]의 연구에서 경제생활 수준이 폭력피해를 경험하는 청소년의 정신건강에 위험요인으로 보고 예방적 중재의 대상으로 제시하고 있어 다소 차이가 있었다. 이는 폭력을 경험하게 되는 상황에 대한 예방적 중재와 폭력을 경험한 이후에 정신건강을 예방하기 위한 중재에서 고려하여야 할 요인이 다를 수 있음을 예측할 수 있는 것으로 보인다.

경제상태에서는 상위집단에 비해 중위집단과 하위집단이 낮은 수준의 우울을 보이는 것으로 나타났으며 경제수준이 낮은 경우에 우울증이 증가한다는 연구와는 상이한 결과이다 [20]. 가정의 경제수준과 우울의 관계에 대해서는 국내외 연구들에서 불일치하는 연구결과를 [26] 보이고 있어 우울의 영향요인으로 가족을 넘어선 학교 및 사회적 요인 등 다양한 변인들을 함께 고려할 필요가 있음을 시사해준다. 그럼에도 불구하고, 폭력피해와 같은 부정적 사건에 노출되는 빈도가 부모의 경제적 지위가 낮은 경우에 높다는 기존의 연구결과로 볼 때 [20], 경제적 수준이 높은 경우에는 폭력피해와 같은 부정적 사건에 노출될 가능성은 낮을 것으로 보이나 이로 인한 부정적 영향이 더 클 수 있음을 예측할 수 있을 것으로 사료된다.

거주형태가 폭력피해를 경험한 청소년의 정신건강에 유의한 영향을 미치는 것으로 조사되었으며 우울은 가족과 있는 경우보다 시설에 있는 경우가 3.66배 많았으며 자살시도는 2.61배 많은 것으로 나타났다. Bowes 등[27]의 연구에서도 가족 환경은 폭력피해 경험과 강한 관련이 있음을 설명하고 있으며 특히, 가족과 거주하는 것에 비해서 시설에 거주하는 경우 폭력피해를 경험할 가능성이 약 16~25배 많은 경향이 있는 것으로 보고되었다[27]. 특히, 거주형태와 주관적 행복감의 결과는 안정적인 거주형태를 통하여 경험할 수 있는 지지와 자신에 대한 긍정성이 폭력피해 청소년의 정신건강에 보호요인으로 작용한다는 선행연구와 일치하는 결과이다[15]. 이는 가족 지지지원의 중요성과 긍정적 사고를 향상시킬 수 있는 가족 중심의 중재방안이 수립되어야 함을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

평생흡연과 평생음주에 있어서는 평생흡연은 우울에서만 유의한 관련 요인으로 나타났고 평생음주는 우울과 자살시도 모두에 유의한 영향요인으로 나타났다. 우울과 흡연, 음주의 관련성에 대한 기존 연구에서 흡연은 우울과 관련성을 보이나 음주는 우울한 기분에 따라 음주행동을 강화시킬 수 있는 간접적인 영향은 있으나 우울증상에 따른 흡연과 음주에 유의한 차이가 없음을 제시하고 있어[28] 이에 대한 추후연구가 필요할 것으로 보인다. 자살시도는 평생음주 여부에 따라 유의한 차이를 보이는 것으로 조사되어, 청소년 자살시도자의 80% 이상이

알코올 사용 질환 등을 가지고 있다는 기존의 연구와 일치하였다[25]. 이는 청소년의 자살시도를 이해하는 데 있어서 성인들과는 다르게 현재를 벗어나고자 충동적으로 일어나는 경우가 많다[10]는 기존의 연구들을 고려해 볼 때, 폭력피해라는 부정적 사건을 경험한 청소년의 자살시도를 예방하기 위해서는 충동적인 상황을 유발할 수 있는 음주습관도 고려의 대상이 되어야 할 것으로 생각된다.

폭력피해 경험횟수에 따른 결과에서도 시사점이 있다. 폭력피해 경험이 일회성보다는 반복성일 때 우울은 1.34배, 자살시도 경험은 2.39배 많은 것으로 나타나 일회성에 비해 지속적인 때 부정적인 영향을 줄 수 있다는 것을 알 수 있다. 최근 청소년 폭력피해 관련 기사를 통하여 청소년들이 경험하는 첫 번째 폭력피해가 소홀히 다루어지거나, 폭력피해자가 스스로 해결해야 하는 문제로 인식하고 대처함으로써 폭력피해를 경험한 청소년이 회복하기 어려운 상처를 경험하게 되는 안타까운 상황을 접하곤 한다. 학교폭력피해는 일시적인 사건으로 끝나기도 하지만 일부는 아동기부터 청소년기에 이르기까지 지속적으로 경험하게 된다[5]는 점에서 청소년기에 경험하는 폭력피해의 지속성에 대해서 간과해서는 안 될 것으로 사료된다. Hodges 등[29]은 지속적으로 폭력피해를 경험한 청소년은 또래들에게 잘 수용되지 못하거나 그들 자신이 또 다른 폭력피해자 친구를 사귀는 경향이 있어 폭력피해가 지속될 수 있고, 두 번째 폭력피해를 경험하는 시점부터는 도움을 받지 못한다는 생각에 감추려는 경향을 보이게 된다고 하였다. 따라서 처음 폭력피해를 경험하는 청소년을 조기 발견하고 이에 대한 적극적인 개입의 노력이 필요하다.

스트레스 인지도 우울과 자살시도의 영향요인으로 나타났는데 기존 연구에서도 우울과 자살시도의 중요한 영향요인으로 스트레스를 포함하고 있을 뿐만 아니라, 일상 스트레스가 청소년의 자살시도에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고되었다[19]. 스트레스 인지가 낮은 경우에 자살시도의 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 이는 자살이 우울, 자살생각, 자살계획, 자살시도로 이루어지는 단계적 구조를 가지고 있다[19]는 기존의 연구를 기반으로 폭력피해를 경험한 청소년이 스트레스 인지에 따른 중재를 제공함에 있어서 스트레스 인지가 낮은 경우에도 우울의 가능성을 고려하여 지속적인 관심을 제공하는 것이 필요함을 알 수 있다. 또한, 폭력피해를 경험한 청소년에 대한 중재로 자신의 심리적 변화를 인지하고 도움을 청할 수 있도록 하는 체계마련과 스트레스 대처능력 강화 중재 프로그램 개발이 필요하다.

폭력피해를 경험한 청소년의 사회적 지지자원으로 살펴봤

던 고민상담자는 우울과 자살시도에 관련이 없는 것으로 나타났다. 이는 가족이나 주변의 지인이 우울과 자살시도에 대한 지지적인 고민상담자가 되지 못하고 있다고 볼 수 있으므로 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 중재적 역할을 할 수 있는 고민상담자의 역할과 개입방법 및 전문 인력 양성에 대한 구체적인 방안을 수립하는 연구와 정책 수립이 필요할 것으로 사료된다.

폭력피해가 청소년기 정신건강에 부정적인 영향을 줄 수 있는 강력한 요인임을 고려할 때, 폭력피해에 노출된 청소년을 위한 대안 수립은 매우 중요한 것으로 보인다. 이에 본 연구는 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 영향을 미치는 요인으로 선행연구와 다른 요인들을 파악할 수 있었다는 데 의의가 있다고 하겠다. 가정폭력을 경험한 아동청소년의 보호 요인에 대한 기존 연구[30]에서 제시되었던 자긍심, 내적통제, 공식적 지지와 유사하게 본 연구에서도 폭력피해라는 부정적 경험을 한 청소년의 정신건강에 긍정적 요인으로 작용하는 거주형태에 따른 지지, 주관적 행복감에 따른 긍정성, 스트레스 상황에 대한 자기 인지를 살펴볼 수 있었으며 부정적 요인으로 폭력피해 경험횟수를 살펴볼 수 있었다.

본 연구의 제한점은 단면적 접근법으로 수집한 자료를 활용하였으므로 인과관계를 단언할 수 없다는 것과 연구에 사용된 원시자료가 자가 보고식 설문조사로 시행된 것으로 폭력피해, 우울, 자살시도와 같이 민감한 사안에 대해서 솔직하게 응답하지 않았거나 불충실하게 응답했을 가능성이 있다. 특히, '치료를 받을 정도의 폭력경험'이라고 명시하여 폭력피해의 폭을 제한함으로써 좀 더 많은 대상이 포함되지 않았을 가능성이 있다. 또한, 이차자료를 활용함으로써 원시자료에 포함된 변수들 외에 더 다양한 개인적 요인을 설명하는 변수들을 분석하지 못하였으므로 제한점을 보완하는 추후연구가 필요할 것으로 사료된다.

결 론

본 연구는 전국에서 수집된 제11차(2015년) 청소년건강행태 온라인조사 통계자료를 이용하여 폭력피해를 경험한 청소년들의 우울, 자살시도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구로 폭력피해를 경험한 청소년의 우울, 자살시도의 영향을 최소화하기 위한 전략 수립 및 중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구결과에 의하면, 폭력피해를 경험한 청소년의 우울과 자살시도에 공통적으로 영향을 주는 주요인자는 성별, 거주형태, 평생음주, 주관적 수면충

족, 폭력피해 경험횟수, 주관적 행복감, 스트레스 인지로 나타났다. 이에 폭력을 경험한 청소년을 위한 개입전략으로 환경적으로는 안정감을 제공해 줄 수 있는 지지적인 인적, 물적 자원을 마련하는 것이 가족을 중심으로 필요하며, 개인적으로는 자신의 상황을 긍정적으로 바라볼 수 있는 긍정적 사고력 향상과 힘든 상황을 인지하고 이에 따른 바람직한 대처방안을 선택할 수 있는 기회를 제공할 수 있는 적극적인 중재방안이 수립될 필요가 있다. 또한, 폭력피해 경험에 대한 초기대응의 중요성을 고려하여 정신건강에 대한 이해와 정신건강 양상에 따른 접근 방법을 숙지한 전문가에 의한 중재가 제공되어야 할 필요가 있음을 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Bang, Myoung Hee <https://orcid.org/0000-0001-6824-6814>
Yang, Soo <https://orcid.org/0000-0001-6082-9740>

REFERENCES

1. National Youth Policy Institute. An introduction to youth studies. Seoul: Kyoyookgwahaksa; 2007. 30 p.
2. Park HS, Lee KS. Developmental trajectories and predictors of violent victimization among adolescents. *Journal of Korean Education*. 2012;39(1):119-142.
3. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(5):282-288. <https://doi.org/10.1177/070674371005500503>
4. Park OS. National survey report on school violence in Korea. Report [Internet]. Seoul: Youth Peace. 2013 April 30. Report No. 12-001. [cited 2017 May 24]. Available from: <https://blog.naver.com/bakbht/185850015>
5. Ha EH, Song DH. Effects of negative automatic thoughts on depression in adolescence. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2005;44(1):89-97.
6. Kim JY, Lee GY. Study on the influence of school violence on the adolescent's suicidal ideation. *Korea Journal of Youth Studies*. 2010;17(5):121-149.
7. Campbell C, Schwarz DF. Prevalence and impact of exposure to interpersonal violence among suburban and urban middle school students. *Pediatrics*. 1996;98(3):396-402.
8. Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivu-maa-Honkanen H, Viinamäki H. Impact of multiple traumatic

- experiences on the persistence of depressive symptoms: a population-based study. *Nordic Journal of Psychiatric*. 2004;58(6): 459-464. <https://doi.org/10.1080/08039480410011687>
9. Kim YS, Koh Y, Leventhal B. Prevalence of school bullying and related psychopathology in middle school students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158(8):737-741. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.737>
10. Kim YB, Lee JS. Experiences of subliming of the bereaved family due to suicide. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;15(4):446-458.
11. Brent DA, Kalas R, Edelbrock C. Psychopathology and its relationship to suicidal in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1985;25(5):666-673.
12. Kim JR, Kim HS. The influence of family violence and school violence on suicidal impulses in adolescents. *Health and Social Welfare Review*. 2014;34(2):310-333.
13. Park SY, Cho SH, Jeon GS. Gender differences in correlates of depression and suicidal ideation among Korean adolescents. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2012;6(4):295-308. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2012.6.4.295>
14. Lee EH. Effects of stress related to school, self-esteem, parent-child communication and parents' internal support of adolescent depression. *Korean Journal of Psychology*. 2000;12(2): 69-84.
15. Jung HK, An OH, Kim GH. Predicting factors on youth suicide impulse. *Korean Journal of Youth Studies*. 2003;10(2):107-126.
16. Vaux A. Social support: theory, research, and intervention. New York: Praeger Publishers; 1988. 346 p.
17. Dubow E, Ullman DG. Assessing social support in elementary school children: the survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1989;18(1):52-64. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1801_7
18. Lee KS, Park SY. A study on the perceived stress and social supports of adolescent. *Family and Environment Research*. 2000;38(9):93-106.
19. Shin HJ, Jung IJ, Lee SA, Lee HY, Park JY. Factors affecting depression, suicidal ideation, suicide plans and suicide attempts in adolescence. *Journal of School Social Work*. 2014;27:25-50.
20. Lee EH, Son JM. A study on the influential factors on the mental health of the junior high school student who experience school violence: application of the resiliency model. *Journal of Youth Welfare*. 2011;13(2):149-171.
21. Chung SS, Joung KH. Risk factors related to suicidal ideation and attempted suicide: comparative study of Korean and American youth. *The Journal of School Nursing*. 2012;28(6):448-458. <https://doi.org/10.1177/1059840512446704>
22. Ministry of Education, Ministry of Health and Welfare. Korea youth risk behavior web-based survey. Osong: Korea centers for Disease Control and Prevention; 2015 November. Report No. 11-1460736-000038-10.
23. Bewick V, Cheek L, Ball J. Statistics review 14: logistic regression. *Critical Care*. 2005;9(1):112-118. <https://doi.org/10.1186/cc3045>
24. Lee EH. The effect of the adolescent student's school violence experience on mental health: the mediating effect of resilience. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2017;18(3):146-156. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.3.146>
25. Cho SJ, Jeon HJ, Kim JK, Seo TW, Kim SU, Ham BJ. Prevalence of suicide behaviors (suicidal ideation and suicide attempt) and risk factors of suicide attempts in junior and high school adolescents. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2002;41(6):1142-1155.
26. Flannery DJ, Wester KL, Singer MI. Impact of exposure to violence in school on child and adolescent mental health and behavior. *Journal of Community Psychology*. 2004;32(5):559-573. <https://doi.org/10.1002/jcop.20019>
27. Bowes L, Maughan B, Ball H, Shakoor S, Ouellet-Morin I, Caspi A, et al. Chronic bullying victimization across school transitions: the role of genetic and environmental influences. *Development and Psychopathology*. 2013;25(2):333-346. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001095>
28. Park NH. Gender differences in the association between psycho-social factors and smoking, drinking in adolescents. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2005;22(4): 123-136.
29. Hodges EV, Malone MJ, Perry DG. Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental Psychology*. 1997;33(6):1032-1039.
30. Jang DH. Protective factors on the adjustment of adolescents who have experienced family violence. *Korean Journal of Family Welfare*. 2010;15(1):21-43.