

청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인: 자살생각 경험이 있는 중·고등학생을 중심으로*

박 소 연**

김 재 인***

양 소 남****

본 연구는 자살생각 경험이 있는 청소년을 대상으로 자살시도에 영향을 미치는 요인을 인구사회학적 요인, 가구유형 요인, 사회적지지 요인, 건강관련 요인을 통해 살펴보는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 질병관리본부가 실시한 2014년 제10차 청소년 건강행태 온라인 조사를 이용하여 자살을 생각해 본 청소년 9,438명의 자살시도에 영향을 미치는 요인을 로지스틱회귀분석으로 분석하였다. 연구분석결과, 인구사회학적 요인에서는 여학생일 경우, 학년이 낮을수록, 가계경제수준이 높을수록, 학업성적이 낮을수록, 가구유형 요인에서는 소년소녀 가구의 경우, 한부모 가구의 경우, 조손 가구의 경우, 다문화 가족의 경우, 그리고 북한이탈주민 가족의 경우에, 사회적지지 요인에서는 가족지지 및 친구지지가 있는 경우에, 건강관련 요인에서는 우울증상이 있는 경우에, 현재 음주자인 경우에, 약물사용 경험이 있는 경우에 청소년의 자살시도가 증가하는 것으로 나타났다. 본 연구결과를 토대로 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도 위험을 감소시킬 수 있는 방안에 대하여 논의하였다.

주제어 : 자살을 생각해 본 청소년, 자살시도, 가구유형 요인, 건강관련 요인

* 본 연구는 2015학년도 경기대학교 대학원 연구원장학생 장학금 지원에 의하여 수행되었음.

** 주저자: 경기대학교 사회복지학과 조교수(E-mail: spark831@gmail.com)

*** 공동저자: 경기대학교 사회복지학과 석사과정(E-mail: ksdey@naver.com)

**** 교신저자: 경기대학교 사회복지학과 부교수(E-mail: snyang@kgu.ac.kr)

I. 서론

우리나라는 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 가장 높은 자살률을 보이고 있다. 국내 자살사망률은 인구 10만 명당 29.1명(2012년 기준)으로, 이는 OECD 평균인 11.9명의 2배 이상 높은 수치이다(OECD, 2015). 자살 문제는 우리 사회 전반에 걸친 심각한 사회문제로 인식되고 있으며, 지속적으로 증가하고 있는 자살사망률을 낮추기 위해 정부는 국가자살 예방종합대책을 수립하는 등 자살예방활동에 주력하고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 여전히 자살사망률은 감소하지 않고 있으며 무엇보다도 청소년 사망 원인의 1순위가 자살이라는 조사결과(여성가족부 · 통계청, 2014)는 청소년 자살 문제가 위험 수위를 넘어선 것을 반증한다.

청소년기는 신체 · 정서적으로 불안정한 시기로 성인에 비해 충동적으로 자살시도를 할 위험이 높고, 그 양상에 있어 성인과 차이를 보이고 있다(박광배 · 신민섭, 1991). 특히 자살을 시도하는 청소년의 연령대가 점점 낮아지고 있다는 점(이상구 · 이운정 · 정혜선, 2011; 박은옥, 2008)에서 청소년기 자살문제는 반드시 예방해야 할 위험 행동이다.

일반적으로 자살은 자살생각, 자살계획, 자살시도, 자살성공의 4단계를 거친다(Nock et al., 2008). 자살생각은 자살성공으로 가는 연속선상의 시작이라 할 수 있고(Maris, 2002), 자살시도는 죽으려는 명백한 의도를 가지고 다양한 자기 파괴적인 행동을 시도 하지만 이로 인해 사망하지는 않는 경우를 말한다(Evans · Farberow, 2003). 자살시도에 대한 연구를 살펴보면 자살생각을 하는 청소년의 경우 그렇지 않은 청소년에 비해 자살을 성공할 가능성이 매우 높은 것으로 보고되고 있다(Grolegger · Tomori · Kocmur, 2003). 또한 자살생각을 했던 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 자살을 더 많이 시도한다는 연구결과(차미영 · 강승호, 2010; Gould et al., 2003)에 근거할 때, 자살생각은 자살시도를 하게 하는 매우 중요한 요인임을 추론할 수 있다.

그러나 자살시도와 관련된 연구들은 연구대상을 수집하는데 현실적인 어려움이 있기 때문에 대부분 계획은 세웠으나 실행으로 옮기지 않는 상태인 자살생각에 초점을 맞추고 있다. 자살생각에 영향을 미치는 요인은 다양하게 보고되고 있다. 우선 가족구조의 변화는 청소년들에게 중대한 생활사건으로 받아들여짐으로써 자살생각을 유발시킬 가능성이 높다(김현실, 2002; Dixon · Heppner · Anderson, 1991). 보육시설에 거주하거나(De Wilde et al., 1992), 소년소녀가구(박병금, 2006), 다문화 가족의 청소년일 경우(김현식 · 김두섭, 2014), 그리고 조손가정과 북한이탈주민 가족의 청소년일 경우 상대적으로 자살생각을 많

이 하는 것으로 나타나(임영식, 2004) 보호자의 존재여부와 새로운 환경에 대한 적응 여부는 청소년의 자살생각에 매우 중요한 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다. 양부모 가정의 청소년일지라도 가족 간의 유대관계가 약하거나 가족기능이 원활하지 못한 경우 이 역시 청소년의 자살생각에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Lewinsohn, 1994).

이와 함께 우울은 청소년 자살의 가장 강력한 위험요인 중 하나로 알려져 있다(Peter · Paul · John, 1994). 청소년 자살 시도자들이 우울을 경험하였고(이구상, 2012; 서상범, 2011; 신의진, 2003), 우울을 경험한 청소년 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 자살을 시도할 가능성이 높다는 결과(지유나, 2008)를 통해, 자살시도자들의 대부분이 우울증으로 인한 자살사고를 경험하였음을 알 수 있다. 우울과 마찬가지로 청소년기의 스트레스 또한 청소년 자살을 발생시킨다(김진주 · 조규판, 2011; 홍영수, 2009). 자살 청소년에 대해 심리적 부검을 실시한 연구에서도 자살 청소년 대부분이 자살 직전 엄청난 스트레스를 경험하였다고 보고하고 있는데(Marttunen · Aro · Lonnqvist, 1993), 이러한 결과에 근거할 때 스트레스가 청소년의 자살생각과 자살시도에 매우 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

이 밖에도 청소년의 음주 및 약물 문제가 청소년의 자살사고 유무를 예측하는 중요한 변인이 될 수 있다는 사실은 이미 여러 경험적인 연구들을 통해 증명된 바 있다(이해경 · 신현숙 · 이경성, 2006; Bridge · Goldstein · Brent, 2006).

앞서 언급한 바와 같이 청소년의 경우 자살생각은 자살시도에 영향을 미치는 주요 요인으로 보고되고 있으며(김갑숙 · 박치홍, 2015), 최근에는 자살생각에서 더 나아가 이를 행동으로 옮기는 자살시도에 영향을 미치는 요인이 무엇인지에 대한 관심이 증가하고 있다. 이는 자살시도가 자살생각에 비해 실제로 사망할 가능성이 더 높고, 설사 사망에 이르지 않았다 하더라도 청소년의 성장과정을 통해 또 다시 표출될 가능성이 높기 때문이다(김현순 · 김병석, 2008). 자살시도에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 가계경제수준이 낮을수록, 학업성적이 낮을수록 자살시도를 더 많이 하는 것으로 나타났다(한상영 · 전용관, 2012). 성별에 대해서는 여학생이 자살시도를 더 많이 한다는 연구결과(정묘순 · 서수균, 2014; 이상구 외, 2011)와 함께 자살시도에는 남녀 간에 별다른 차이가 없다는 결과(Lilienfeld · Hess, 2001)도 보고되고 있다. 이와 함께 우울, 폭력피해(이규영, 2015; 신혜정 외, 2014), 음주, 흡연, 스트레스(손신영, 2014) 등이 자살시도에 영향을 미치는 요인으로 알려져 있다.

한편 선행연구들은 사회적지지를 청소년 자살을 감소시킬 수 있는 중요한 보호요인으로 제시하고 있다(차미영 · 강승호, 2010; 고성은 · 홍혜영, 2009; 홍영수, 2009). 사회적지지

는 중요한 타인으로부터 얻어지는 긍정적인 모든 자원을 의미하는데 청소년기에는 가족, 친구, 선생님 등과의 유대관계를 통해 심리적 안정감을 갖게 된다(이은희·조윤자, 2008). 이와 같은 사회적지지이 결여될 경우 청소년들은 강한 외로움을 느낄 수 있으며 이를 더 이상 감당할 수 없게 될 때 자살로 이어질 수 있다고 보고되고 있다(차미영·강승호, 2010).

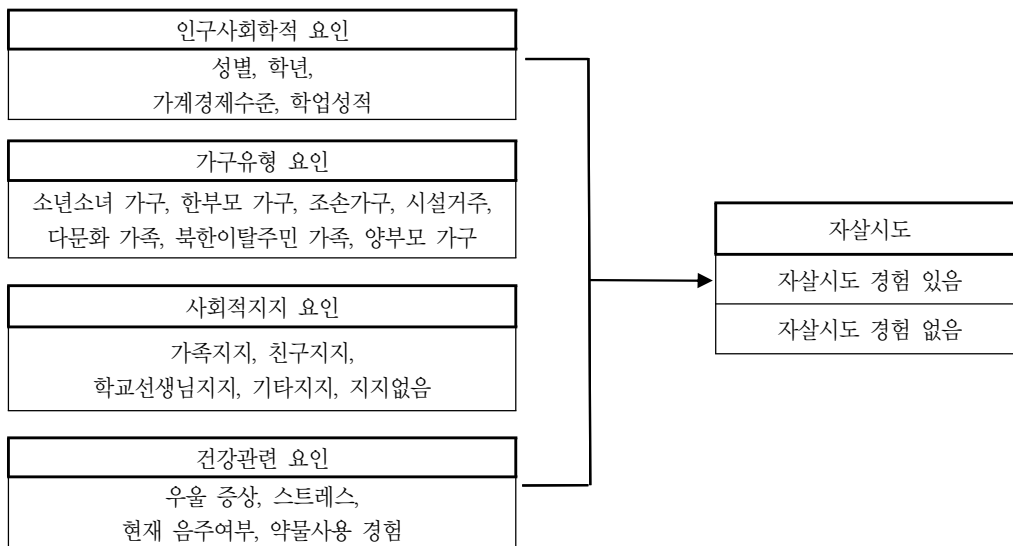
이상에서 살펴본 바와 같이 선행연구들은 청소년의 자살시도로 직결될 수 있는 자살생각에 영향을 미치는 다양한 위험요인들을 분석하였고, 사회적지지이 자살을 예방하는 보호요인임을 밝히는데 기여하였다. 그러나 다양한 사회환경 요소의 결과로 나타나는 청소년 자살률이 감소 추세로 전환되기 위해서는 보다 다각적인 측면에서 직접적인 자살행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구가 요구된다. 이와 함께 기존 연구들은 연구대상 수집의 한계로 인해 자살생각이나 자살을 시도할 의향 등 자살에 대한 태도나 의지를 중심으로 조사를 수행해왔으나, 의향이나 의지와 실제적인 자살행동에는 분명한 간극이 존재한다. 무엇보다도 자살생각을 넘어선 자살시도는 청소년의 사망과 직결되기 때문에, 보다 예방적이고 실천적인 대안을 모색하기 위해서는 실제로 자살생각을 경험한 청소년을 대상으로 이들의 자살시도에 영향을 미치는 요인이 무엇인지에 대한 탐색이 필요하다. 이러한 측면에서 청소년의 건강행태 현황을 파악할 수 있는 15개 영역을 조사하여 전국적 표본을 제공하고 있는 청소년건강행태온라인 조사는 실제로 자살을 생각한 경험이 있는 자살고위험군 청소년을 대상으로 자살시도에 영향을 미치는 요인을 탐색하는데 매우 유용한 원시자료를 제공하고 있다.

청소년기는 환경과 매우 활발한 상호작용을 하는 시기이므로 이들을 둘러싼 다차원적인 환경 특성을 살펴보는 것이 매우 중요하다(박병금, 2006). 즉, 청소년의 자살시도는 개인의 인구사회학적 특성 뿐 만 아니라 가구유형 등을 포함하는 환경적 특성, 사회적 특성, 그리고 건강관련 특성 등 다양한 측면을 고려할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 자살을 생각해 본 청소년을 대상으로 이들의 자살시도에 영향을 미치는 요인을 인구사회학적 요인, 가구유형 요인, 사회적지지 요인, 건강관련 요인 등을 중심으로 파악하는 것을 목적으로 한다. 그리고 이를 통해 청소년 시기의 자살시도를 예방하고 문제해결을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구모형

본 연구에서 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인을 살펴보고자 설정한 연구모형은 <그림 1>과 같다.



〈그림 1〉 연구모형

2. 연구대상

본 연구는 만 12세~18세의 범주에 포함되는 청소년을 그 대상으로 하였으며, 분석을 위해 질병관리본부, 교육과학기술부, 보건복지부가 실시한 2014년도 제10차 청소년건강행태 온라인 조사(2014 Korean Youth Health Risk Behavior On-line Survey)의 원시자료를 활용하였다. 청소년건강행태 온라인 조사의 대상은 전국의 중학교 1학년에서 고등학교 3학년까지의 학생이며, 16개 시·도내의 45개 시·군·구를 대도시, 중·소도시, 군 지역으로 분류하여 집락화 하였고, 집락별 할당된 표본 수만큼 계통추출법으로 400개의 중학교와 400개의 고등학교를 추출하였다. 2단계로 추출된 표본학교의 각 학년 당 1개 학급을 표본학급으로 선정하여 학교 당 3개의 표본학급을 선정하였다. 선정된 학급의 학생 전원은 표본학생이 되었다. 단, 장기결석, 특수아동 및 문자해독장애 학생은 조사대상에서 제외되었으

며 총 표본대상은 72,060명이다. 본 연구에 포함된 표본대상은 전체 72,060명 중 최근 12개월 동안 자살을 심각하게 생각한 적이 있다고 보고한 청소년 9,438명이다.

3. 측정도구

1) 자살시도

자살시도는 최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는가의 유무를 측정하였다.

2) 인구사회학적 요인

인구사회학적 요인은 성별, 학년, 가계경제수준, 학업성적 등을 포함하였다. 성별은 남, 여로, 학년은 중학교 1학년에서 고등학교 3학년의 6개 학년으로 측정하였다. 가계경제수준과 학업성적은 하, 중하, 중, 중상, 상의 다섯 단계로 구분하였다.

3) 가구유형 요인

가구유형 요인은 소년소녀 가구, 한부모 가구, 조손가구, 시설거주, 다문화 가족, 북한이탈주민 가족, 그리고 양부모 가구 등으로 구분하였다. 소년소녀 가구는 미성년자만으로 구성된 가구로, 한부모 가구는 부 또는 모와 연구대상자로 구성된 가구로, 조손가구는 부모 없이 조부모와 연구대상자로 구성된 가구로 측정하였다. 시설거주는 연구대상자가 현재 보육시설(보육원, 사회복지시설 등)에 거주하는 경우로 측정하였다. 다문화 가족은 부모 중 아버지 또는 어머니가 외국에서 태어난 경우, 북한이탈주민 가족은 부모 중 한쪽이 북한에서 태어난 경우로 측정하였다. 양부모 가구는 친부모 혹은 양부모의 관계없이 연구대상자가 아버지 또는 양아버지와 어머니 또는 양어머니와 함께 사는 가구로 측정하였다.

4) 사회적지지 요인

사회적지지는 “개인이 평상시 고민이나 힘든 일이 있을 때 주로 누구와 상담을 하는가?”의 질문과 (1)아버지, (2)어머니, (3)형제·자매, (4)친구, (5)학교선생님, (6)기타, (7)없음의 응답항목으로 측정하였다. 본 연구에서는 이러한 7개의 응답항목을 가족지지(아버지,

어머니, 형제·자매 포함), 친구지지, 학교선생님지지, 기타지지, 지지없음의 5개 유형으로 재분류하였으며 지지없음을 기준집단으로 하였다.

5) 건강관련 요인

건강관련 요인은 우울 증상, 스트레스, 현재 음주여부, 약물사용 경험 등을 포함하고 있다. 우울 증상은 최근 12개월 동안 2주내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 경험의 유무로 측정하였다. 스트레스는 평상시 스트레스를 얼마나 느끼고 있습니까?라는 질문에 (1)전혀 느끼지 않는다, (2)별로 느끼지 않는다, (3)조금 느낀다, (4)많이 느낀다, (5)대단히 많이 느낀다의 5개 응답항목으로 측정하였다. 현재 음주여부는 최근 30일 동안, 1잔 이상 술을 마신 날이 있는가의 유무를 측정하였다. 약물사용 경험은 부탄가스, 본드 등의 약물을 습관적 또는 일부러 사용한 경험여부를 이원화하여 측정하였다.

4. 분석방법

본 연구에서는 빈도분석, 백분율, 평균 등을 통해 청소년의 인구사회학적 요인, 가구유형 요인, 사회적지지 요인, 건강관련 요인 등의 독립변수와 종속변수인 자살시도 여부에 대한 기술통계치를 파악하였으며, 카이제곱 검증(chi-square test)을 통해 각 독립변수별 자살시도 여부의 차이를 비교분석하였다. 그리고 로지스틱회귀분석을 통해 각각의 독립변수가 청소년의 자살시도에 어떠한 영향을 미치는지를 검증하였다. 분석과정에서는 Stata 12 통계프로그램을 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적인 특성

<표 1>은 자살을 생각해 본 청소년의 일반적인 특성을 개괄적으로 제시하고 있다. 첫째, 인구사회학적 특성 요인에 있어서는 성별, 학년, 가계경제수준, 학업성적을 제시하고 있다. 성별에서는 여학생이 57.96%, 남학생이 42.04%로 여자 청소년이 다소 많은 편으로 나타났다. 학년에서는 중학교 3학년이 17.71%로 가장 많았고, 고등학교 2학년이 17.32%, 고등학

교 3학년이 17.22%, 중학교 2학년이 17.13%, 중학교 1학년이 16.04%, 그리고 고등학교 1학년이 14.58%로 나타났다. 가계경제수준에서는 중 비율이 42.78%로 가장 높게 나타났고, 이어서 중상 비율이 22.47%, 중하 비율이 19.61%, 상 비율이 7.64%, 하 비율이 7.49% 순으로 나타났다. 학업성적에서는 중하 비율이 26.3%로 가장 높게 나타났고, 이어서 중 비율이 24.65%, 중상 비율이 21.5%, 하 비율이 16.33%, 상 비율이 11.23%로 나타났다.

둘째, 가구유형요인에서는 양부모가구 비율이 73.31%로 가장 높게 나타났고, 조손가구 비율이 11.83%, 한부모 가구 비율이 11.68%, 소년소녀 가구 비율이 1.17%, 시설거주 비율이 0.94%, 다문화 가족 비율이 0.91%, 북한이탈주민 가족 비율이 0.16% 순으로 나타났다.

셋째, 사회적지지에 있어서는 친구지지 비율이 40.36%로 가장 높았고, 지지없음 비율이 28.46%, 가족지지 비율이 24.89%, 기타지지 비율이 3.72%, 학교선생님 지지 비율이 2.57% 순으로 나타났다.

넷째, 건강관련요인에서는 자살을 생각하는 청소년 중 우울 증상이 있다고 보고한 비율이 74.5%로 높게 나타났다. 스트레스의 경우, 많이 느낀다는 비율이 42.06%로 가장 높게 나타났고, 대단히 많이 느낀다는 비율이 31.92%, 조금 느낀다는 비율이 21.56%, 별로 느끼지 않는다는 비율이 3.20%, 전혀 느끼지 않는다는 비율이 1.25% 순으로 나타났다. 현재 음주자의 비율은 53.81%로, 약물사용 경험자의 비율은 3.10%로 나타났다.

다섯째, 자살시도 경험여부에서는 자살시도를 한 적이 있다고 보고한 비율이 19.2%로 나타났다.

〈표 1〉 연구대상자의 일반적인 특성

(N=9,438)

| 요인 | 변수 | 범주 | N(%) | Mean ± SD |
|--------------|--------|----------|--------------|---------------|
| 인구사회학적 요인 | 성별 | 남자 | 3,968(42.04) | |
| | | 여자 | 5,470(57.96) | |
| | 학년 | 중학교 1학년 | 1,514(16.04) | |
| | | 중학교 2학년 | 1,617(17.13) | |
| | | 중학교 3학년 | 1,671(17.71) | |
| | | 고등학교 1학년 | 1,376(14.58) | |
| | | 고등학교 2학년 | 1,635(17.32) | |
| | | 고등학교 3학년 | 1,625(17.22) | |
| | 가계경제수준 | 하 | 707(7.49) | 3.03± 1.01 |
| | | 중하 | 1,851(19.61) | |
| | | 중 | 4,038(42.78) | |
| | | 중상 | 2,121(22.47) | |
| | | 상 | 721(7.64) | |

| | | | | |
|----------|---------|------------|--------------|---------------|
| | 학업성적 | 하 | 1,541(16.33) | 2.85± 1.25 |
| | | 중하 | 2,482(26.30) | |
| | | 중 | 2,326(24.65) | |
| | | 중상 | 2,029(21.50) | |
| | | 상 | 1,060(11.23) | |
| 가구유형 요인 | 가구유형 | 소년소녀 가구 | 110(1.17) | |
| | | 한부모 가구 | 1,099(11.68) | |
| | | 조손 가구 | 1,113(11.83) | |
| | | 시설거주 | 88(0.94) | |
| | | 다문화 가족 | 86(0.91) | |
| | | 북한이탈주민 가족 | 15(0.16) | |
| | | 양부모 가구 | 6,897(73.31) | |
| 사회적지지 요인 | 사회적지지 | 가족지지 | 2,349(24.89) | |
| | | 친구지지 | 3,809(40.36) | |
| | | 학교선생님 지지 | 243(2.57) | |
| | | 기타지지 | 351(3.72) | |
| | | 지지 없음 | 2,686(28.46) | |
| 건강관련 요인 | 우울증상 | 예 | 7,031(74.50) | 2.00± 0.88 |
| | | 아니오 | 2,407(25.50) | |
| | 스트레스 | 전혀 느끼지 않는다 | 118(1.25) | |
| | | 별로 느끼지 않는다 | 302(3.20) | |
| | | 조금 느낀다 | 2,035(21.56) | |
| | | 많이 느낀다 | 3,970(42.06) | |
| | | 대단히 많이 느낀다 | 3,013(31.92) | |
| | 현재 음주여부 | 예 | 5,079(53.81) | |
| | | 아니오 | 4,359(46.19) | |
| | 약물사용 경험 | 예 | 293(3.10) | |
| | | 아니오 | 9,145(96.90) | |
| 종속변수 | 자살시도 | 예 | 1,812(19.20) | |
| | | 아니오 | 7,626(80.80) | |

2. 인구사회학적 요인, 가구유형 요인, 사회적지지, 건강관련 요인에 따른 자살시도 차이

자살을 생각하는 청소년의 독립변수(인구사회학적 요인, 가구유형 요인, 사회적지지 요인, 건강관련 요인)에 따른 자살시도 여부의 차이는 <표 2>와 같다. 인구사회학적 요인에 있어서는 자살 사고의 경험이 있는 여학생이 남학생보다($\chi^2=5.88$, $p<0.05$), 학년이 낮은 경우($\chi^2=56.55$, $p<0.001$) 가계경제수준이 낮은 경우($\chi^2=129.51$, $p<0.001$), 성적이 낮은

경우에($\chi^2=60.33$, $p<0.001$) 자살시도의 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 가구유형 요인에 있어서는 가구유형에 따라 자살시도의 차이가 통계적으로 유의미하게 나타났다($\chi^2=153.18$, $p<0.001$). 즉, 자살을 생각해 본 청소년 중 시설에 거주하는 청소년의 자살시도 비율이 56.82%, 북한이탈주민 가족의 청소년의 자살비율이 53.33%, 소년소녀가구의 청소년의 자살비율이 40.0%로 양부모와 함께 살고 있는 청소년의 자살시도 비율인 17.53%보다 유의미하게 높게 나타나고 있다. 사회적지지가 있을수록 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도 비율은 낮았다($\chi^2=20.22$, $p<0.01$). 건강관련 요인에서는 우울 증상이 있는 경우($\chi^2=135.47$, $p<0.001$), 스트레스가 많을수록($\chi^2=173.36$, $p<0.001$), 현재 음주를 하는 경우($\chi^2=44.94$, $p<0.001$), 약물사용 경험이 있는 경우($\chi^2=230.46$, $p<0.001$) 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도 비율이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 2〉 요인에 따른 자살시도 차이

| 요인 | 변수 | 범주 | 자살시도 | | χ^2 |
|--------------|------------|----------|--------------|--------------|-----------|
| | | | 무 빈도(%) | 유 빈도(%) | |
| 인구사회학적 요인 | 성별 | 남자 | 3,252(81.96) | 716(18.04) | 5.88* |
| | | 여자 | 4,374(79.96) | 1,096(20.04) | |
| | 학년 | 중학교 1학년 | 1,157(76.42) | 357(23.58) | 56.55*** |
| | | 중학교 2학년 | 1,272(78.66) | 345(21.34) | |
| | | 중학교 3학년 | 1,320(78.99) | 351(21.01) | |
| | | 고등학교 1학년 | 1,123(81.61) | 253(18.39) | |
| | | 고등학교 2학년 | 1,373(83.98) | 262(16.02) | |
| | | 고등학교 3학년 | 1,381(84.98) | 244(15.02) | |
| | 가계경제 수준 | 하 | 486(68.74) | 221(31.26) | 129.51*** |
| | | 중하 | 1,520(82.12) | 331(17.88) | |
| | | 중 | 3,352(83.01) | 686(16.99) | |
| | | 중상 | 1,755(82.74) | 366(17.26) | |
| | | 상 | 513(71.15) | 208(28.85) | |
| | 학업성적 | 하 | 1,155(74.95) | 386(25.05) | 60.33*** |
| | | 중하 | 1,991(80.22) | 491(19.78) | |
| | | 중 | 1,935(83.19) | 391(16.81) | |
| | | 중상 | 1,708(84.18) | 321(15.82) | |
| | | 상 | 837(78.96) | 223(21.04) | |
| 가구유형 요인 | 가구유형 | 소년소녀 가구 | 66(60.00) | 44(40.00) | 153.18*** |
| | | 한부모 가구 | 877(79.80) | 222(20.20) | |
| | | 조손 가구 | 873(78.44) | 240(21.56) | |
| | | 시설거주 | 38(43.18) | 50(56.82) | |
| | | 다문화 가족 | 56(65.12) | 30(34.88) | |

| | | | | | |
|-------------|-------------|------------|--------------|--------------|-----------|
| 사회적지지 요인 | 사회적지지 | 북한이탈주민 가족 | 7(46.67) | 8(53.33) | 20.22*** |
| | | 양부모 가구 | 5,688(82.47) | 1,209(17.53) | |
| | | 가족지지 | 1,949(82.97) | 400(17.03) | |
| | | 친구지지 | 3,104(81.49) | 705(18.51) | |
| | | 학교선생님 지지 | 193(79.42) | 50(20.58) | |
| 건강관련 요인 | 우울증상 | 예 | 5,487(78.04) | 1,544(21.96) | 135.47*** |
| | | 아니오 | 2,139(88.87) | 268(11.13) | |
| | 스트레스 | 전혀 느끼지 않는다 | 57(48.31) | 61(51.69) | 173.36*** |
| | | 별로 느끼지 않는다 | 229(75.83) | 73(24.17) | |
| | | 조금 느낀다 | 1,729(84.96) | 306(15.04) | |
| | | 많이 느낀다 | 3,321(83.65) | 649(16.35) | |
| | 현재 음주 여부 | 예 | 3,976(78.28) | 1,103(21.72) | 44.94*** |
| | | 아니오 | 3,650(83.73) | 709(16.27) | |
| | 약물사용 경험 | 예 | 136(46.42) | 157(53.58) | 230.46*** |
| | | 아니오 | 7,490(81.90) | 1,655(18.10) | |

3. 주요변수 간 상관관계 분석

주요 변수 간의 관계의 강도와 다중공선성의 진단을 위해 상관분석을 실시한 결과, 독립변수들 간에 대부분 $r=+0.069$ 이하의 상관을 보여주었으므로 다중공선성의 문제 가능성은 없는 것으로 나타났다(<표 3> 참조). 통계적으로 자살시도와 상관관계가 있는 것으로 확인된 독립변수는 인구사회학적 요인의 성별($r=0.03$, $p<0.05$), 가계경제수준($r=-0.08$, $p<0.001$), 학업성적($r=-0.05$, $p<0.001$), 가구유형 요인의 소년소녀 가구($r=0.06$, $p<0.001$), 조손가구($r=0.02$, $p<0.05$), 시설거주($r=0.09$, $p<0.001$), 다문화 가족($r=0.04$, $p<0.001$), 북한이탈주민 가족($r=0.03$, $p<0.001$), 양부모 가구($r=-0.07$, $p<0.001$)로 나타났다. 사회적지지 요인에서는 가족지지($r=-0.03$, $p<0.01$), 지지없음($r=0.04$, $p<0.001$), 건강관련 요인에서는 우울증상($r=0.12$, $p<0.001$), 스트레스($r=0.03$, $p<0.05$), 현재 음주여부($r=0.07$, $p<0.001$), 약물사용 경험($r=0.16$, $p<0.001$)이 자살시도와 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

〈표 3〉 주요변수 간 상관관계 분석

| | | 인구사회학적 요인 | | | | 가구유형 요인 | | | | | | 사회적지지 요인 | | | | | 건강관련 요인 | | | | 자살 시도 | |
|----------------------|----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|----------|---------|---------|------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | 20 |
| 인구 사회 학적 요인 | 1 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | -0.06*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | -0.05*** | -0.14*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | -0.03** | 0.31*** | -0.07*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 가구 유형 요인 | 5 | -0.07*** | 0.02* | 0.02* | 0.02* | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | -0.00 | -0.16*** | 0.12*** | -0.07*** | -0.04*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | 0.03** | -0.16*** | 0.01 | -0.06*** | -0.04*** | -0.13*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | -0.04*** | -0.11*** | -0.00 | -0.06*** | -0.01 | -0.04*** | -0.04*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | -0.01 | -0.03* | -0.01 | -0.00 | -0.01 | -0.03*** | -0.04*** | -0.01 | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | -0.03* | 0.00 | 0.01 | 0.02 | -0.00 | -0.01 | -0.01 | -0.00 | -0.00 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| | 11 | 0.01 | 0.25*** | -0.09*** | 0.10*** | -0.18*** | -0.60*** | -0.60*** | -0.16*** | -0.16*** | -0.07*** | 1.00 | | | | | | | | | | |
| 사회 적지 지 요인 | 12 | -0.03* | 0.14*** | 0.02* | 0.11*** | 0.07*** | -0.01 | -0.08*** | -0.00 | 0.01 | 0.01 | 0.05*** | 1.00 | | | | | | | | | |
| | 13 | 0.17*** | -0.02 | 0.04*** | -0.05*** | -0.06*** | -0.00 | 0.05*** | -0.05*** | -0.03*** | -0.02* | 0.01 | -0.47*** | 1.00 | | | | | | | | |
| | 14 | -0.05*** | 0.01 | -0.06*** | -0.04*** | 0.02 | 0.03** | 0.01 | 0.01 | 0.03** | 0.01 | -0.04*** | -0.09*** | -0.13*** | 1.00 | | | | | | | |
| | 15 | 0.00 | -0.03** | 0.02* | -0.02* | 0.01 | 0.00 | 0.05*** | 0.03** | -0.01 | 0.01 | -0.04*** | -0.11*** | -0.16*** | -0.03** | 1.00 | | | | | | |
| | 16 | -0.14*** | -0.10*** | -0.05*** | -0.03* | -0.01 | -0.011 | 0.01 | 0.04*** | 0.02* | 0.01 | -0.02 | -0.36*** | -0.52*** | -0.10*** | -0.12*** | 1.00 | | | | | |
| 건강 관련 요인 | 17 | 0.04*** | -0.05*** | 0.05*** | -0.07*** | 0.02* | 0.01 | 0.01 | 0.03* | 0.22* | -0.00 | -0.03** | -0.03** | 0.01 | 0.01 | 0.02 | 0.00 | 1.00 | | | | |
| | 18 | 0.14*** | -0.11*** | 0.04*** | -0.10*** | -0.08*** | -0.02* | 0.03* | -0.07*** | -0.03** | -0.01 | 0.01 | -0.12*** | 0.00 | 0.01 | 0.01 | 0.11*** | 0.16*** | 1.00 | | | |
| | 19 | -0.07*** | -0.09*** | 0.25*** | -0.12*** | 0.03* | 0.05*** | 0.05*** | 0.03*** | -0.00 | 0.03* | -0.09*** | -0.06*** | 0.10*** | -0.03** | 0.02* | -0.04*** | 0.09*** | 0.04*** | 1.00 | | |
| | 20 | -0.04*** | -0.04*** | 0.04*** | -0.02* | 0.19*** | 0.03** | -0.02 | 0.26*** | 0.05*** | 0.10*** | -0.13*** | 0.05*** | -0.06*** | -0.01 | 0.00 | 0.02 | 0.04*** | -0.06*** | 0.10*** | 1.00 | |
| 자살시도 | | 0.03* | -0.01 | -0.08*** | -0.05*** | 0.06*** | 0.01 | 0.02* | 0.09*** | 0.04*** | 0.03*** | -0.07*** | -0.03** | -0.01 | 0.01 | 0.01 | 0.04*** | 0.12*** | 0.03* | 0.07*** | 0.16*** | 1.00 |

인구사회학적 요인(1:성별,2:학년,3:가계경제수준,4:학업성적), 가구유형 요인(5:소년소녀 가구,6:한부모 가구,7:조손가구,8:시설거주,9:다문화 가족,10:북한이탈주민 가족,11:양부모 가구), 사회적지지 요인(12:가족지지,13:친구지지,14:학교선생님지지,15:기타지지,16:지지없음),건강관련 요인(17:우울증상,18:스트레스,19:현재 음주여부,20:약물사용 경험)
* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

4. 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인

자살을 생각해 본 청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인을 살펴보고자 본 연구에서는 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며 분석의 결과는 <표 4>에 제시하였다. 회귀분석을 실시하기 전 독립변수 간 다중공선성 여부를 검토하기 위해 공차한계(tolerance)와 분산팽창계수(VIF값)를 분석하였고, 그 결과 공차한계가 .1보다 크고 분산팽창계수가 10보다 작으므로 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다.

인구사회학적 관련 요인에서는 자살을 생각해 본 여학생이 남학생보다 자살시도의 가능성이 약 1.19배 높았다($OR=1.19$, 95% CI[1.06, 1.33], $p<0.01$). 학년이 낮을수록($OR=0.85$, 95% CI[0.82, 0.88], $p<0.01$), 가계의 경제수준이 높을수록($OR=1.06$, 95% CI[1.01, 1.13], $p<0.05$), 학업성적이 낮을수록($OR=0.93$, 95% CI[0.89, 0.97], $p<0.01$), 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도는 증가하였다.

가구유형 관련 모든 변수는 자살시도에 통계적으로 유의미하게 영향을 미쳤다. 구체적으로 자살 사고의 경험이 있는 북한이탈주민 가족의 청소년($OR=3.52$, 95% CI[1.13, 10.91], $p<0.01$)이, 시설거주 청소년이($OR=3.27$, 95% CI[1.98, 5.40], $p<0.01$), 양부모와 함께 사는 청소년보다 자살시도의 가능성이 각각 3.52배, 3.27배 높은 것으로 나타났다. 또한 소년소녀 가구의 청소년($OR=2.28$, 95% CI[1.46, 3.56], $p<0.01$)이, 다문화 가족의 청소년($OR=2.07$, 95% CI[1.29, 3.31], $p<0.01$)이, 조손가구의 청소년($OR=1.24$, 95% CI[1.06, 1.46], $p<0.01$)이, 한부모 가구의 청소년($OR=1.22$, 95% CI[1.03, 1.44], $p<0.01$)이 양부모와 살고 있는 청소년보다 각각 2.28배, 2.07배, 1.24배, 1.22배가량 자살시도를 할 가능성이 높게 나타났다.

사회적지지 요인에 있어서는 가족지지가 있는 경우($OR=0.76$, 95% CI[0.66, 0.89], $p<0.01$)에, 친구지지가 있는 경우($OR=0.85$, 95% CI[0.74, 0.96], $p<0.01$)에 자살시도의 위험을 감소시켰다. 선생님지지 및 기타지지는 자살시도에 유의미하게 영향을 미치지 않았다.

건강관련 요인에서는 우울 증상이 있는 경우($OR=2.11$, 95% CI[1.82, 2.43], $p<0.01$)에, 현재 음주를 하고 있는 경우($OR=1.43$, 95% CI[1.28, 1.61], $p<0.01$)에, 약물사용 경험이 있는 경우($OR=3.78$, 95% CI[2.91, 4.91], $p<0.01$)에, 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도는 각각 2.11배, 1.43배, 3.78배 높았다. 그러나 자살을 생각해 본 청소년의 경우, 스트레스는 자살시도에 유의한 영향을 미치지 않았다.

〈표 4〉 자살시도에 영향을 미치는 요인

| 요인 | 변수 | | B | OR | 95% CI | p-값 |
|--------------|---------------------------|-----------|-------------------------------|---------|---------------|---------|
| 인구사회학적 요인 | 성별(기준집단: 남자) | | 0.17 | 1.19** | (1.06, 1.33) | 0.003 |
| | 학년 | | -0.16 | 0.85*** | (0.82, 0.88) | p<0.001 |
| | 가계경제수준 | | 0.06 | 1.06* | (1.01, 1.13) | 0.045 |
| | 학업성적 | | -0.07 | 0.93** | (0.89, 0.97) | 0.002 |
| 가구유형 요인 | 가구유형 (기준집단: 양부모 가구) | 소년소녀 가구 | 0.82 | 2.28*** | (1.46, 3.56) | p<0.001 |
| | | 한부모 가구 | 0.20 | 1.22* | (1.03, 1.44) | 0.019 |
| | | 조손 가구 | 0.22 | 1.24** | (1.06, 1.46) | 0.009 |
| | | 시설거주 | 1.18 | 3.27*** | (1.98, 5.40) | p<0.001 |
| | | 다문화 가족 | 0.73 | 2.07** | (1.29, 3.31) | 0.002 |
| | | 북한이탈주민 가족 | 1.26 | 3.52* | (1.13, 10.91) | 0.03 |
| 사회적지지 요인 | 사회적지지 (기준집단: 지지없음) | 가족지지 | -0.27 | 0.76*** | (0.66, 0.89) | p<0.001 |
| | | 친구지지 | -0.17 | 0.85* | (0.74, 0.96) | 0.012 |
| | | 학교선생님 지지 | -0.19 | 0.83 | (0.59, 1.17) | 0.288 |
| | | 기타지지 | -0.01 | 0.99 | (0.75, 1.30) | 0.923 |
| 건강관련 요인 | 우울 증상 (기준집단: 아니오) | | 0.74 | 2.11*** | (1.82, 2.43) | p<0.001 |
| | 스트레스 | | 0.05 | 1.05 | (0.98, 1.12) | 0.168 |
| | 현재 음주여부(기준집단: 아니오) | | 0.36 | 1.43*** | (1.28, 1.61) | p<0.001 |
| | 약물사용 경험(기준집단: 아니오) | | 1.33 | 3.78*** | (2.91, 4.91) | p<0.001 |
| | 상수 | | -1.96 | 0.14*** | (0.09, 0.21) | p<0.001 |
| | Wald χ^2 / Pseudo R2 | | 452.34(df=18), p<0.001 / 0.06 | | | |

OR(Odds Ratios): 교차비, 95% CI(confidence interval): 신뢰구간

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

IV. 논의 및 결론

본 연구의 목적은 2014년도 제10차 청소년건강행태 온라인 조사 자료를 활용하여 자살을 생각해 본 중·고등학생을 대상으로 자살시도에 영향을 미치는 요인을 살펴보는 것이며, 그 결과는 다음과 같다.

인구사회학적 요인에서는 여학생인 경우, 학년이 낮을수록, 성적이 낮을수록 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도가 증가하는 것을 알 수 있었으며, 이는 선행연구들의 결과(정묘순·서수균, 2014; 한상영·전용관, 2012; 이상구 외, 2011)와 일치한다. 본 연구에서는 높은 가계경제수준이 청소년의 자살시도를 증가시키는 것으로 나타났는데, 이는 경제적 수준이 낮을수록 청소년의 자살 위험이 증가한다는 선행연구의 결과와 상반된다(이규영, 2015; 한상영·전용관, 2012). 사회적 지위가 높은 사람일수록 자신의 명예가 실추될 경우

주변의 도움을 요청하기 보다는 극단적으로 자살을 선택하는 경향이 있다(김충렬, 2014). 이러한 사회적 상황을 본 연구결과에 적용하면, 높은 사회적 지위를 가진 부모는 자신들의 체면 때문에 자녀의 정신적 문제 즉 자살을 심각하게 생각했던 것을 전문가의 도움을 찾기보다는 가정에서 해결하려고 했을 가능성이 있다고 사료된다.

가구유형 요인에서는 소년소녀 가구, 한부모 가구, 조손가구, 시설거주, 다문화 가족, 북한이탈주민 가족의 청소년이 양부모 가구의 청소년에 비해서 자살시도를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이는 한부모 가구나 보육시설에 거주하는 것 등과 같이 취약한 환경이 청소년은 우울, 자살 등과 같은 정신건강에 상당한 부정적 영향을 미친다는 선행연구(김희숙 외, 2012; 이규영, 2015)를 지지하는 결과이다. 조손가구의 경우 청소년이 조부모로부터 받는 지지보다 조부모를 돌봐야 한다는 스트레스의 정도가 더 높고, 이러한 상황이 청소년의 자살시도 위험성을 높일 수도 있을 것이다(김희숙 외, 2012). 소년소녀 가구 및 시설거주의 청소년인 경우 부모지지 체계의 상실로 인해 자살시도가 더 높을 것으로 해석된다. 다문화 가족 및 북한이탈주민 가족의 경우 사회적 관계에서 외모 차이, 한국어 소통의 어려움 등으로 차별 및 사회적 배제를 많이 경험할 수 있을 것으로 추측되며, 이러한 부정적 경험이 자살시도에 영향을 미쳤다고 사료된다.

사회적지지 요인 중 고민이 있을 때 도움을 요청할 가족과 친구가 있을 경우에 자살을 생각해 본 청소년은 자살시도의 위험이 감소하였다. 이러한 결과는 청소년이 고민이 있는 경우 심리적 안정을 부모 및 친구에게 얻는다는 결과와 유사하다(김희숙 외, 2012). 특히 한국 청소년에게 있어 부모와의 관계는 삶을 이끌어가는 집단 무의식 원형이라 할 수 있다. 한국의 관계주의 문화에서는 아동기에서 청소년기로 성장하여도 청소년은 가족과 여전히 심리적, 물리적으로 거의 의지하면서 살고 있음으로(박영신·김의철, 2008), 가족의 사회적 지지는 자살을 시도하는 청소년의 위기를 막을 수 있다. 가족지지 이 외에도 친구 지지가 있는 경우 자살시도의 위험률을 감소시켰으며, 이는 사회적지지 존재가 주요한 보호요인임을 재확인한 것이다.

건강관련 요인에서는 자살 사고의 경험이 있는 청소년 중 우울 증상, 최근 음주 경험 및 마약 사용 경험이 자살시도를 증가시켰다. 이러한 결과는 정신건강 문제인 우울증, 음주 및 약물 오남용의 문제가 청소년의 자살과 밀접한 관련성이 있다는 선행연구 결과(김문두 외, 2014; 전홍진·배주미·우종민, 2013)와 일치한다. 특히 <표 4>에 제시한 회귀분석 결과를 보면, 다른 변수들을 통제된 상황에서 자살을 생각해 본 청소년의 자살시도를 예측하는데 있어서 약물사용의 효과가 상대적으로 가장 크게 나타났다. 음주 및 약물과

자살 위험성과 관련성은 약물에 따른 충동성 및 공격성의 증가로 자살 시도의 위험성을 높일 수 있다는 것이다(김문두 외, 2014). 따라서 음주 및 약물 사용이 청소년의 자살시도의 주요 위험요인으로 나타난 점을 감안한다면 우울 증상뿐만 아니라 음주 및 약물 사용 등의 문제를 조기에 발견하고 개입할 필요가 있다.

지금까지 제시한 연구결과를 토대로 청소년의 자살시도를 예방하기 위한 정책적·실천적 함의를 제언하면 다음과 같다.

첫째, 청소년 자살위험군의 특성에 맞는 맞춤형 예방대책을 마련해야 한다. 본 연구의 결과 성별, 연령, 성적, 그리고 경제적 수준에 따라 청소년의 자살 시도 확률은 달라지는 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성 자체는 중재가 어렵지만, 그 특성을 고려하여 욕구에 적합한 맞춤형 프로그램을 개발한다면 기존 프로그램의 한계를 극복할 수 있을 것이다.

둘째, 청소년의 자살 시도 가능성을 감소시키기 위한 프로그램을 개발할 때 가구유형과 사회적지지를 중요한 관련 요인으로 인식하고 고려해야 한다. 가구유형에 따라 청소년의 자살 시도에도 차이가 있다는 연구결과를 통해, 부모의 역할을 대신할 수 있는 보호자의 역할이 매우 중요하며 갑작스러운 부모의 부재와 같이 새로운 환경에 적응해야 하는 경우 이에 대한 적절한 개입이 필요할 것으로 사료된다. 따라서 멘토링과 같은 다양한 형태의 프로그램 개발을 통하여 자살예방효과를 도모하는 것도 좋은 방법일 수 있다. 특히 부모와 친구의 지지가 있는 경우 자살 시도 가능성이 낮아졌다는 결과를 볼 때, 가족의 기능을 강화하고 원만한 대인관계를 유지할 수 있는 기술습득이 요구된다. 이를 위해서 사회전체의 전 방위적인 노력이 필요하며 개인과 사회의 역량강화가 요구된다.

셋째, 자살예방교육 내용에 음주를 포함한 약물사용에 대한 교육이 포함되어야 한다. 1980년 대 이후로 청소년 약물사용에 대한 연구가 활발히 진행되면서 이는 중요한 사회문제 중 하나로 떠올랐으나, 자살과 약물사용의 통합적인 교육 및 개입은 여전히 부족한 실정이다(강영주, 2014; 김혜성, 2007). 본 연구의 결과에서도 알 수 있듯이 청소년의 약물사용 경험은 이들의 충동성을 가중시킴으로써 자살성공의 단계로까지 확대될 가능성이 높기 때문에, 기존 연구에서 제시하고 있는 우울증 예방 및 선별과 함께 올바른 약물사용에 대한 교육을 설계·제공하는 것이 요구된다. 이와 같은 맥락에서, 청소년들의 프로그램에 대한 접근성 및 교육 참여율을 높이기 위해서 현재 지역사회 내 자살예방센터 중심으로 이루어지고 있는 교육 및 상담 프로그램을 중·고등학교 중심으로 확대·강화한다면 자살생각에서 자살시도에 이르는 경로를 조기에 차단하는 것이 보다 용이해지고, 이를 통해 청소년들 자살예방사업의 효과성이 더욱 극대화 될 수 있을 것이다.

마지막으로, 청소년 자살예방과 관련된 정부 정책은 여러 부처에 걸쳐 분산되어 있으며

관련 인프라도 미비한 편이다. 자살은 개인적 선택의 문제이기도 하지만 자살률의 증가를 초래하는 사회구조적 맥락이 존재하기 때문에 자살예방에 대한 사회적 실천 방안 모색이 매우 중요하다. 본 연구의 대상인 자살을 생각해 본 청소년과 같이 자살위험군에 속하는 집단에 대한 집중 사례관리 시스템 도입과, 관련 전문가 집단의 다학제간 협업을 통한 일원화된 서비스 전달체계 마련 등에 대한 사회적 합의가 필요하다.

본 연구는 자살을 생각해 본 청소년을 대상으로 이들의 자살시도에 영향을 미치는 요인을 청소년의 대표성을 반영하는 전국규모의 자료를 사용하여 실증적으로 검증하였다는 데 의의가 있다. 그러나 본 연구는 횡단연구로써 변수간의 인과관계를 설명할 수 없다는 한계가 있다. 따라서 향후 연구에서는 종단연구가 수행될 필요가 있을 것이다. 또한 2차 자료를 활용함으로써 주요 변수들을 측정하는 항목 내용에 대한 제한점을 가지고 있다. 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 자살위험군에 속하는 자살을 생각한 경험이 있는 청소년을 대상으로 자살시도에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 청소년 자살위험군의 실제적인 자살시도를 예방할 수 있는 대책마련에 실증적 근거를 제공함으로써 향후 근거 기반 실천의 기반을 마련하였다는데 그 의의가 있다.

참고문헌

- 강영주(2014). “청소년의 약물 중독에 관한 연구와 가족치료의 도입에 관한 고찰”. 심리행동 연구, 6(2), 112-125.
- 고성은·홍혜영(2009). “중학생의 생활스트레스가 자살생각에 미치는 영향: 사회적 지지의 매개효과를 중심으로”. 청소년학연구, 16(11), 97-124.
- 김갑숙·박치홍(2015). “중학생의 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인: 성차를 중심으로”. 재활심리연구, 4(22), 115-130.
- 김문두·정영은·홍성철·이창인·곽영숙·김현주·박원명·윤보현·신지현·현미열 (2014). “한국 고등학생들의 자살 생각 관련 요인”. 대한정신약물학회지, 25(2), 85-89.
- 김진주·조규판(2011). “스트레스 및 스트레스 대처방식이 청소년의 자살생각과 자살계획에 미치는 영향”. 한국상담학회, 12(1), 301-314.
- 김충렬(2014). “최후 수단적 자살과 상담치료적 대응: 상담학의 관점에서”. 신학과 실천, 38, 261-283.
- 김현순·김병석(2008). “자살생각과 그 관련 변인들 간의 구조적 관계 모형 검증”. 상담 및 심리치료, 20(2), 201-219.
- 김현식·김두섭(2014). “다문화가족 청소년과 자살행위”. 한국사회학, 48(2), 35-66.
- 김현실(2002). “청소년의 성격 특성, 가정 역동적 환경 및 자살시도간의 관계”. 한국간호과학회, 32(2), 231-242.
- 김혜성(2007). “자살행동에 영향을 미치는 요인에 대한 연구: 약물 문제를 가진 남자 청소년과 약물 문제를 가지지 않은 남자 청소년 집단 비교를 통하여”. 한국사회복지학회 국제학술발표대회 자료집, 한국사회복지학회, 401-407.
- 김희숙·박완주·박경란·김미향(2012). “청소년의 인간관계가 자살위험성에 미치는 영향”. 정신간호학회지, 21(1), 11-20.
- 박광배·신민섭(1991). “고등학생의 지각된 스트레스와 자살생각”. 한국심리학회지, 10, 298-314.
- 박병금(2006). “청소년의 자살생각에 관한 생태체계 요인 탐색”. 충북대학교 대학원 박사학위논문.
- 박영신·김의철(2008). “한국 청소년의 삶의 질과 인간관계”. 교육심리, 22(4), 801-836.
- 박은옥(2008). “청소년의 자살시도에 영향을 주는 요인”. 한국간호과학회, 38(3), 465-473.
- 서상범(2011). “청소년 자살요인 및 해결방안에 관한 연구”. 21세기사회복지연구, 8(1), 83-102.
- 손신영(2014). “청소년의 자살생각, 자살계획, 자살시도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 한국산학기술학, 105, 1601-1614.
- 신의진(2003). “고위험 자살 청소년에 대한 평가와 대처방안, 청소년자살 어떻게 대처할 것인가?”. 세미나 자료집, 59-74.
- 신혜정·정익중·이상아·이향연·박재연(2014). “청소년의 우울, 자살생각, 자살계획, 자살

- 시도에 영향을 미치는 요인”. 학교사회복지학, 27, 25-50.
- 여성가족부·통계청(2014). “2014 청소년 통계”.
- 이구상(2012). “청소년 자살예방: 청소년 자살예방의 이해와 위기개입을 중심으로”. 상담과 지도, 47, 399-409.
- 이규영(2015). “청소년들의 자살시도에 영향을 미치는 요인”. 한국산학기술학, 119, 2139-3147.
- 이상구·이윤정·정혜선(2011). “남녀 중·고등학생의 자살 시도 예측요인”. 한국간호과학회, 41(5), 652-662.
- 이은희·조윤자(2008). “청소년 자살의 심리적 과정 및 문제해결과 사회적 지지의 보호효과”. 사회연구, 2, 106-143.
- 이해경·신현숙·이경성(2006). “비행 청소년의 자살사고 예측변인”. 청소년상담연구, 14(1), 49-62.
- 임영식(2004). “청소년 자살행동에 영향을 미치는 위험요인과 평가 그리고 예방”. 미래청소년학회지, 1, 81-109.
- 전홍진·배주미·우종민(2013). “청소년 자살 관련 현황 및 위험요인”. 대한의사협회지, 56(2), 93-99.
- 정묘순·서수균(2014). “청소년 자살 시도 예측변인 - 자살 위기 청소년을 중심으로”. 한국청소년연구, 25(2), 145-171.
- 지유나(2008). “우리나라 중 고등학생의 우울감과 자살사고 및 자살시도의 관련성”. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 차미영·강승호(2010). “고등학생의 자살생각에 대한 생활사건 스트레스와 사회적지지 및 우울의 효과”. 교육학 연구, 48, 93-122.
- 한상영·전용관(2012). “학교폭력 피해 경험 중학생의 정신건강과 신체적 증상이 자살생각에 미치는 영향”. 한국산학기술학, 11, 5155-5162.
- 홍영수(2009). “청소년의 생활스트레스가 자살계획에 미치는 영향과 사회적 지원의 완충효과”. 임상사회사업학, 15, 159-181.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A.(2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., & Wolter, W. H. G.(1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 149(1), 45-51.
- Dixon, W., Heppner, P. P., & Anderson, W.(1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 51-56.
- Evans, G., & Farberow, N. N.(2003). *The encyclopedia of suicide*. New York: Facts on File.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D.(2003). Youth suicide risk and preventive interventions. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.

- Groleger, U., Tomori, M., & Kocmur, M.(2003). Suicidal ideation in adolescence: An indicator of actual risk. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 40, 202-208.
- Lewinsohn, P. M.(1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- Lilienfeld, S. O., & Hess, T. H.(2001). Psychopathic personality traits and somatization: Sex differences in the mediating role of negative emotionality. *Journal of Psychopathology and Assessment*, 23, 11-24.
- Maris, R. W.(2002). Suicide. *Lancet*, 360, 319-326.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K.(1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 10-18.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S.(2008). Suicide and Suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133-154.
- OECD(2015). *OECD Health Statistics 2015*. OECD.
- Peter, M. L., Paul, R., & John, R. S.(1994). Psychosocial risk factor for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.

Abstract

Factors related to suicidal attempts among adolescents who have had suicidal thoughts

So-Youn Park

(Assistant Professor, Department of Social Welfare, Kyonggi University)

Jae-In Kim

(Master course, Department of Social Welfare, Kyonggi University)

Sonam Yang

(Associate Professor, Department of Social Welfare, Kyonggi University)

This study was aimed to examine effects of socio-demographic, household, social support, and health-related factors on suicidal attempts among adolescents who have had suicidal thoughts. Using the 2014 Korean Youth Health Risk Behavior On-line Survey data, the sample was 9,438 adolescents who have had suicidal thoughts and logistic regression was conducted to investigate factors related to suicidal attempts. This study found that as for socio-demographic factors, being female, lower school year, higher economic status, and poor school performance; as for household factors, a child head of household, one parent household, grand-parent(s) household, living in residential settings, multicultural family, and North Korean defectors family; as for social support factors, the presence of family and friend support; and as for health-related factors, the presence of depressive symptoms, current drinking and experience of drug use were statistically significantly associated with an increase in suicidal attempts. Based on these findings, implications for decreasing risks of suicidal attempts were discussed

Key words: adolescents who have had suicidal thoughts, suicidal attempts, household factor, health related factor

(논문 투고일 : 2016. 4. 14. / 논문 심사일 : 6. 7. / 논문 게재일 : 6. 19.)