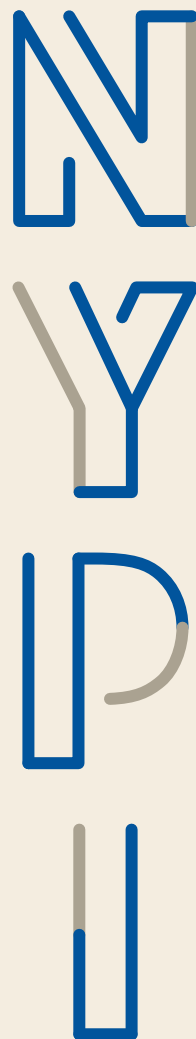


연구보고 20-R16

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-84-01

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ: 위기청소년

백혜정 임희진 송미경 김양희



경제·인문사회연구회 협동연구 총서 20-84-01
연구보고 20-R16

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II: 위기청소년

저 자 백혜정, 임희진, 송미경, 김양희

연 구 진 연구책임자_백혜정(한국청소년정책연구원 선임연구위원)
 공동연구원_임희진(한국청소년정책연구원 선임연구위원)
 공동연구원_송미경(서울여자대학교 교수)
 공동연구원_김양희(건강보험연구원 부연구위원)
 연구보조원_조양진(한국청소년정책연구원 연구사업운영원)

“청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ:
위기청소년”

1. 협동연구 총서 시리즈

협동연구 총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
20-84-01	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ : 위기청소년	한국청소년정책 연구원
20-84-02	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ : 위기청소년 - 국내·외 주요 법령 및 건강정책 분석	한국보건사회 연구원
20-84-03	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ : 위기청소년 - 기초분석보고서	한국청소년정책 연구원

2. 참여연구진

	연구기관	연구책임자	참여연구진
주관 연구 기관	한국청소년정책 연구원	백혜정 선임연구위원 (총괄책임자)	임희진 선임연구위원 조양진 연구사업운영원
협력 연구 기관	한국보건사회 연구원	류정희 연구위원	이상정 부연구위원 박선영 한세대 교수 전민경 경기도여성가족재단 연구위원 이주민 연구원
	서울여자대학교	송미경 교수	-
	국민건강보험공단 건강보험연구원	김양희 부연구위원	-

국문초록

이 보고서는 『청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II』의 총괄 보고서로서 위기청소년들의 건강권 보장 및 불평등 해소를 위해 위기청소년들의 건강 및 건강과 밀접한 관련이 있는 환경, 그리고 관련 정책 및 지원 서비스 실태 등을 다각적으로 분석하여 위기청소년이 처한 건강 문제를 점검하고 최종적으로 이들의 건강권 보장을 위해 필요한 정책적 방안을 도출하는 데 그 목적이 있다. 이를 위해 선행연구 고찰 및 국내외 법령 및 정책 분석을 위한 문헌연구, 위기청소년 및 현장 종사자 대상 설문조사, 위기청소년 면접조사 등의 방법을 활용하였다.

연구결과를 보면 세계보건기구가 정의한 건강개념과 청소년들의 생각하는 건강개념 간, 그리고 실제 건강권 보장 정도와 청소년들의 인식하는 건강권 보장 간에는 차이가 있음을 발견하였다. 위기청소년들은 학생 및 가정 내 청소년에 비해 다양한 영역에서 건강 상태 및 관련 환경이 열악하였고 건강유지를 위해 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력이 중요하다고 생각하지만 실제 변화를 위한 노력은 부족한 것으로 나타났다. 한편 위기청소년 지원 시설 거주 청소년들은 일부 건강 영역에서 양부모 가정의 청소년과 비슷한 수준 유지하였고 지원 기관·시설이나 국가적 차원에서 제공하는 건강 교육 및 정보는 위기청소년들의 건강 유지에 도움이 되는 것으로 나타났는데 이 같은 결과는 청소년들이 사회적 안전망 안에서 생활하는 것이 건강에 도움이 됨을 시사한다. 국내

정책 분석을 통해서는 법령 및 관할 부처의 분절화로 청소년 유형에 따른 건강권 보장에 격차가 발생하고 청소년보호체계 내 청소년들은 아동보호체계 내 청소년에 비해 건강지원이 부족함을 발견하였다. 유럽 및 북미, 호주와 같은 국가들은 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화를 위해 법체계를 정비하고 건강서비스 격차해소 및 서비스의 효과성 증진을 위해 노력하는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 바탕으로 정책 제언에서는 위기청소년 건강권 보장을 위한 기본 방향 과 그에 따른 정책과제를 제안하였다. 보다 구체적으로는 건강역량 강화를 위해서는 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공, 건강 관련 참여활동의 확대 및 강화, 건강권에 대한 올바른 인식제고를 위한 홍보를 제안하였고 건강 환경 구축을 위해서는 신체활동 시설 개선 및 확대, 식생활·주거·근로 환경 개선 지원, 위기청소년 사회적 안전망 강화를 제안하였다. 또한 건강서비스를 개선하기 위해서는 위기청소년 건강검진 서비스 및 의료지원, 정신건강 지원 서비스 강화 및 확대, 개인 위생용품 지원 확대, 지원 방식의 다양화 및 간편화, 건강 전문가 양성 및 배치 확대를, 건강정책체계 재정비를 위해서는 법률의 재정비 및 부처의 일원화, 건강 취약 청소년의 조기 발굴 및 개입안 마련, 건강실태조사의 정기적 실시 및 자료 구축, 위기청소년을 위한 의료지원 서비스망 구축, 건강 환경 및 건강지원 서비스 표준안 마련, 정기적인 모니터링 및 평가의 환류를 제안하였다.

연구요약

1. 연구목적

● 이 연구는 청소년들의 건강권 보장 및 건강불평등 해소를 위한 위기청소년 건강 연구로서 위기청소년들의 건강 및 건강과 밀접한 관련이 있는 환경, 그리고 관련 정책 및 지원 서비스 실태 등을 다각적으로 분석하여 위기청소년이 처한 건강문제를 점검하고 최종적으로 이들의 건강권 보장을 위해 필요한 정책적 방안을 도출하는 데 그 목적이 있음.

2. 연구내용

- 위기청소년의 건강 특성과 현황에 관한 선행연구 고찰
- 위기청소년 건강 지원에 대한 국내외 법령 및 정책 분석
- 위기청소년의 건강실태 및 관련 환경 분석
- 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제 제시

3. 연구방법

- 문헌연구: 청소년 건강권의 개념 및 범위, 위기청소년의 건강 실태 및 문제 등과 관련된 선행연구를 고찰하고 국내·외의 위기청소년 건강 관련 법령 및 정책 현황에 대한 문헌자료를 검토함.
- 위기청소년 및 종사자 대상 설문조사: 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관, 미인가 대

안학교 등에 적을 둔 위기청소년을 대상으로는 건강 실태 및 행동과 의식, 거주 및 근로환경, 가정 밖 생활 및 학업 경험 등을 조사하고 현장종사자를 대상으로는 위기청소년들의 건강 문제에 대한 인식 정도, 건강 관련 서비스 제공 현황 등에 대해 조사를 실시함. 청소년 조사결과 중 일부 조사항목은 1차년도 자료(2019년 학생 자료)와 비교하였음.

- 위기청소년을 대상으로 그들이 경험한 건강상태, 대처과정 및 제공받은 건강 정보와 교육경험, 국가에 요청하는 지원의 종류 등을 중심으로 조사하고 분석을 실시함.
- 전문가 회의: 관련 학계·현장·정책전문가와 함께 연구내용과 조사지 개발, 정책과제와 관련하여 전문가 자문회의를 개최함.

4. 주요결과

1) 선행연구 검토 결과

- 청소년들의 건강은 사회경제적 수준을 포함하는 가정환경, 거주지역, 성별, 학교 재학 및 근로 여부 등에 따른 격차가 존재함.
- 위기청소년들은 일반적으로 가정환경의 사회경제 및 심리적 환경이 열악하고 학업수준이 낮거나 학업 중단 위험이 높으며 노숙이나 비행행동, 범죄 피·가해에 대한 노출 등 실생활에서의 위험 또한 적지 않아 다양한 영역에서 건강권이 침해받을 수 있음.
- 위기청소년들의 건강수준은 신체적·정신적 측면에서 모두 열악한 상황을 보임.
 - 수면의 질, 결식·패스트푸드·탄산 및 고카페인 음료 섭취 등 영양 및 식습관이 열악함.

- 음주·흡연 등 유해물질에 대한 노출 정도가 높음.
- 위생환경이 열악하고 신체활동은 적음.
- 비만과 신체상해의 위험은 높고 우울·불안, 자살시도 등 정신건강이 좋지 못함.
- 병의원 검진 및 의료 이용이 쉽지 않아 질환 및 건강관리에 취약하며 건강 관련 교육이나 정보 획득의 기회가 적음.

2) 국내 법령 및 정책현황 분석 결과

- 위기청소년들은 기본적으로 가정이나 학교 체계 내에서 생활하는 청소년들과 달리 건강권 보장을 충분히 받고 있지 못함.
- ‘위기청소년’이라는 동일한 범주 안에서도 어느 체계의 보호를 받느냐에 따라 건강권 보장의 격차가 발생하거나 정책지원의 사각지대가 발생하기도 함.
 - 가정 밖 청소년들 중 청소년보호체계 내 청소년과 아동복지시설 보호청소년에 대한 적용 법률과 관할 부서가 달라 청소년보호체계 내 청소년은 아동복지시설 내 청소년들이 받는 의료급여나 건강지원 서비스 등에서 배제되는 등 다른 기준을 적용받고 있었음.
 - 노숙 및 거리 청소년은 성인 대상의 노숙인지원법률의 혜택을 받기 어렵고 노숙인 지위에 근거한 지원이 전무하여 일시(이동형)쉼터의 아웃리치를 통해 부분적인 건강서비스를 제공받을 뿐임.
 - 학생 건강정책은 중앙부처 및 지자체의 관련부서의 지원이 체계적이고 종합적인데 반해 학교 밖 청소년의 건강 지원정책은 ‘학교밖청소년지원센터’를 기준으로 건강검진 시행 외의 건강 지원정책은 매우 드물었음.
 - 소년사범들은 생활하는 시설 유형에 따라 법무부, 여가부, 복지부로 관할 부서가 상이하였으며 그 결과 여가부나 복지부의 시설들은 소년사범 수용 시설의 특수성을 반영할 수 있는 요건이 표준화되어 있지 못하였음. 또한

소년사범 관련 시설들은 엄격한 법과 규정에 의해 운영되지만 그에 대한 감사나 감사 결과에 대해 공표된 바가 없어서 규정 준수 여부를 충분히 알 수 없음.

3) 국외 법령 및 정책현황 분석 결과

- 위기청소년 보호와 지원에 있어 호주와 독일 등은 국가적 책임성을 강조하고 있으며 국가가 책임져야 할 영역 안에는 건강이 포함되어 있음.
- 호주와 독일 등은 청소년의 거주 지역이나 관할 부처에 따른 건강서비스의 격차를 예방하기 위한 정책을 수립하고 법체계를 정비하고 있음.
 - 호주는 가정 밖 보호 국가 표준안(National Standards of Out-of-Home Care)과 국가 임상 평가 체계(National Clinical Assessment Framework)를 통해 가정 밖 보호체계로 진입하는 모든 청소년에게 표준화된 건강서비스 제공 및 서비스의 분절화를 최소화하고자 함.
 - 독일은 아동청소년지원법에 근거하여 청소년청을 통해 통합적인 정책과 서비스를 제공하는 법과 행정 체계를 구축하였음.
- 영국, 캐나다, 핀란드에서는 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책의 수립이 공통적으로 나타남.
 - 영국과 캐나다에서는 주거취약 청소년들에게 주거지원과 정신건강 서비스를 동시에 제공함.
 - 호주에서는 가출 및 노숙 청소년들의 건강 지원과 주거 및 경제적 지원 서비스를 함께 제공함.
 - 핀란드에서는 고용 서비스와 정신건강 문제를 하나의 통합정책으로 재편함.
- 미국에서는 사업 간 중복과 그로 인한 예산 낭비, 기관 간 경쟁 등을 방지하기 위해 위기청소년을 위한 다양한 지원 서비스와 활동을 보다 효율적으로 운영하기 위해 청소년 정책 간 조정을 시도하고 있음.

- 건강 친화적 환경조성 지원·확대 제도를 운영하여 청소년들이 자연스럽게 건강행동을 하도록 노력함.
 - 대학교 도서관의 야간시간 폐관을 통한 수면권 및 휴식권 보장
 - 교내 자판기에서 건강식품 판매
 - 교내 보도와 자전거 도로 설치 등 저렴한 비용으로 신체 활동 및 운동 기회 제공
- 여자와 남자 청소년, 병역 의무 청소년, 청소년 부모, 주거취약 청소년, 구직 청소년, 이민자 가정 청소년 등 다양한 대상에 대한 촘촘한 정책을 수립하고 있음.

4) 위기청소년 및 현장종사자 대상 조사결과

(1) 건강행동 및 실태에 대한 주요 결과

- 위기청소년들의 평균 8시간 이상의 수면을 취하는 것으로 나타났으나 밤낮이 바뀌거나 새벽에 잠자리에 드는 등 불규칙한 생활로 인해 수면의 질이 담보되기 어려운 경향을 보임.
- 위기청소년들은 건강하지 못한 형태로 식생활을 하는 경향을 보였고 환경이 열악할수록 더욱 그러하였으나 관련 교육이나 정보는 바람직한 식습관 형성과 관련성을 보임.
- 여자 청소년과 저소득층 청소년들은 신체활동이 상대적으로 적었음. 시설 거주 청소년들은 신체활동 실천율이 비교적 높았으나 일시쉼터와 같이 청소년 복지시설을 이용하지만 사회적 안전망에서 다소 빗겨나 있는 청소년들의 신체활동률은 높지 않았음.
- 개인위생 및 청결 행동, 미세먼지가 심한 날의 행동이나 코로나19에 대한 대처 행동에서 대개의 청소년들은 비교적 바람직한 행동을 하였음.
- 이러한 결과를 바탕으로 가정의 대안으로서 기관 및 종사자의 지원 방안, 청소년의 발달 단계 및 특성을 고려한 지원, 지방 소재 기관의 역량 제고,

가정 밖 및 학교 밖 청소년들의 사회화 과정 연구, 학업 및 취업 관련 지원 방안, 근로 지원 방안, 건전한 재정 관리 지원 방안, 공동체 안에서의 자립 지원 방안 등을 시사점으로 도출하였음.

- 19세 미만 청소년 중에도 음주·흡연을 경험한 경우가 상당한 비율을 차지하였고 음주 후에는 위험행동을 하는 경우가 적지 않았음.
- 위기청소년들은 다양한 신체적 증상 및 질환을 호소하였음. 또한 청소년들은 신체적 증상이나 질환이 있음에도 의료서비스를 받지 않는 경우가 적지 않았는데 이는 본인이 증상을 심각하게 인식하지 않거나 진료를 귀찮아하기 때문인 경우가 대부분임.
- 신체건강과 건강행동 간의 관련성을 살펴본 결과, 자기 돌봄·식습관·신체활동·씻기 등 바람직한 건강행동을 하는 경우는 신체적 건강이 양호한 경향을 보인 반면 음주 및 흡연 경험률의 증가는 신체적 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타남.
- 정신건강과 관련하여 위기청소년들은 정신건강에서 취약한 경향을 드러냄. 특히 남자보다는 여자 청소년들이, 그리고 가출이나 학교 밖 경험이 있고 양부모 가정이 아닌 경우나 경제적 수준이 낮은 경우 등 생활환경이 열악할수록 더욱 그러함. 또한 신체적 건강과 정신적 건강 간에는 밀접한 관련이 있었음.
- 성 건강과 관련하여 위기청소년들은 성경험 및 관련 질환 위험도가 더 높았으나 그에 비해 성교육이나 관련 정보를 제공받은 적이 있는 청소년은 절반 이하로 나타남.

(2) 건강 환경에 대한 주요 결과

- 위기청소년들은 아프거나 힘들 때 가족보다는 친구나 선생님의 도움에 더 많이 의존하는 경향이나 주변의 도움을 받을 수 있어도 청하지는 않으려는 경향을 보임.

- 10명 중 약 1~2명 정도는 채광, 온도, 환기, 사생활 보호가 잘 되지 않는 곳에서 거주하였으며 20명 중 1~2명 정도는 세면시설, 화장실, 옷과 침구, 식품에 대한 위생 정도가 좋지 않은 곳에서 생활하고 있었음. 청소년들이 처한 주거환경이 열악할수록 이들의 신체 및 정신적 건강도 좋지 않았음.
- 위기청소년들은 가출 시 끼니와 잠자리 해결이 가장 큰 문제로 나타났으며 이는 가출 기간이 길어질수록 더욱 심각해짐. 가출 시 생활환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강이 좋지 않았음. 한편 시설에 거주하는 청소년들의 전반적인 건강상태 및 주거환경은 양부모 가정의 청소년들과 비슷한 수준으로 나타났음.
- 10명 중 1~3명 정도는 열악한 환경에서 근로를 경험한 것으로 나타났음. 근로환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강이 좋지 않았음.
- 청소년들이 이용 및 생활하는 시설에서 제공하는 건강 관련 서비스를 살펴본 결과는 다음과 같음.
 - 시설에 따라서 의료비 지원이 안 되거나 공기청정기가 구비되지 않은 곳이 있었음.
 - 운동 공간 및 기구를 제공하는 경우는 절반에 불과하였음.
 - 치과와의 연계율이 상대적으로 낮았음.
- 위기청소년의 22.2%는 본인의 건강에, 32.8%는 보호자가 청소년의 건강에 관심이 없다고 응답하였으며 건강에 관심이 없는 청소년들은 자신의 건강을 돌보는 행위에도 소극적인 경향을 보임.
- 청소년들은 신체적 건강보다는 정신적 건강을 좀 더 부정적으로 바라보았음.
- 청소년들의 85.2%가 실생활에서 건강권이 보장되고 있다고 응답하였으나 청소년들의 응답을 종합적으로 고려해 보면 위기청소년들이 진정한 의미의 건강권을 충분히 보장받고 있다고 보기 어려움.
- 1차년도 조사 및 2차 자료에서 나타나 학생들의 건강 관련 결과들과 비교해 볼 때 위기청소년들의 건강 및 관련 행동과 환경 등은 상대적으로 열악하였음.

며 특히 학교에 다니지 않을수록, 일 경험이 있을수록, 가출 경험이 있거나 그 기간이 길수록, 경제적 수준이 낮을수록 건강 행동이나 환경이 열악하였음. 한편 양부모 가정 청소년들의 건강 상태 및 환경이 다른 거주 유형의 청소년들보다 양호하였는데 청소년복지시설에 사는 청소년들도 비슷한 양상을 보이는 경우가 적지 않았음.

5) 위기청소년 면접조사 결과

- 위기청소년들이 지각하는 현재 자신의 건강상태를 보면 신체적, 심리적으로 모두 건강하다기보다는 둘 중 한 영역에서만 건강을 유지하고 있는 경우가 많았고 위기청소년 스스로가 자신의 상태를 건강취약집단이라고 여기며 건강에 대한 불편함을 느끼고 있는 경우가 적지 않음.
- 청소년들은 건강을 유지하기 위해 필요한 것과 도움이 되는 요인으로 본인 스스로의 행동변화, 즉 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력이 가장 중요하다고 인식하고 있었으나 현실에서는 불규칙한 식사와 수면, 잦은 흡연과 컴퓨터 및 휴대폰 이용시간의 과다 등으로 인해 건강하지 못한 생활습관을 유지하는 경우가 많았음. 또한 가정이나 학교에서 나온 뒤 더 건강해졌다는 경우보다는 건강이 악화되었다는 응답이 더 많았음.
- 현재 청소년들이 속해 있는 시설 및 기관, 그리고 국가적 차원에서 실시한 교육과 정보 제공이 이들의 건강을 유지하는데 많은 도움이 되고 있었으나 여전히 정보의 사각지대에 놓여 지원을 받지 못하는 청소년들도 적지 않았음.
 - 위기청소년들은 건강유지를 위해 필요한 국가적 차원의 정책과 행정적인 지원으로 실질적인 정보를 제공함과 동시에 적극적인 홍보로 기회를 놓치지 않게 노력해 줄 것과 의료비 지원의 확충을 요구하였음.

5. 정책제언

선행연구 고찰과 국내외 법령 및 정책현황 분석, 위기청소년과 현장종사자를 대상으로 한 설문조사 및 면접조사 결과 분석, 전문가 자문회의 내용 등을 종합하여 다음과 같이 위기청소년 건강권 보장을 위한 기본 방향 7가지와 4개 영역에서 총 20개의 정책과제를 제안함.

1) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향

- 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향으로 ①건강정책의 궁극적 목표 수립과 건강권에 대한 인식 제고, ②위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화, ③위기청소년 필요에 부응한 통합정책 내 기본 서비스로서의 건강지원, ④대상별 접근이 아닌 기능별 접근을 통한 정책의 분절화 방지, ⑤증거기반의 건강정책 수립 및 환류 장치 마련, ⑥개인의 역량 강화와 환경 개선의 균형 맞추기, ⑦다면적이면서 개별화된 촘촘한 지원을 제시함.

2) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제

- 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제는 건강역량 강화 영역, 건강 환경 구축 영역, 건강서비스 개선 영역, 건강정책체계 재정비 영역별로 정책과제를 제안함.

(1) 건강역량 강화를 위한 정책과제

- 위기청소년들에게 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공이 필요함. 이를 위해 청소년보호체계 청소년들에게 표준화된 프로그램을 통해 다양한 방법으로 건강권에 대한 개념과 건강 영역별 교육 및 정보 제공을 제안함.

- 건강 관련 참여활동의 확대 및 강화, 건강권에 대한 올바른 인식제고를 위한 홍보를 제안함.

(2) 건강 환경 구축을 위한 정책과제

- 신체활동 시설 개선 및 확대를 위해 위기청소년들을 위한 체육 공간 및 기구 마련, 지역사회 내 신체활동 가능 시설과의 연계, 신체활동 비용에 대한 지원, 여자 청소년들의 신체활동에 대한 지원을 제안함.
- 식생활 환경 개선을 위해 위기청소년들에게 찾아가는 식사 지원, 과일 및 우유섭취 지원 등을 제안함.
- 주거환경 개선 지원을 위해 청소년 생활시설에 대한 설치 및 운영 기준 강화와 주거취약 위기청소년들에게 주거지원 확대 및 주거지원 내용의 불평등 해소가 필요함.
- 근로환경 개선 지원을 위해 사업장 내 청소년 근로기준 준수 여부 확인, 근로 환경 개선 지원사업 확대, 근로청소년 건강 친화사업장에 대한 지원안 마련을 제안함.
- 위기청소년 사회적 안전망 강화가 필요함.

(3) 건강서비스 개선을 위한 정책과제

- 위기청소년 건강검진 서비스 강화 및 확대를 위해 학교 밖 청소년 관련 기관에 적을 두지 않은 청소년들을 대상으로 한 건강검진 홍보 필요, 건강검진에 대한 청소년들의 접근성 향상 방안 마련, 학교 밖 청소년 건강검진 사각지대 최소화, 위기청소년의 특성에 맞게 건강검진 내용 및 검진주기의 조정, 가정 밖 청소년들에 대한 정기적인 건강검진 실시 등을 제안함.
- 건강을 위한 의료지원 서비스 강화 및 확대를 위해 의료비 지원 강화, 적절한 의료 서비스를 받기 위해 청소년복지시설의 청소년들에 대한 지자체의 한시적 후견인 제도 마련을 제안함.

- 그 외에 정신건강 지원 서비스 강화 및 확대, 개인 위생용품 지원 확대, 지원 방식의 다양화 및 간편화, 건강전문가 양성 및 배치 확대를 제안함.

(4) 건강정책체계 재정비를 위한 정책과제

- 법률의 재정비 및 부처의 일원화, 건강 취약 청소년의 조기 발굴 및 개입안 마련, 건강실태조사의 정기적 실시 및 자료 구축, 위기청소년을 위한 의료지원 서비스망 구축, 건강 환경 및 건강지원 서비스 표준안 마련, 정기적인 모니터링 및 평가의 환류를 제안함.

청소년의 건강권
보장을 위한 정책
방안 연구 II :
위기청소년

연구보고 20-R16

I. 서 론 1

1. 연구의 필요성 및 목적 3

2. 연구추진체계 8

3. 연구내용 11

 1) 위기청소년 건강권의 개념 및 영역 설정 11

 2) 위기청소년 건강 관련 국내·외 주요 법령 및
 정책 분석 11

 3) 위기청소년 건강문제 및 관련 환경 분석 11

 4) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제 도출 ... 12

4. 연구방법 12

 1) 문헌연구 12

 2) 전문가 자문 12

 3) 설문조사 13

 4) 면접조사 14

II. 이론적 배경 17

1. 청소년 건강권의 개념 및 범위 19
 - 1) 청소년의 건강권 개념 19
 - 2) 본 연구의 위기청소년 건강권 범위 및 영역 24
2. 위기청소년 건강 실태 및 문제: 건강불평등을 중심으로 29
 - 1) 가정환경 29
 - 2) 거주지역 31
 - 3) 성별 32
 - 4) 학업 및 근로 상태 35

III. 위기청소년 건강권 보장을 위한 국내 법령 및 정책 현황 37

1. 청소년 건강 관련 국내 주요 법령 및 정책 39
 - 1) 청소년 건강 관련 국내 주요 법령 39
 - 2) 청소년 건강 관련 국내 주요 정책 43
2. 위기청소년 건강 관련 국내 주요 법령 및 정책 54
 - 1) 주요 법령 55
 - 2) 주요 정책 62

IV. 해외 위기청소년 건강정책과 프로그램 81

1. 청소년 건강권 관련 국제협약 및 정책 83
 - 1) 유엔 아동권리협약 83
 - 2) 지속가능발전목표(SDGs)와 청소년 건강 86
 - 3) 세계보건기구의 (위기)청소년 건강정책: WHO 아해!(AA-HA!) 88
2. 위기청소년의 건강권 보장을 위한 국외사례 91
 - 1) 독일 92
 - 2) 유럽연합(EU) 94
 - 3) 영국 100

4) 미국	111
5) 캐나다	122
6) 호주	125
3. 정책적 시사점	128

V. 위기청소년의 건강권 실태 분석: 설문조사 137

1. 조사개요	139
1) 조사대상	139
2) 설문지 개발	139
3) 자료수집 및 분석	146
2. 조사결과	148
1) 응답자의 일반적 특성	148
2) 수면	153
3) 영양 및 식습관	157
4) 신체활동	177
5) 개인위생	180
6) 유해물질	193
7) 신체건강 및 의로서비스 이용	212
8) 정신건강 및 서비스 이용	224
9) 성 건강	238
10) 건강 환경	247
11) 건강의식 및 주관적 건강	283
3. 요약 및 정책적 시사점	294
1) 건강행동 및 실태에 대한 주요 결과	294
2) 건강 환경에 대한 주요 결과	297
3) 정책적 시사점	300

VI. 위기청소년의 건강권 실태 분석: 면접조사 311

1. 조사개	313
1) 면접지 개발	313
2) 자료수집 및 분석	314

2. 조사결과	319
1) 청소년이 지각하는 자신의 건강상태와 “건강함”의 의미	319
2) 건강유지에 필요한 것과 도움이 되는 요인	325
3) 건강유지의 어려움과 건강유지 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인	330
4) 건강유지를 위해 받은 도움과 도움을 받지 못한 이유	337
5) 건강유지를 위해 필요한 국가 차원의 정책과 행정 지원	341
6) 위기청소년들의 일반적인 건강대처 경험과 건강검진 장려방안	348
3. 요약 및 정책적 시사점	353
1) 요약	353
2) 정책적 시사점	356
Ⅶ. 정책제언	361
1. 정책제언의 배경	363
2. 정책제언	367
1) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향	367
2) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제	376
참고문헌	407
부 록	427
1. 청소년용 설문지	429
2. 종사자용 설문지	450
ABSTRACT	457

표 목차

표 Ⅰ - 1	전문가 자문회의 개최	13
표 Ⅰ - 2	설문조사 개요	14
표 Ⅰ - 3	면접조사 개요	15
표 Ⅲ - 1	청소년 건강권 관련 대상별 주요 법령	40
표 Ⅲ - 2	제6차 청소년정책기본계획 중 건강권 관련 과제	43
표 Ⅱ - 3	청소년정책기본계획 내 「청소년 정신건강권 보호」 관련 정책과제	44
표 Ⅱ - 4	청소년정책기본계획 내 「청소년 신체건강권 보장」 관련 정책과제	45
표 Ⅱ - 5	청소년정책기본계획 내 「청소년 스포츠 활동 활성화」 관련 정책과제	46
표 Ⅱ - 6	청소년정책기본계획 내 「청소년이 안전한 생활환경 조성」 관련 정책과제	47
표 Ⅱ - 7	청소년정책기본계획 내 「유해매체로부터 청소년 보호」 관련 정책과제	48
표 Ⅲ - 8	2020 청소년 사업안내에 따른 청소년과 건강정책 관련 사업	49
표 Ⅲ - 9	청소년 건강 관련 국민건강증진(Health Plan 2020) 목표	52
표 Ⅲ - 10	HP2030 중점과제(안)	53
표 Ⅲ - 11	시설의 설치 및 운영 기준	56
표 Ⅲ - 12	위기청소년 건강 관련 주요 법령	61
표 Ⅲ - 13	청소년 건강 관련 특별지원	63
표 Ⅲ - 14	학교 밖 청소년 대상 건강검진 항목 및 방법	65
표 Ⅲ - 15	학교 밖 청소년 건강검진 수검 현황	66
표 Ⅲ - 16	학교 밖 청소년 건강검진 주요결과	68
표 Ⅲ - 17	2018 학교 밖 청소년 실태조사 설문영역 및 조사내용	72

표 III-18	의료·재활 프로그램	73
표 III-19	소년분류심사원 및 주요 소년원 인성교육	75
표 IV- 1	유엔 아동권리협약의 위기청소년 건강권 조항	85
표 IV- 2	청소년건강권 보장을 위한 핵심방향과 과제	86
표 IV- 3	WHO의 청소년 건강정책 권고	91
표 IV- 4	독일의 아동청소년지원법	92
표 IV- 5	EU의 청소년 음주 및 폭음 예방을 위한 액션플랜 (2014~2016)	95
표 IV- 6	10대 임신 예방을 위한 10가지 핵심요인	102
표 IV- 7	영국 NHS의 청소년 대상 정신건강 실행 계획	107
표 IV- 8	미국 정부의 위기청소년 대상 공공보건 정책 및 프로그램	119
표 IV- 9	캐나다 주 및 지자체의 노숙 청소년 대상 정신건강 프로그램	124
표 V- 1	청소년 및 종사자 대상 주요 설문 영역	140
표 V- 2	청소년용 설문문항 및 내용 출처	142
표 V- 3	종사자용 설문문항 및 내용 출처	145
표 V- 4	청소년 응답자의 일반적 특성	149
표 V- 5	종사자 응답자의 일반적 특성	152
표 V- 6	기상 및 취침 시각과 총 수면 시간	153
표 V- 7	수면 부족 여부	155
표 V- 8	청소년들의 수면시간과 수면시간 부족에 대한 판별분석 결과	155
표 V- 9	청소년 수면문제에 대한 종사자 의견	157
표 V-10	최근 7일간 아침식사 횟수	158
표 V-11	최근 7일간 점심식사 횟수	160
표 V-12	최근 7일간 저녁식사 횟수	161
표 V-13	최근 7일간 음식 섭취: 과일(과일주스 제외)	163
표 V-14	최근 7일간 음식 섭취: 탄산음료	164
표 V-15	최근 7일간 음식 섭취: 패스트푸드	165
표 V-16	최근 7일간 음식 섭취: 라면이나 컵라면	166
표 V-17	최근 7일간 음식 섭취: 과자	167
표 V-18	최근 7일간 음식 섭취: 채소반찬(김치 제외)	169
표 V-19	최근 7일간 음식 섭취: 우유	170
표 V-20	내 식사시간은 규칙적이다	171

표 V-21	나의 하루식사량은 충분하다	173
표 V-22	하위집단별 청소년들의 음식 섭취 및 식생활 정도	174
표 V-23	청소년 영양 및 식습관 문제에 대한 종사자 의견	175
표 V-24	영양 및 식습관에 관한 교육/정보	176
표 V-25	청소년들의 식습관과 관련 교육 및 정보 제공 여부에 대한 판별분석 결과	176
표 V-26	최근 7일간 격렬한 신체활동 여부	178
표 V-27	청소년 신체활동 부족 문제에 대한 종사자 의견	179
표 V-28	최근 7일간 샤워 여부	181
표 V-29	청소년 개인위생 및 청결 문제에 대한 종사자 의견	183
표 V-30	독감 예방접종 여부	184
표 V-31	미세먼지 나쁠 때	186
표 V-32	코로나19 유행 시 행동	188
표 V-33	생리대가 없어 곤란했던 적	190
표 V-34	개인위생 및 청결에 대한 교육/정보	192
표 V-35	최근 30일 동안 술을 마신 날	193
표 V-36	음주 후 유해행동	195
표 V-37	청소년들의 재학여부에 따른 음주 위험행동의 차이에 대한 공변량 분산분석 결과	197
표 V-38	음주 위험행동에 대한 중다회귀분석 결과	198
표 V-39	음주에 관한 교육/정보	199
표 V-40	최근 30일 동안 담배를 피운 날	200
표 V-41	담배를 끊으려고 시도한 적	201
표 V-42	간접 흡연: 집 안에서	203
표 V-43	간접 흡연: 학교나 일터에서	204
표 V-44	간접 흡연: 집이나 학교, 일터가 아닌 실내에서	205
표 V-45	간접 흡연: 거리나 야외에서	206
표 V-46	흡연에 관한 교육/정보	207
표 V-47	고카페인 음료 섭취	208
표 V-48	고카페인에 관한 교육/정보	210
표 V-49	약물, 부탄가스, 본드 경험	211
표 V-50	약물 오·남용 및 예방 교육/정보	212
표 V-51	하위집단별 청소년들의 신체적 증상 및 질환 정도	215
표 V-52	비만을	218
표 V-53	위기청소년 의료서비스에 대한 종사자 의견	221

표 V-54	의료 서비스 이용에 대한 교육/정보	222
표 V-55	청소년들의 신체적 건강 정도와 관련 교육 및 정보 제공 여부에 대한 판별분석 결과	222
표 V-56	신체적 건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과	224
표 V-57	현재 행복 지수	225
표 V-58	평소 스트레스 지수	226
표 V-59	우울·불안	228
표 V-60	자해 시도율	229
표 V-61	구체적으로 자살 계획을 세운 경험률	230
표 V-62	심리검사, 상담 및 치료를 받지 않은 이유	233
표 V-63	청소년 심리상담 서비스 문제에 대한 종사자 의견	234
표 V-64	심리검사, 상담 및 치료에 대한 교육/정보	236
표 V-65	정신건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과	237
표 V-66	성관계 경험	239
표 V-67	성관계 시 피임 여부	240
표 V-68	임신 경험	241
표 V-69	성매매(조건만남) 경험	242
표 V-70	성 질환 여부	244
표 V-71	성교육 제공 여부	246
표 V-72	사회적 자원 활용 여부	248
표 V-73	하위집단별 청소년들의 사회적 도움	248
표 V-74	현재 거주지	250
표 V-75	하위집단별 청소년들의 거주환경 양호도 1	252
표 V-76	하위집단별 청소년들의 거주환경 양호도 2	254
표 V-77	건강과 거주환경에 대한 회귀분석 결과	255
표 V-78	가출 횟수	257
표 V-79	첫 가출 당시 나이	258
표 V-80	가정 밖 생활 기간	259
표 V-81	가출 당시 생활했던 곳(복수 응답)	260
표 V-82	가출팜 경험	261
표 V-83	하위집단별 가정 밖 생활 당시 생활환경	263
표 V-84	가출 시 생활환경과 건강에 대한 회귀분석 결과	266
표 V-85	일(아르바이트) 경험	267
표 V-86	하위집단별 가정 밖 생활 당시 생활환경	269
표 V-87	건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과	270

표 V-88	청소년들의 현 학업상태 및 자퇴시기	271
표 V-89	학교 밖 청소년 건강검진	272
표 V-90	잠자리 제공 여부	274
표 V-91	한 끼 이상의 식사 제공 여부	275
표 V-92	나(청소년)의 건강에 대한 관심 정도	283
표 V-93	자신의 건강 돌봄 정도	286
표 V-94	자신의 건강에 대한 관심 여부와 건강 돌봄 정도 간의 관계	288
표 V-95	신체적 건강에 대한 주관적 인식	289
표 V-96	정신적 건강에 대한 주관적 인식	290
표 V-97	건강에 대한 인식과 실제 증상에 대한 회귀분석 결과	292
표 V-98	내 건강권은 실생활에서 보장되는지 여부	293
표 VI- 1	면접 조사 내용	314
표 VI- 2	참여자 현황	316
표 VI- 3	분석에 사용된 면접 질문 내용	318
표 VI- 4	건강상태와 “건강함”의 의미에 대한 교차분석 결과	319
표 VI- 5	건강유지에 필요한 것과 도움이 되는 요인에 대한 교차분석 결과	325
표 VI- 6	건강유지의 어려움과 극복 요인에 대한 교차분석 결과	330
표 VI- 7	건강유지를 위해 받은 도움과 도움을 받지 못한 이유에 대한 교차분석 결과	337
표 VI- 8	건강유지를 위해 필요한 국가 차원의 정책과 행정 지원에 대한 교차분석 결과	342
표 VI- 9	일반적인 건강대처 경험과 건강검진 장려방안에 대한 교차분석 결과	348
표 VII- 1	주요 연구 결과	364
표 VII- 2	위기청소년들의 건강형평성 제고를 위한 정책영역 및 세부정책과제	377
표 VII- 3	위기청소년들의 건강형평성 제고를 위한 정책추진 총괄표	404

그림 목차

그림 II- 1	본 연구에서의 연구대상 범위	26
그림 II- 2	2020년 제2차 년도 연구에서의 위기청소년 건강권 영역	27
그림 II- 3	위기청소년 건강권 영역의 신체적·정신적·사회적 측면 ..	28
그림 IV- 1	EU의 아동청소년을 위한 학교와 정신건강 정책 현황 ...	96
그림 IV- 2	미국 PEACH 프로그램의 OrganWise Guys 캐릭터	118
그림 IV- 3	호주의 국가 임상 평가 체계 (National Clinical Assessment Framework)	127
그림 V- 1	설문지 개발 과정	141
그림 V- 2	수면부족 이유(복수 응답)	156
그림 V- 3	치솔질 실천율	180
그림 V- 4	손씻기 실천율	182
그림 V- 5	생리대가 없었던 가장 중요한 이유	191
그림 V- 6	청소년들의 간접흡연 경험 정도	202
그림 V- 7	청소년들의 신체적 증상 및 질환	213
그림 V- 8	종사자들이 본 위기청소년들의 신체건강상 문제점	217
그림 V- 9	비만율	219
그림 V-10	병의원 진료나 검사를 받지 않은 이유	220
그림 V-11	심리검사나 상담·치료를 받지 않은 이유	232
그림 V-12	사회적 자원 활용 여부	247
그림 V-13	거주환경 1	251
그림 V-14	거주환경 2	253
그림 V-15	연도별 거주환경 부정 응답률	254
그림 V-16	가정 밖 생활 당시 생활환경	262
그림 V-17	경험한 일의 종류(복수 응답)	268
그림 V-18	근로환경	269

그림 V-19	건강검진을 받지 않은 이유	273
그림 V-20	건강 관련 물품·비용 지원을	276
그림 V-21	건강 관련 인력·기관 연계율	279
그림 V-22	건강 관련 정보 및 교육 프로그램 제공률	281
그림 Ⅷ- 1	위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향	368

○ — 제1장 서론

- 1. 연구의 필요성 및 목적
- 2. 연구추진체계
- 3. 연구내용
- 4. 연구방법

1. 연구의 필요성 및 목적

청소년의 건강은 향후 건강한 인적 자원 확보와 건강사회 유지를 위해 반드시 필요하며 미래 국가경쟁력과도 연관이 깊다. 그러나 그에 앞서 청소년 건강은 현재 청소년의 기본적인 권리보장과 삶의 질, 그리고 이들의 미래 생활에 이르기까지 결정적인 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있다. 청소년기에 건강을 잃는다면 이를 회복하기 위해서 오랜 시간에 걸쳐 개인과 사회적 측면에서 모두 막대한 비용을 치르고도 온전히 회복되지 않을 수 있다. 이에 청소년기 건강증진 및 유지를 위한 노력은 현재와 미래의 개인 및 사회를 위해 무엇보다도 중요한 과제라는 신념에 따라 각 개별 국가 뿐 아니라 국가 연합으로도 청소년의 건강을 위한 정책을 수립, 실천해 나가고 있다.

대표적인 예로써 세계보건기구(WHO)는 청소년 건강에 많은 노력을 기울이고 있다. WHO는 아동에서 성인으로 전환하는 시기에 놓인 청소년들이 담배·알코올·약물과 같은 유해물질 남용 및 중독, 폭력·교통사고 등에서 비롯된 상해, 우울·불안·자해·섭식장애·자살 같은 정신·행동적 문제, 성 질환 및 임신 등과 같은 다양한 건강 문제에 직면해 있다고 보고 있다¹⁾. WHO는 최근 들어 많은 국가에서 영유아 건강정책은 우선순위에 두는 반면 청소년 건강정책은 뒤로 미루으로써

1) WHO 홈페이지. <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>에서 2020년 1월 3일 인출.

연령이 높은 청소년들의 사망률이 영유아 사망률에 비해 높다는 점에 주목하였다²⁾. 이와 더불어 청소년들은 그 특성상 건강관리 및 정보 이용에 제한이 있음을 지적하고 있다. 즉 청소년들의 권리·개인정보 보호 등에 대한 인식 부족과 서비스 제공자 및 사회적 인식에 따른 차별·낙인 효과에 대한 두려움 등으로 청소년들은 공공 의료서비스에 대한 접근을 두려워하는 경향을 보인다는 점이다³⁾. 특히 유해 물질 남용 및 중독, 정신질환, 성 감염 질환이나 임신 등과 같은 일부 건강 문제와 관련해서 청소년들은 의료 서비스에 접근하는 것은 물론 사소한 도움을 요청하는 것조차 매우 꺼린다. 또한 보호자의 지원이나 동의 없이는 건강보험이나 의료비 납부, 의료 서비스를 받는 것에 제한을 가질 수밖에 없으며 사회경제적 지위가 낮을수록 이러한 경향은 더욱 강화된다⁴⁾. 이에 WHO는 국가의 건강정책 및 시스템이 계층이나 성별 등에 관계없이 모든 청소년에게 친화적으로 구축·운영되어야 함을 강조하고 있다.

이에 발맞추어 여러 나라들도 청소년의 건강 증진 및 유지를 위해 다양한 노력들을 기울이고 있다. 미국 연방정부는 국민건강증진계획(Healthy People 2020)⁵⁾을 수립한데 이어 국민건강증진계획(Healthy People 2030)을 개발 중에 있다. Healthy People 2020에서는 일반적으로 10~17세 청소년과 18~25세 청년들은 생애 주기 중 건강한 시기이지만 건강과 관련한 주요 이슈들이 있는 것으로 파악하

2) 모성, 영유아, 아동, 청소년 건강(Maternal, newborn, child and adolescent health). 세계보건기구 홈페이지. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/에서 2020년 1월 3일 인출.

3) 모성, 영유아, 아동, 청소년 건강(Maternal, newborn, child and adolescent health). 세계보건기구 홈페이지. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/에서 2020년 1월 3일 인출.

4) 모성, 영유아, 아동, 청소년 건강(Maternal, newborn, child and adolescent health). 세계보건기구 홈페이지. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/에서 2020년 1월 3일 인출.

5) 이 문단의 내용은 미국 국민건강증진계획 Healthy People 2020(출처: Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>에서 2020년 1월 5일 인출) 내용의 일부이다.

였다. 보다 구체적으로 그 이슈들은 정신건강, 담배·술·약물 남용 및 중독, 영양 및 체중 문제, 성감염 질환, 원하지 않은 임신 및 출산, 노숙, 학업중단 살인 및 자살, 교통사고와 같은 건강 및 사회문제로 이러한 다양한 문제들이 청소년기에 시작되거나 절정에 이르는 것으로 나타났다. 이러한 문제들은 이들의 가족, 학교, 지역사회, 매체 등 사회적 환경에 영향을 받으며 이들의 건강 및 안녕을 위협한다. 특히 이러한 문제들은 인종이나 빈곤 여부에 따라 그 격차가 심화된다. 이에 연방 정부는 환경개선을 통해 이러한 문제들을 해결하는 것을 목표로 청소년 건강증진 계획을 수립하였다. 최근 개발 중인 Healthy People 2030⁶⁾ 역시 이러한 이슈들에서 크게 벗어나지는 않는다.

유럽 각 국가들도 청소년 건강과 관련된 자료를 수집하고 이를 바탕으로 청소년 건강을 위한 전략들을 수립하고 있다. 유럽 청소년들의 건강은 전반적으로 양호하지만 자살, 알코올, 성 질환 및 임신 등의 문제를 보이기도 하며 건강불평등의 문제가 증가추세에 있다. 이에 WHO 유럽지부는 학령기아동건강행동연구(Health Behaviour in School-aged Children study: HBSC)를 바탕으로 아동청소년 건강전략 2015-2020을 수립하여 수행하고 있다⁷⁾. 이 정책에서는 빈곤격차 축소, 위기취약계층 아동청소년을 위한 국가별 건강정책 수립 지원, 아동청소년 건강 증진 및 질병 예방을 통한 장기적 의료 서비스 비용 절감, 보건 시스템 개선을 위한 국가 및 지방 정부·기관과의 협력체계 구축, 건강 환경 개선을 통한 아동청소년 보호 등을 우선순위에 놓았다⁸⁾. 2018년도에 발표된 WHO의 유럽지부 조사에 따르면 2016/2017년을 기준으로 유럽 53개국 중 약 36개국이 아동청

6) Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Framework>에서 2020년 6월 2일 인출.

7) WHO 유럽 학령기아동건강행동연구(Health Behaviour in School-aged Children study: HBSC). WHO 유럽지부 홈페이지. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc>에서 2020년 1월 7일 인출.

8) WHO 유럽 아동청소년 건강정책. WHO 유럽지부 홈페이지. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy>에서 2020년 1월 7일 인출.

소년 건강을 위한 국가전략을 수립하였거나 계획 중인 것으로 나타났다⁹⁾. 또한 44개국은 청소년 친화적인 건강사업을 수행하고 있었는데 이 사업은 신체건강 뿐만 아니라 심리사회적 건강과 예방 사업까지도 포함한다(World Health Organization, 2018:8).

우리나라에서도 청소년의 건강 유지 및 증진에 관심을 갖고 이를 실천하기 위한 정책을 수립, 운영하고 있다. 그러나 청소년 건강 관련 정책들 중 위기청소년을 위한 정책은 부족한 형편이다. 현재 청소년 건강과 관련하여 대표적인 정부정책의 계획으로는 제6차 청소년정책기본계획과 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)을 들 수 있다. 그러나 제6차 청소년정책기본계획(관계부처합동, 2018)에서 청소년 건강 관련 정책과제들을 살펴보면 그 대부분이 학생 청소년과 가정에서 생활하는 청소년들을 대상으로 하는 과제들로서 본 연구의 대상인 가출 및 학교 밖 청소년들이 접근하기에는 어려움이 예상된다. 또한 4차 국민건강증진 종합계획(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015:6-9)을 보면 학교보건이 포함되어 있어 학생건강영역은 뚜렷이 구분되지만 건강관리 대상이 되는 인구집단 분류에 청소년이 명확히 포함되어 있지 않다. 같은 맥락에서 다문화·취약가정에 대한 지원은 계획되어 있으나 가정 밖에서 생활하는 가출 청소년에 대한 지원은 빠져있다. 이러한 구분은 가출 및 학교 밖 청소년 집단이 건강관리 대상에서 다소 비껴나 있음을 시사한다.

가출 및 학교 밖 청소년을 비롯한 위기청소년은 가정에서 학교를 다니는 대다수 청소년에 비해 건강상태가 취약하고, 건강에 유해한 환경에 노출되는 경우가 많아 건강 취약 계층으로 볼 수 있다. 일례로 청소년 쉼터 등 청소년복지시설에서 생활

9) WHO 유럽 아동청소년 건강정책 모니터링. WHO 유럽지부 홈페이지. https://www.researchgate.net/profile/Sophia_Backhaus/publication/328655131_Child_and_adolescent_health_in_Europe_monitoring_implementation_of_policies_and_provision_of_services/links/5bdad2294585150b2b9605c6/Child-and-adolescent-health-in-Europe-monitoring-implementation-of-policies-and-provision-of-services.pdf?origin=publication_detail에서 2020년 1월 5일 인출.

하는 가출 청소년들은 가정에서 생활하는 대다수의 청소년에 비해 신체적으로나 정신적으로 건강하다는 인식 정도가 낮았다(김희진, 백혜정, 김은정, 2018). 학교 밖 청소년 역시 우울·불안 등 정신건강 상태가 불안정한 경우가 적지 않았으며 건강 관련 지원에 대한 정책적 수요도 높았다(윤철경, 최인재, 김승경, 김성은, 2018). 이처럼 위기청소년들은 신체 및 정신 건강에서도 역시 위기를 경험할 가능성이 높을 수밖에 없다.

위기청소년 중 상당수는 건강문제에서 어려움을 겪고 있지만 복합적인 취약성과 불평등으로 인해 건강자원에 대한 접근성이 떨어질 우려가 높다. 경제적 어려움으로 인한 의료비에 대한 부담은 보건의료자원 접근성이 떨어뜨리고 가족과의 단절로 인해 보호자의 허가과 지원을 필요로 하는 건강보험을 적용받기 어려운 경우도 있다. 청소년의 특성과 건강, 개인정보 보호 및 기밀유지에 대한 지식이나 태도 등이 결여된 일부 의료공급자로 인해 의료서비스에 대한 접근을 꺼리기도 하고 여자 청소년들은 사회문화적 규범 등으로 인해 성과 관련된 보건 서비스를 받기 꺼리는 경우가 적지 않다. 이러한 상황에서 국가 차원의 정책적 노력과 지원 없이 위기청소년의 보건의료접근성이 향상되기는 어렵다.

이에 가정과 학교, 사회의 보호체계에서 한걸음 벗어나 있는 위기청소년들을 사회적 안전망 안으로 끌어들이고 적극적으로 보호·지원하는 정책이 필요하며 이들에 대한 건강정책 역시 그 안에서 이루어져 한다. 또한 청소년들의 건강은 현재 청소년기 뿐 아니라 미래 성인기 및 노년기의 건강으로도 연결되는 문제로 향후에 발생할 수 있는 건강격차를 줄이기 위해서라도 이들을 위한 건강지원 정책은 매우 중요하다. 따라서 보다 건강한 사회로 나아가기 위해서는 모든 청소년에 대한 보편적 정책에 더해 위기청소년에 대한 보다 적극적인 정책이 수립될 필요가 있다.

건강은 개인이 마땅히 누려야 할 기본권이며 국가 및 사회는 특히 평생 건강의 발판이 되는 아동청소년기의 건강 문제에 있어서 경제나 교육수준, 성별 등 환경적

인 이유로 발생할 수 있는 불평등을 최소화하는데 적극적으로 노력해야 한다. 이 연구는 3개년 연구(2019년~2021년) 중 2차 년도 연구에 해당하는 연구로 학생 청소년을 대상으로 한 2019년 1차 년도 연구에 이어 위기청소년을 대상으로 한 2차 년도 연구이다. 따라서 이 연구에서는 청소년들의 건강불평등 해소를 위한 연구의 일환으로 사회적 안전망에서 벗어나 있는 경우가 많은 위기청소년을 대상으로 한 연구를 수행하고자 한다. 위기청소년들의 건강 및 건강과 밀접한 관련이 있는 환경, 그리고 관련 정책 및 지원 서비스 실태 등을 다각적으로 분석함으로써 이들이 처한 건강문제를 점검하고 최종적으로 이들의 건강권 보장을 위해 필요한 정책적 방안을 도출하는 것이 이 연구의 최종 목표이다.

2. 연구추진체계

본 연구는 총 3개년 연구(2019년~2021년)로 각 연도에 따라 주요 연구대상자가 다르게 선정되었다. 2019년 1차 년도 연구는 학생 청소년이, 올해 2020년 2차 년도 연구에서는 위기청소년(가출 및 학교 밖 청소년)이, 그리고 2021년 3차 년도에는 성인기로 이행하는 후기 청소년이 연구의 주요 대상자이다.

지난 1차 년도 연구는 청소년 중 규모가 가장 크다고 할 수 있는 학생 청소년들을 연구대상으로 하였다. 1차 년도 연구에서는 이들의 건강문제와 그를 둘러싼 환경을 파악하여 학생 청소년 건강문제 및 건강결정요인을 분석하고 청소년 건강과 관련된 정책들을 검토해 봄으로써 학생 건강권 보장을 위한 지원방안을 도출하였다.

올해 2차 년도 연구는 1차 년도 연구와 동일하게 청소년의 건강권 보장 및 관련 환경 개선을 통한 건강불평등 문제 해소를 위한 정책방안 도출을 연구목적으로 설정하였다(그림 I-1). 단 연구대상에서 차별성을 보이는데 1차 년도 연구대상자인 학생 청소년에 비해 열악한 환경에 처해 있을 것으로 예상되는 위기청소년

1차 년도 (2019년)	연구내용	· 학생 청소년 건강문제 및 건강결정요인 분석 · 학생 청소년 건강증진 방안 및 관련 정책의 실효성 제고방안 모색 · 학생 청소년 건강권 보장을 위한 정책방안 도출
	연구방법	· 문헌연구 · 학생 청소년 건강 관련 이차자료 분석 · 학생 청소년, 교사 대상 실태조사 · 전문가협의회 및 전문가워크숍



2차 년도 (2020년)	연구내용	· 위기청소년 건강문제 및 관련 정책·환경 분석 · 위기청소년 건강증진 방안 및 관련 정책의 실효성 제고방안 모색 · 위기청소년 건강권 보장을 위한 정책방안 도출
	연구방법	· 문헌연구 · 위기청소년 대상 설문조사 및 면접조사 (설문조사 일부 문항은 1차 년도 학생 청소년 결과와 비교 분석) · 현장 종사자 대상 설문조사 · 전문가 자문회의



3차 년도 (2021년)	연구내용	· 후기 청소년 건강문제 및 건강결정요인 분석 · 후기 청소년 건강증진 방안 및 관련 정책의 실효성 제고방안 모색 · 후기 청소년 건강권 보장을 위한 정책방안 도출
	연구방법	· 문헌연구 · 후기 청소년 건강 관련 이차자료 분석 · 후기 청소년대상 실태조사 · 국외출장 · 전문가협의회 및 전문가워크숍

그림 1-1 연도별 연구 추진 계획

의 건강 관련 실태를 보다 집중적으로 분석하고 이를 바탕으로 위기청소년들의 건강증진 방안을 모색하고자 한다. 연구대상자들인 위기청소년들이 학생 청소년

들과 몇 가지 측면에서 다소 다른 특성을 보임에 따라 건강 영역에서 좀 더 심층적으로 다루는 부분들이 발생하였다.

이를 위해 지난해와 마찬가지로 올해 연구 역시 협동연구형태로 진행하였다. 본원의 연구진이 위기청소년의 건강 영역을 설정하고 선행연구 검토를 통해 위기청소년들의 건강 특성을 파악하였으며 이를 바탕으로 설문 및 면접 조사를 실시, 청소년의 건강행태 및 관련 환경에 대한 양적 및 질적 자료를 수집·분석하였다. 또한 해외 위기청소년 관련 건강정책의 일부를 분석하였다. 협동연구기관(한국보건사회연구원)은 위기청소년 건강 관련 국내·외 법령 및 정책을 분석하고 그에 따라 시사점을 도출하였다(그림 1-2). 이상의 내용들을 바탕으로 위기청소년들의 건강권을 보장하고 청소년 집단 안에서의 건강불평등 문제를 해소하기 위한 정책방안을 도출하였다.

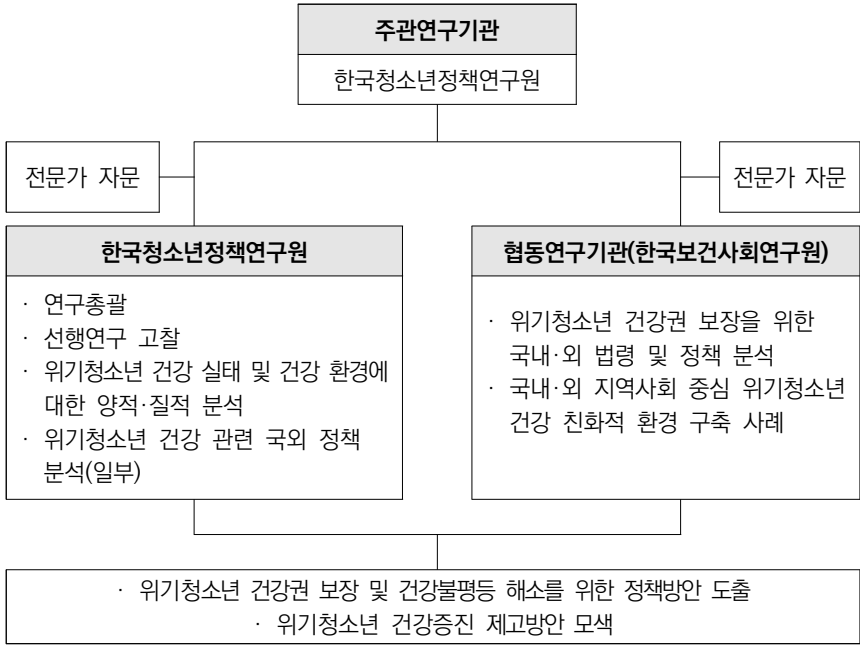


그림 1-2 연구추진체계

3. 연구내용

1) 위기청소년 건강권의 개념 및 영역 설정

본 연구 대상자로서의 위기청소년에 대한 조작적 정의를 통해 이들의 범위를 설정하고 이들의 건강권과 관련된 영역 및 환경 분석을 근거로 이들이 직면한 건강문제 및 건강에 영향을 주는 요인들을 살펴보았다. 이를 바탕으로 위기청소년들의 건강권 보장 정도를 분석하고 본 연구에서 다룰 건강권의 개념 및 영역을 설정하였다.

2) 위기청소년 건강 관련 국내·외 주요 법령 및 정책 분석

위기청소년 건강권 관련 국내·외 주요 법령 및 정책을 분석하였다. 국내·외 위기청소년 건강 관련 주요 법과 정책들을 살피고 지역사회를 중심으로 위기청소년 건강 친화적 환경 구축 사례들이 있는지 알아보고자 하였다.

특히 우리나라의 경우는 학생 청소년, 저소득층 가정 및 양육시설 내 청소년들과 위기청소년들을 위한 건강권 보장 법령 및 정책들에서 차이점이 없는지 검토함으로써 건강불평등의 실태를 파악하였다. 또한 해외의 건강정책 현황을 조사·분석하여 시사점을 도출하였다.

3) 위기청소년 건강문제 및 관련 환경 분석

설문조사 및 면접조사를 바탕으로 수집한 양적 및 질적 자료를 분석함으로써 위기청소년의 건강 행태 및 건강 관련 환경을 살펴보고자 하였다. 조사에서는 학교 밖 청소년, 가출 청소년 등을 주요 대상으로 하여 과거 및 현재 건강 상태 및 관련 환경을 전반에 걸쳐 분석하였다. 특히 건강 행태 및 관련 환경, 정책 수혜 등에 있어서 1차년도 조사결과를 활용, 우리나라에서 대다수를 차지하는

가정 내 학생 청소년과의 비교를 통해 건강형평성에 문제가 없는지 살펴보고자 하였다. 조사 결과를 바탕으로 위기청소년들이 당면한 건강 문제들과 그에 따라 필요한 증장기적 욕구 파악을 통해 정책과제를 도출하였다.

4) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제 도출

본 연구의 최종적인 결과물로서 위기청소년 건강권 보장을 향상시키기 위한 정책과제를 도출하였다. 이를 위해 선행연구 검토와 국내·외 주요 법령 및 정책 분석, 위기청소년 및 관련 기관 종사자 대상 설문 및 면접 조사 등 일련의 과정을 통해 수집된 자료를 종합적으로 분석하여 위기청소년의 건강 및 관련 환경 전반에 대한 실태와 문제점을 파악하고자 하였다.

4. 연구방법

1) 문헌연구

청소년 건강권의 개념 및 범위, 위기청소년의 건강 실태 및 문제 등에 대한 문헌을 수집·분석하였다. 또한 국내·외의 위기청소년 건강 관련 법령 및 정책 현황에 대한 문헌자료를 검토하였다.

2) 전문가 자문

건강 분야 및 위기청소년 분야의 학계와 현장 전문가를 대상으로 자문회의를 개최하고 연구의 방향성 및 내용 구성, 위기청소년 건강실태 및 정책 현황에 대한 의견을 수렴하였다. 또한 연구진이 작성한 청소년용 및 종사자용 설문지, 청소년

표 1-1 전문가 자문회의 개최

횟수	자문영역(내용)	자문진	개최시기
1차	연구 방향성 및 내용 구성	학계 전문가	2월
2차	위기청소년 건강실태 및 정책 현황	학계·현장 전문가	
3차	설문/면접 조사 내용 및 구성에 대한 검토	학계·현장 전문가	3월
4차	면접 내용 검토 및 자문	학계·현장 전문가	9월
5차	설문/면접 결과 내용 관련 현황 및 정책 제언 검토	현장 전문가	12월

용 면접지 내용 및 구성에 대한 의견도 수렴하였다. 마지막으로 연구결과 검토 및 보다 구체적인 위기청소년의 건강정책 도출을 위해 전문가 자문회의를 추가로 실시하였다.

3) 설문조사

위기청소년의 건강행태 및 관련 환경을 알아보기 위하여 위기청소년들이 많이 이용·생활하는 기관·시설을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사 참여 의뢰를 한 기관·시설로는 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관, 미인가 대안학교 등이다. 조사 참여자는 위기청소년 2,001명과 각 기관·시설 당 종사자 1명씩 총 166명이며 청소년의 경우는 최종 분석에는 1,994명의 설문지가 포함되었다.

조사에 참여하는 청소년 및 종사자들에게는 조사 동의¹⁰⁾와 개인정보 수집 및 이용 동의 과정을 진행하고¹¹⁾, 동의한 이들에 한해서만 조사를 실시하였다. 조사는 조사전문기관에 의뢰하였으며, 2020년 5월에서 7월까지의 일정으로 조사원이

10) 1. 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.

2. 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.

3. 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.

11) 미성년자인 청소년들은 원칙상 '법정대리인 서면동의'도 받도록 되어 있으나 '가출 및 학교 밖 청소년'의 특성을 고려했을 때 법정대리인 서면동의가 어려운 측면이 있어 IRB 심의에서 법정대리인 서면동의 면제를 승인받았다.

표 1-2 설문조사 개요

주요 요소	내용
모집단	• 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관 등을 이용하는 가출 및 학교 밖 청소년과 성인 종사자
표집틀	• 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관, 미인가 대안학교 등을 이용하는 가출 및 학교 밖 청소년과 성인 종사자
표본수	• 가출 및 학교 밖 청소년: 2,001명(최종 분석 1,994명) • 성인 종사자: 약 166명
표집방법	• 변형비례배분 - 17개 광역시도, 9개 기관 유형별로 층화함. - 각 기관별 청소년의 평균인원 수를 근거로 하되 기관의 특성이나 기관별 응답률의 차이를 고려하여 기관별 표본 수를 배분함. • 층화계통추출
조사시기	• 2020년 5~7월

기관 및 시설을 방문하여 일대일 대면 조사를 원칙으로 하였다. 단 예산 및 기관의 특성을 고려하여 30% 이내에서 유치조사 및 우편조사를 허용하였다. 조사 내용 및 과정은 5장에서 보다 자세히 기술하였다.

4) 면접조사

설문조사에서 미처 수집하지 못한 위기청소년들의 건강행태 및 환경에 대한 보다 체계적인 정보 수집을 위해 위기청소년을 대상으로 심층면접조사를 실시하였다. 조사에 참여한 청소년은 건강에 대한 관심이나 문제가 있는 청소년으로 설문 조사 시 본 심층면접조사에 대한 참여 의사를 표시했거나 종사자 추천을 통해 섭외된 이들로 총 25명이다. 조사에 참여하는 청소년들은 설문조사와 마찬가지로 조사 동의¹²⁾와 개인정보 수집 및 이용 동의 과정을 진행하고¹³⁾, 동의한 이들

12) 1. 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.

에 한해서만 조사를 실시하였다. 자료 수집 및 분석 과정은 6장에서 보다 자세히 기술하였다.

표 1 -3 면접조사 개요

주요 요소	내용
면접참여자 특성 및 섭외방식	• 위기청소년 중 건강에 대한 관심이나 문제가 있는 청소년 • 위기청소년 설문 조사 시 본 심층면접조사에 대한 참여 의사를 표시했거나 종사자 추천을 통해 섭외 진행
규모	• 25명 내외
면접방식	• 반구조화된 질문지를 활용한 개별 면담 진행 • 면접 내용은 녹취 후 전사
면접 시간	• 각 면접 당 50분 내외 / 개인당 총 1~2회
면접자	• 훈련된 석사과정 이상으로 유자격 면접원 활용

2. 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.

3. 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.
- 13) 미성년자인 청소년들은 원칙상 ‘법정대리인 서면동의’도 받도록 되어 있으나 ‘가출 및 학교 밖 청소년’의 특성을 고려했을 때 법정대리인 서면동의가 어려운 측면이 있어 IRB 심의에서 법정대리인 서면동의 면제를 승인받았다.

○ — 제2장 이론적 배경

- 1. 청소년 건강권의 개념 및 범위
- 2. 위기청소년 건강 실태 및 문제:
건강불평등을 중심으로

1. 청소년 건강권의 개념 및 범위¹⁴⁾

1) 청소년의 건강권 개념

건강권에 대한 논의에 앞서 건강에 대한 개념을 먼저 살펴볼 필요가 있다. 1946년 세계보건기구(WHO, World Health Organization) 헌장 서문에서는 건강을 “단지 질병이 없거나 허약하지 않음이 아니라 신체적, 정신적 그리고 사회적 안녕이 완전한 상태”로 정의하였다¹⁵⁾. 이 정의에 따르면 건강은 신체적 상태와 정신적 상태 뿐 아니라 사회적 상태까지도 아우르고 있다는 점에서 건강의 개념이 매우 포괄적이고 그 범위 또한 광범위함을 보여준다. 특히 건강에 주관적인 판단요인이 크게 작용할 수 있는 사회적 안녕을 포함한다는 것은 건강에 객관적인 상태 뿐 아니라 주관적인 판단까지 종합적으로 살펴야 한다는 점을 명백히 하고 있다. 우리나라에서도 건강의 개념을 정의할 때 세계보건기구에서 제시한 건강 개념을 적용하고 있다. 그 대표적인 예로 제4차 국민건강증진종합계획을 보면 건강 개념 안에 신체적, 정신적, 사회적 건강을 모두 포함하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015:34).

14) 이 절의 내용은 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 중 제1차년도 연구보고서(임희진, 백혜정, 김동식, 2019) 중 제2장 건강권의 개념과 영역, 제3장 국내외 청소년 건강정책 내용의 일부를 수정·보완한 것이다.

15) 세계보건기구 홈페이지. “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” WHO 홈페이지. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>에서 2020년 1월 14일 인출.

단 사회적 건강과 관련하여 사회적인 요소가 개인의 건강에 영향을 주는 것은 틀림없으나 개인의 건강에 사회적 건강이 포함되어 있는가에 대해서는 다소 논란이 있다(김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2018:12-13). 김창엽 등은 사회적 역할의 수행정도나 사회적 관계를 잘 맺는 것 등을 개인의 사회적 건강이라고 할 때 이러한 사회적 건강이 신체적, 정신적 건강과 별개로 존재하기 어렵고 이를 개인의 건강 영역에 포함시키는 것은 건강의 개념을 지나치게 확장했다는 비판이 있을 수 있음을 지적하고 있다(김창엽 외, 2018:12-13). 이러한 주장을 반영하여 본 연구에서는 개인의 건강을 신체적, 정신적 영역에 보다 초점을 맞추어 살펴보고자 한다.

이와 같이 정의되는 건강을 누릴 수 있는 권리를 건강권이라고 하며 건강권은 국제법상 개인의 기본권리 중 하나이다. 세계보건기구 헌장에서는 개인이 누릴 수 있는 건강 수준을 “도달 가능한 최고 수준(the highest attainable standard of health)”으로 규정하며 “인종, 종교, 정치적 신념, 경제사회적 조건에 상관없이 모든 사람의 기본적인 권리 중 하나(one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition)”로 명시하였다¹⁶⁾. 이후 1948년 세계인권선언 제25조(1)¹⁷⁾에 따라 건강권은 법적 구속력을 갖는 다양한 조약에 명시되기 시작하였다(국가인권위원회, 2009:13). 2003년에 제출한 UN 건강권 특별보고관 보고서에서는 건강권의 범위 안에 1) 시의적절한 보건의료 2) 안전한 식수·적절한 위생·건강한 환경·건강교육 및 정보의 접근성과 같은 건강의 결정요인, 3) 건강 관련 자유와 권리: 높은 수준의 건강을 유지하는데 필요한 보호시스템에 대한

16) 세계보건기구 홈페이지. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>에서 2020년 1월 14일 인출.

17) 세계인권선언의 제25조(1) 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와, 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다. 유엔인권고등판무관 홈페이지. <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=kkn>에서 2020년 1월 7일 인출.

권리와 동의하지 않는 치료 및 실험으로부터 자유로울 권리, 그리고 보건의료 서비스 및 건강 결정 요인 접근에 있어서 비차별적이고 동등하게 누릴 권리 등을 포함하고 있다(국가인권위원회, 2009:18-23).

우리나라에서도 헌법¹⁸⁾ 및 하위 법률의 다양한 조항에서 개인의 건강권을 보장하고 있다. 「대한민국헌법」 제35조 제1항과 제36조 제3항의 내용을 바탕으로 하여 「보건의료기본법」¹⁹⁾ 제10조에서는 개인 및 가족의 건강에 대해 국가의 보호를 받을 권리와 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 건강권이 침해받지 않아야 함을 명시하고 있다. 특히 개인의 신분이나 상태에 따라 건강권을 침해받는 것을 최소화하기 위해 동법 제31조(평생국민건강관리사업), 제32조(여성과 어린이의 건강 증진), 제33조(노인의 건강 증진), 제34조(장애인의 건강 증진), 제35조(학교 보건의료), 제36조(산업 보건의료), 제45조(취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공) 등을 마련하였다. 「보건의료기본법」에서 개인의 건강권에 대한 범위는 명확히 규정되어 있지 않다. 다만 보건의료 서비스 제공(제29조) 외에 개인건강의 보호·증진을 위해 보건의료에 대한 알 권리, 자기결정권 및 비밀보장(제11조~제13조), 건강을 위한 쾌적한 환경유지(제37조), 기후변화에 따른 국민건강영향평가(제37조의2), 식품위생·영양(제38조)에 대한 조항들을 바탕으로 국내에서의 건강권 범위 역시 광범위함을 짐작할 수 있다. 이상과 같은 국제법 및 국내법의 내용에 비추어 볼 때 건강보호·증진에 필요한 모든 적절한 환경 및 서비스를 제공받는 것은 모든 개인의 기본적 권리이며 이러한 권리는 그 어떤 이유로도 차별받지 않아야 함을 알 수 있다.

청소년의 건강권에 대한 국제적인 기준 역시 앞서 언급한 건강권에서 크게 벗어나지 않는다. 아동청소년의 건강과 관련하여 아동권리위원회(Committee on

18) 대한민국 헌법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=61603#에서> 2020년 1월 7일 인출.

19) 보건의료기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B8%B0%EB%B3%B8%EB%B2%95에서> 2020년 1월 7일 인출.

the Rights of the Child)는 2003년 ‘아동의 권리에 관한 협약의 맥락에서 청소년의 건강과 발달(Adolescent Health and Development)에 대한 일반 논평 제4호’와 2013년 ‘획득 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 아동의 권리(The rights of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health)에 관한 일반논평 제15호’를 발표하였다. 일반논평 제4호²⁰⁾는 청소년들이 신체·인지·사회적으로 빠른 변화를 겪으면서 건강과 발달에 새로운 도전을 직면하는 시기에 있지만 권리의 주체로서 국가의 충분한 관심을 받지 못하고 있음을 지적한다. 또한 청소년들의 건강이 최고수준으로 증진되고 보호되기 위해서는 처한 환경이나 지위에 따라 차별받지 않아야 하고 국가 및 사회는 기본적 원칙을 지키며 안전하고 지원적 환경을 조성하고 적절한 정보 및 보건 서비스를 제공하며 건강을 위협하는 개인적·환경적 요인을 제거할 의무가 있음을 명시한다. 일반논평 제15호²¹⁾에서는 아동의 건강권 실현을 위한 원칙과 전제, 국가의 의무와 책임, 국제협력, 실행체제와 책무성 등의 내용을 포함하고 있다. 여기서도 역시 건강권은 포괄적 권리로 해석하여 “자신의 최대 잠재력 수준까지 성장하고 발전할 권리, 그리고 건강의 근본적인 결정요인을 다루는 프로그램의 실행을 통해 최고 수준의 건강을 획득하게 해주는 조건 속에서 생활할 권리”²²⁾로 언급하고 있다. 이러한 아동의 건강권을 보장하기 위해 국가 및 사회는 다양한 건강결정 요인들을 살피고 보호 및 의무 사항을 이행해야 한다. 특히 건강권 실현의 기본 원칙과 전제 안에서 아동의 차별받지 않을 권리를 보장하기 위해 취약하거나 소외된 이들의 건강권 이행에 보다 많은 노력이 필요함을 강조하고 있다.

20) 아동권리위원회 일반논평 4호. 국가인권위원회 홈페이지. <http://nhrc.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001003007003&pagesize=10&boardtypeid=7041&boardid=7602228>에서 2020년 1월 8일 인출.

21) 아동권리위원회 일반논평 15호. 국가인권위원회 홈페이지. <http://nhrc.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentpage=2&menuid=001003007&pagesize=10&boardtypeid=175&boardid=7604177>에서 2020년 1월 8일 인출.

22) 아동권리위원회 일반논평 15호 서문 2조.

우리나라의 경우는 「청소년기본법」 제5조 4항에 청소년은 “정신적·신체적 건강을 해치거나 해칠 우려가 있는 모든 형태의 환경으로부터 보호받을 권리를 가진” 것으로 명시함으로써 건강권을 보장하고 있다²³⁾. 또한 「청소년 복지지원법」 제5조에서 제7조까지는 청소년 건강보장에 관한 내용으로 국가 및 지자체의 건강한 성장지원, 체력검사 및 건강진단 실시 및 분석, 그리고 그에 따른 시책을 수립·시행하여야 함을 명시한다²⁴⁾. 또한 「아동복지법」 제35조를 통해 18세 미만의 아동은 건강 유지와 향상을 위해 보호자 및 국가, 지방자치단체의 노력 및 지원을 받을 수 있도록 하였다²⁵⁾. 현행 아동청소년 관련 법률에서 건강권의 범위를 명확하게 규정하지는 않고 있으나 우리나라는 1991년 유엔아동권리협약 비준을 통해 (김영지, 김희진, 이민희, 김진호, 2017:3) 유엔 아동권리위원회에서 명시하는 포괄적인 건강권을 따르는 것으로 봐도 무방하다.

이상과 같은 내용을 종합해보면 건강이란 매우 포괄적인 개념으로 단순히 신체적 질병이 없거나 허약하지 않은 상태가 아닌, 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 모두 안녕한 상태를 의미한다. 또한 청소년의 건강권은 개인의 특성이나 환경에 상관없이 차별받지 않고 개개인이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 수 있는 기본적인 권리로 정의할 수 있다. 이를 위해 가정이나 사회, 국가는 넓은 범위 안에서 다양한 수준의 보호 및 지원의 의무를 이행해야 하며 특히 취약 및 소외 계층을 위한 집중적인 노력이 필요하다.

이러한 건강 개념의 정의는 본 연구에 반영되어 청소년들의 건강 영역과 이들의 건강에 영향을 미치는 환경을 살펴보고자 한다. 그러나 앞서도 언급했듯이 개인

23) 청소년기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205824&efYd=20190619#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

24) 청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

25) 아동복지법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206676&efYd=20190716#J35:0>에서 2020년 1월 8일 인출.

건강에 사회적 건강을 포함하는 것은 건강 영역의 지나친 확장이라는 주장(김창엽 외, 2018)을 반영하여 이 연구에서 청소년의 건강 영역은 신체적, 정신적 영역에 초점을 맞추어 살펴보고자 한다. 단 개인의 건강에 영향을 미치는 사회적 요소는 환경적 측면에서 살펴볼 것이다.

2) 본 연구의 위기청소년 건강권 범위 및 영역

(1) 연구 대상자로서의 위기청소년

이 연구에서는 청소년 건강격차 해소의 일환으로 건강 취약계층에 속한다고 할 수 있는 위기청소년을 그 주요 대상으로 선정하였다. 위기청소년이란 「청소년 복지 지원법」 제2조 4에서 “가정 문제가 있거나 학업 수행 또는 사회 적응에 어려움을 겪는 등 조화롭고 건강한 성장과 생활에 필요한 여건을 갖추지 못한 청소년”으로 정의한다²⁶⁾. 이에 근거하여 이 연구에서는 위기청소년을 가정에서 생활하며 학교에 다니는 청소년과 같이 정형화된 경로에서 벗어나 생활하는 청소년으로 정의하여 소년법을 포함, 가출 청소년, 학교 밖 청소년 등을 연구대상으로 선정하였다.

물론 실제 위기청소년의 범위는 이보다 훨씬 크다. 국어사전에서는 위기청소년을 “학교생활에 부적응하거나 직업인으로 이행하는 데 성공하지 못해 사회에 온전히 기여하기 힘든 청소년 또는 가정에서 폭력을 당하거나 방임되어 신체적·정신적 보호가 필요한 청소년”으로 정의하고 있다²⁷⁾. 미국 정부에서도 비슷한 맥락에서 취약 청소년(Vulnerable Youth)을 성인기에 진입하기에는 열악한 경험으로

26) 청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

27) 우리말샘 홈페이지. https://opendict.korean.go.kr/search/searchResult?focus_name=query&query=%EC%9C%84%EA%B8%B0%EC%B2%AD%EC%86%8C%EB%85%84에서 2020년 5월 6일 인출.

위기에 있는 다집단으로 정의하고 그 집단의 범주를 규정하였다. 그 범주에는 위탁보호에서 벗어난 청소년, 가출 및 노숙 청소년, 소년원에 수용됐거나 소년범죄 경험이 있는 청소년, 이주 배경이 있거나 영어능력이 떨어진 청소년, 신체적·정신적 어려움이 있는 청소년, 정신장애 청소년, 특수교육을 받고 있는 청소년, 미혼모, 고교중퇴자, 무업(NEET) 및 은둔(disconnectedness) 청소년 등이 포함된다(Fernandes-Alcantara, 2018:5). 이 같은 정의 및 범주에서 알 수 있듯이 가정에서 생활하거나 학교에 재학 중인 청소년 중에서도 열악한 환경에서 적응에 어려움을 겪는 청소년, 즉 위기청소년이 없지 않음을 시사한다. 그러나 우리나라에서는 대부분의 청소년들이 가정과 학교를 중심으로 생활하다 보니 이들에 대한 정책이나 서비스 역시 가정과 학교를 중심 매개로 제공되고 있다. 이러한 상황에서 가정과 학교를 벗어나 생활하는 청소년들은 아무래도 가정에서 생활하거나 학교에 재학 중인 이들과 비교할 때 다양한 보호 및 지원 서비스에서 배제될 공산이 크다. 이러한 배제는 건강 영역에서도 예외가 될 수 없다. 즉 가정 및 학교 밖 청소년들은 건강 증진 및 유지에 어려움을 겪을 뿐 아니라 관련 서비스에서도 배제되어 이중, 삼중의 어려움에 노출될 가능성이 높다. 일례로 제4차 국민건강증진종합계획(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015:6-9)을 보면 건강관리 대상이 되는 인구집단으로 영유아, 노인은 포함하고 있으나 청소년은 뚜렷이 명시되어 있지 않다. 대신 학교보건이 포함되어 그 안에 청소년이 포함될 수 있는데 이는 우리 사회에서 청소년은 곧 학생으로 가정하기 때문이다. 이러한 상황에서 학교 밖 청소년은 건강 관련 정책 대상에서 대부분 제외될 수밖에 없다. 또한 동 계획에서 다문화·취약가정에 대한 지원은 계획되어 있으나 가정 밖에서 생활하는 가출 청소년에 대한 지원도 빠져있어 이들 역시 건강이 위협받을 가능성이 높음에도 불구하고 건강관리 대상에서 제외된다. 이러한 상황을 감안하여 공평한 건강권 보장을 목적으로 하는 본 연구에서는 소년법을 포함, 가출 및 학교 밖 청소년을 위기청소년으로

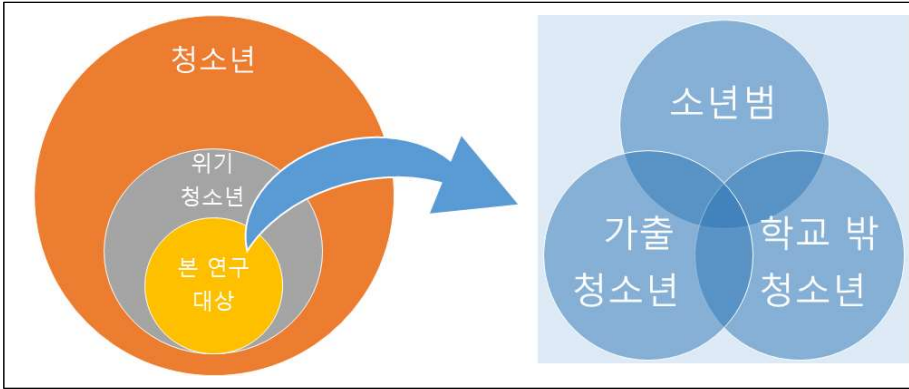


그림 II-1 본 연구에서의 연구대상 범위

규정하고 2차 년도 연구 대상으로 선정하고자 한다(그림 II-1).

(2) 위기청소년 건강권 범위 및 영역

학생 청소년을 대상으로 한 1차 년도 연구에서는 학교 건강 업무의 지침이 되고 있는 교육부의 2019년 「학생건강증진 정책방향」과 「학생건강정보센터의 사업내용」²⁸⁾을 참조하여 청소년 건강권 영역을 9가지로 설정하였다. 그 영역은 주관적 건강, 수면, 영양 및 식습관, 신체활동, 보건행동, 유해물질에 대한 노출, 검진 및 의료 이용, 건강 환경, 교육 및 참여이다(임희진 외, 2019:23-24). 이 중 건강 환경은 가정·지역·학교 환경이 모두 포함되어 있다(임희진 외, 2019: 124).

올해 2차 년도 연구에서의 건강권 범위 역시 위기청소년과 학생 청소년과의 차이가 그리 크지 않을 것이라는 가정 아래 1차 년도 연구의 건강권 범위에서 크게 벗어나지 않는다. 단 세부적인 사항에서는 다소 차이를 보인다. 예를 들어 학교나 가정 밖에서 생활하는 청소년의 경우 지역사회 및 학교 환경보다는 거주지와 근로환경에 좀 더 초점을 맞추었는데 이는 그들의 주요 생활환경에 대한 파악이

28) 교육부 학생건강정보센터 홈페이지. <http://www.schoolhealth.kr/web/info/selectBsnInfor.do?sMenuId=0100001000>에서 2020년 2월 11일 인출.

더욱 중요하기 때문이다. 또한 위기청소년들의 선행연구 결과에 따라 정신건강이나 의료 서비스 이용실태, 성 질환, 상해 관련 안전행동 등 사안에 따라 새로 추가되거나 좀 더 집중적으로 분석하는 영역도 발생하였다. [그림 II-2]는 올해 연구 범위인 위기청소년 건강권 영역을 도식화한 것이다. 앞서 언급한 교육부에서 설정한 9가지 영역에서 수면과 신체활동을 하나로 합하여 본 연구에서는 총 8가지 영역에 대한 내용을 다루고자 한다. 보다 구체적으로 살펴보면 주관적 건강영역에서는 신체적·정신적 건강에 대한 주관적 인식과 스스로 건강돌봄에 대한 주관적 인식, 우울·불안, 자살 경험 정도 등 자신의 건강에 대한 주관적 인식을 살펴본다. 수면 및 신체활동 영역, 그리고 영양 및 식습관 영역은 건강 유지의 기본이 되는 수면과 신체활동, 영양에 대한 내용을 다룬다. 즉 실제 수면시간 및 수면부족 여부, 신체활동 정도, 결식 정도 및 간편식 이용

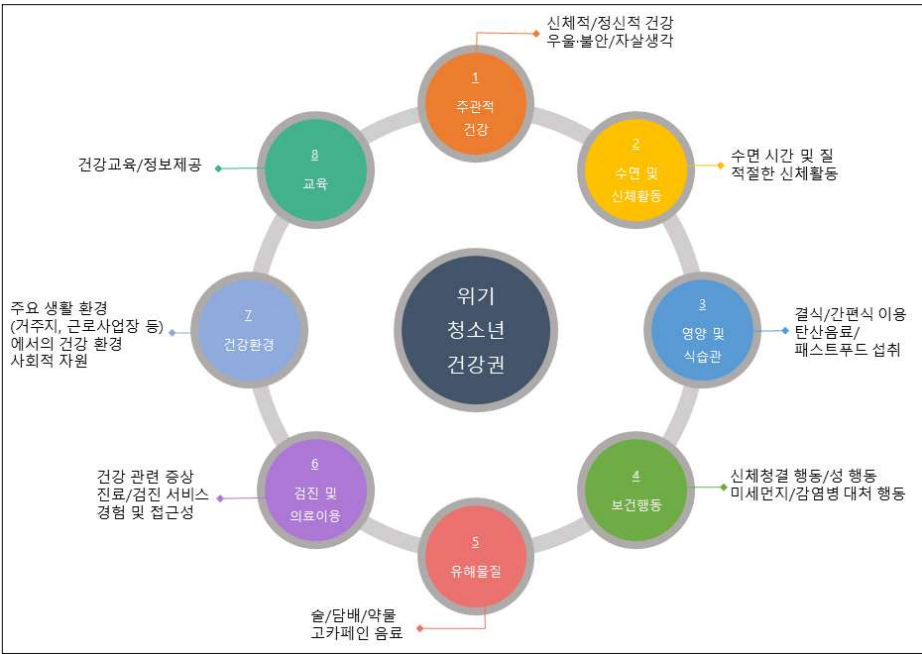


그림 II-2 2020년 제2차년도 연구에서의 위기청소년 건강권 영역

정도, 식습관 등을 살펴본다. 보건행동 영역에서는 양치질이나 손씻기 등을 포함한 개인 위생활동 정도, 미세먼지, 전염병 등에 대한 대처 정도 등을 통해 적절한 위생활동이 이루어지고 있는지 파악하고자 한다. 유해물질 영역에서는 술·담배·약물의 경험 정도를 통해 불건강 행위 정도를 살펴본다. 검진 및 의료이용 영역에서는 신체적 이상 여부와 그에 따른 진료여부 및 검진 서비스에 대한 경험을 살피므로써 의료이용에서 불평등이 발생하고 있는 것은 아닌지 알아보하고자 한다. 건강 환경에서는 위기청소년들의 주요 생활환경-거주지 및 근로현장에서의 건강 환경, 건강지원 가능 자원 정도, 가정 및 학교 밖 생활에서 오는 건강 위험 정도를 알아본다. 마지막으로 교육 영역에서는 건강 관련 교육이나 정보 제공을 어느 정도나 받고 있는지 살펴본다.

이러한 건강권 영역에 대한 연구는 앞서 언급한 WHO 헌장 서문에 제시되어 있는 신체적, 정신적 그리고 사회적 건강을 일정부분이나마 다룰 수 있을 것으로 판단된다. 본 연구에서 다루고자 하는 8가지 건강권 영역과 앞서 건강권의 개념에서 언급한 세 가지 측면의 건강, 즉 신체적, 정신적, 사회적 측면에서의 건강 간의 관계를 살펴보면 [그림 II-3]과 같다.

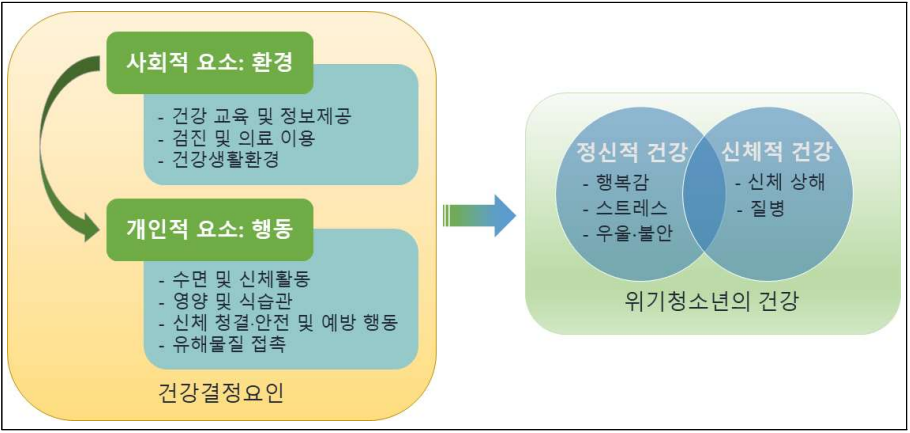


그림 II-3 위기청소년 건강권 영역의 신체적·정신적·사회적 측면

2. 위기청소년 건강 실태 및 문제: 건강불평등을 중심으로

앞서도 언급했듯이 청소년들은 건강 증진 및 유지에서 차별받지 않을 권리가 있다. 즉 모든 청소년들에게 연령, 성별, 지역, 사회경제적 수준 등에 상관없이 최고 수준의 건강 유지 및 증진을 위한 기회가 공평하게 제공되어야 한다. 그러나 실생활에서 건강불평등은 여전히 존재하고 있으며 청소년 집단도 예외는 아니다. 이러한 건강불평등을 야기하는 주요 요인들은 가정환경이나 거주지역, 성별, 학업 및 근로 상황 등이며 이러한 요인에 따라 발생하는 불평등의 내용을 살펴보았다.

1) 가정환경

가장 대표적인 건강불평등 요인 중 하나는 가정의 경제적 수준이라 할 수 있다. 한국아동·청소년 패널조사 2차년도(2011년) 데이터를 사용하여 아동·청소년의 건강불평등 결정요인을 분석한 연구에 따르면 청소년 집단에서 가구소득은 사회환경적 변수 중 가장 유효한 건강결정 요인이었다(안진상, 김희정, 2013). 한국아동·청소년 패널조사의 종단자료(2010년~2015년)를 이용, 잠재성장모형을 적용한 연구에서도 청소년들은 가정의 경제적 수준을 낮게 인식할수록 주관적 건강상태가 양호하지 못하다는 응답경향을 보였다(최유정, 김혜영, 2018). 이러한 경제적 수준에 따른 건강의 차이는 고등학생을 대상으로 한 연구에서도 나타나고 있다. 구체적으로 가정의 경제적 수준을 중하 이하로 인식하는 고등학생들은 그렇지 않은 경우보다 스트레스 인지율이 높았고 이는 음주, 흡연, 수면 등의 건강행태에 부정적으로 작용하였다(박현숙, 한지영, 이내영, 2018). 초·중고생을 대상으로 한 서울교육건강복지패널 1차 년도 자료를 활용, 빈곤과 건강증진행위 간의 관계를 살펴본 연구(이상균, 유조안, 그레이스 정, 2015)에서는 소득이 낮거나 물질이 결핍된 빈곤 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 방임, 가족활동, 자기효능감, 스트레스와 같은 매개변인을 통해 수면, 식사, 위생, 신체활동 등 전반적인 건강증진행위

에서 낮은 수준을 보였다. 미국의 사례 역시 가구소득이 비만과 밀접한 관련이 있음을 잘 보여준다. 2003년~2007년에 축적된 자료를 보면 고소득층 아동은 10%만이 비만이었던 반면 저소득층에서는 아동의 25%가 비만인 것으로 나타났다(Analysts in Health Policy, 2014).

이러한 결과는 가정의 경제적 지위가 청소년의 건강에 직접적인 영향 뿐 아니라 생활태도나 건강관리 등을 통해 간접적인 영향도 동시에 미치고 있음을 시사한다. 이와 더불어 경제적 수준이 낮은 가정의 청소년은 그렇지 않은 가정의 청소년에 비해 건강에 대한 관심이 상대적으로 낮았을 뿐 아니라 필요한 병의원 진료를 받지 못하는 경우도 상대적으로 많았다(임희진 외, 2019).

가정의 경제적 수준 외에도 양육환경이나 부모의 교육수준 등도 청소년의 건강에 영향을 미친다. 2015~2016년도 한국 청소년 건강행태 온라인조사 자료를 활용, 학생들의 주관적 건강수준을 살펴본 연구에서는 부모와 같이 살지 않거나 어머니의 교육수준이 낮은 경우 청소년이 인식하는 건강수준도 낮은 것으로 나타났다(황성희, 계승희, 2018). 박은옥(2010) 역시 비슷한 연구결과를 보고하였는데 부모와 함께 살지 않거나 한부모 가정 학생들은 양부모 가정 학생에 비해 흡연, 음주, 아침결식 등 건강위험행위를 더 많이 하였다.

가정환경은 정신건강과도 밀접한 관련이 있다. 가정의 경제적 수준이 낮거나 부모와의 관계가 부정적인 청소년은 그렇지 않은 청소년보다 우울을 비롯한 정신건강이 좋지 않았고 비행행동도 증가하였다(예: 김현욱, 김정민, 2015; 송예리아, 김진영, 2013; 임희진 외, 2019; 장용희, 이재신, 2017). 또한 양부모 가정의 청소년은 그렇지 않은 가정의 청소년보다 스트레스, 우울, 자살시도, 행복감 등을 포함한 정신건강지표에서 더 긍정적인 경향을 보였다(예: 김정민, 공보금, 강제욱, 문정준, 전동욱, 강은찬, 주현빈, 이윤희, 정도운 2015; 임희진 외, 2019).

이 같은 선행연구 결과들은 가정이 청소년 건강 증진 및 유지에 일차적인 역할을 담당하고 있음을 명확히 드러내고 있다. 다시 말해 일반적으로 가정 내에서 청소년

의 건강에 대한 보호자의 관리 및 지원이 충분히 이루어진다면 청소년의 건강은 일정 수준 이상 유지될 수 있다. 이러한 상황에 비추어 본다면 가정 밖에서 생활하는 가출 청소년들에게는 가정이 그 일차적인 역할을 충분히 감당하지 못하기 때문에 이들의 건강이 위협받을 수밖에 없음을 쉽사리 짐작할 수 있다. 실제로 청소년 쉼터에서 생활하는 학교 밖 청소년들을 대상으로 한 연구결과를 보면 쉼터 입소 이전 가출 상태의 청소년들은 식사가 부실하거나 결식하는 경우, 수면시간이 불충분하거나 잠자리 위생이 불결한 경우, 그리고 병의원 진료가 필요하지만 못 받은 경우가 적지 않았다(백혜정, 임희진, 2014). 캐나다 노숙 청소년 1,103명을 대상으로 한 조사에서도 응답자의 26.6%가 일주일에 1회 이하로 이를 닦았다고 응답했으며 46.3%가 일주일에 1회 이하로 균형잡힌 식사를 하였다고 응답하였다(Gaetz, O'Grady, Kidd & Schwan, 2016:62-63). 또한 노숙 청소년(Homelessness Youth)의 85.4%가 정신건강에서 위기를 느꼈고 42%는 최소 1회 이상 자살 시도를 했으며 35.2%는 최소 1회 이상 입원을 요할 정도의 약물과다복용 경험이 있다고 응답했다(Gaetz, et al., 2016:65). 이러한 결과는 가정 밖 청소년들의 신체적·정신적 건강이 가정에서 생활하는 청소년들에 비해 상대적으로 좋지 않을 수 있음을 시사한다.

2) 거주지역

거주 지역에 따른 건강권의 차이도 꾸준히 보고되고 있으나 그 결과는 연구에 따라 다소 차이가 있다. 최유정, 김혜영(2018)은 농촌에 거주하는 청소년은 도시에 거주하는 청소년에 비해 건강이 더 취약하다고 보고하였다. 이재연, 강순남, 김선아, 손동민, 이보경, 함옥경(2019)은 건강행태 및 비만에 있어서 도농간 차이가 있음을 밝혔는데 과체중 및 저체중 비율은 대도시 청소년에게서, 비만율은 농촌 청소년에게서 더 높았다. 또한 자살 생각은 대도시 지역에서 높았고 수면시간은 농촌지역에서 더 길었다(이재연 외, 2019). 박은옥(2010)의 연구를 보면 과일

불충분 섭취율, 흡연 및 음주율, 안전벨트 미착용률 등은 군지역이 다른 지역에 비해 높은 수치를 보인 반면 고강도 및 중등도 운동 미실천율, 비만율, 패스트푸드 섭취율, 수면불충분 비율 등은 대도시 지역에서 상대적으로 높았다. 이를 아침걸식이나 탄산 및 고카페인음료, 패스트푸드 등 비건강 식품의 섭취가 많거나 신체운동이 적은 청소년들은 주관적 건강수준도 낮았다(황성희, 계승희, 2018)는 연구결과와 함께 생각해보면 대도시 청소년들은 비건강식품의 섭취 및 신체활동 부족을 통해 건강 위험도가 높아질 수 있음을 시사한다.

한편 청소년의 흡연률과 관련하여 유정옥, 정희영, 김영미, 권수자(2013)는 흡연률의 지역적 차이는 단순히 도시 규모의 차이가 아니라 가정환경의 차이에 기인할 수 있음을 지적하였다. 즉 군지역 청소년들 중 건강 위험도가 높은 경우는 지리적 이유가 아니라 가정의 사회경제수준이 낮고 부모와 동거를 하지 않은 경우가 많기 때문이라고 가정할 수 있다는 것이다. 이러한 선행연구 결과들을 종합해 본다면 거주 지역에 따른 건강의 차이는 거주민의 특성이 다르게 분포하고 그에 따른 건강 환경 및 행태의 차이가 그 원인일 수 있으므로 지역적 특성을 잘 파악하여 그에 맞는 건강지원 정책이 수립될 필요가 있다. 이러한 지역 간 차이는 위기청소년에게도 적용될 수 있으나 지역 규모에 따른 위기청소년들의 특성이 아직 충분히 규명되지 않아 이에 대한 결론을 내리기는 쉽지 않다.

3) 성별

건강 행태 및 수준 등은 성별에 따른 차이를 보이지만 이러한 차이는 연구에 따라 다른 양상을 보인다. 일련의 연구들(예: 안진상, 김희정, 2013; 최유정, 김혜영, 2018)은 남학생이 여학생보다 건강에서 취약할 가능성이 더 높은 것으로 보았다. 이에 대해 안진상, 김희정(2013)은 남학생이 흡연과 같은 건강위험행동을 더 많이 하거나 건강에 대해 민감하게 반응하기 때문인 것으로 가정하였다.

한편 두영택(2016)의 연구는 이와 부분적으로 다른 결과를 보여주었다. 즉 남학생은 여학생보다 탄산음료, 패스트푸드 등 비건강식품의 섭취율이 높았으나 이러한 불건강 행동이 식습관 및 건강수준에 미치는 부정적인 영향력은 여학생에게서 더 높다는 것이다(두영택, 2016). 이처럼 건강위험 행동은 남자 청소년들이 더 많이 하지만 그 영향력은 여자 청소년에게서 더 높기 때문에 여자 청소년들은 상대적으로 적은 건강위험행동을 함에도 불구하고 건강에 더 취약할 수도 있다는 가정이 가능하다. 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 자신의 건강상태를 더 부정적으로 인식하고 있다는 연구결과들(예: 박성준, 2018; 황성희, 계승희, 2018)은 이러한 가정을 뒷받침하고 있다. 그 외의 연구의 결과도 함께 고려해 볼 때 성별에 따른 주관적 건강인식이나 패스트푸드 및 인스턴트식품 등의 섭취율 역시 연구에 따라 상반된 결과가 도출되었다(예: 두영택, 2016; 임희진 외, 2019). 단 성별에 따른 건강행태에서 몇 가지 주목할 부분이 있다. 보다 구체적으로 흡연이나 신체상해는 남자 청소년에게서, 신체활동 부족과 식사 결식율은 여자 청소년에게서 그 비율이 높다는 것이 일반적인 경향이라는 점이다(예: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2018; 박은옥, 2010; 유정옥 외, 2013; 임희진 외, 2019). 미국의 경우에는 2세~19세 아동청소년 비만에 있어서 1999년 이전에는 큰 차이가 없었으나 그 이후로 여자 청소년에 비해 남자 청소년의 비만율이 다소 높게 나타났다(Analysts in Health Policy, 2014:6). 비만은 식습관과 깊은 관련이 있기 때문에 남자 청소년들의 식습관을 좀 더 주의 깊게 살펴본 필요가 있다.

정신건강과 관련해서는 일반적으로 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 더 취약한 경향이 있다. 일련의 연구들에서 여학생은 남학생에 비해 정신건강이 더 좋지 않은 경향을 보였다(예: 소선숙, 김희경, 김청송, 2011; 임희진 외, 2019). 특히 여자 청소년에게서 더 많이 보고되는 우울은 사춘기 이후 성차가 급격하게 벌어지는 것으로 나타났다(유지향, 황순택, 이호연, 2015). 또한 남자 청소년은 자신의 정서나 행동을 문제수준으로 인식하기보다는 일반적인 수준으로 인식하는 경우가

여자 청소년에 비해 많았다(유지향 외, 2015). 이러한 결과는 자신의 정신건강 문제에 대해 남자 청소년보다 여자 청소년이 더 민감하게 반응함을 시사한다.

정신건강에서의 성차는 위기청소년에게서도 마찬가지이다. 위기청소년들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 정신건강에 취약한 경향을 보인다(예: 백혜정, 임희진, 2014). 위기청소년들은 열악한 상황에서 사회적 안전망 밖으로 나가게 되고 그 후에는 더 큰 어려움에 끊임없이 노출되는 생활 속에서 심신이 피폐해지면서 우울이나 자살시도 등 정신건강이 악화된다(예: 육혜련, 2013). 이러한 정신건강의 문제는 여자 청소년에게서 더욱 심각하다(김정숙, 2018; 육혜련, 2014).

이에 더하여 위기청소년들, 특히 여자 위기청소년들의 성 건강은 중요하게 다루어질 필요가 있다. 우리나라에서 중고등학교 학생들의 성관계는 사회적으로 금기시되는 경우가 많아 그 경험률이 10% 미만으로 그다지 높지 않다(교육부 외, 2018). 그러나 위기청소년들은 이와 다른 양상을 보인다(예: 조규필, 황순길, 김명찬, 2015; 황여정, 김지경, 이운주, 2016). 2016년 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사(황여정 외, 2016) 결과를 보면 위기청소년들 중 과반수가 성관계 경험이 있으며 특히 여자 청소년들의 경험률은 62.3%로 남자 청소년들의 경험률(54.4%)에 비해 높았다. 여자 가출 청소년들은 숙식을 제공받거나 돈을 벌기 위해 성매매를 하거나 가출 전후로 성폭력을 경험하는 경우도 적지 않아 성 관련 질환에 노출될 가능성이 높다(원미혜, 양승초, 심효진, 2016; 육혜련, 2017)는 점도 주목할 필요가 있다. 이와 관련하여 이소희, 안명옥, 정은희, 이문수, 이연정(2015:104-111)은 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 시범사업 운영의 주요 결과로 신체건강, 예방접종, 정신건강, 영양상담, 구강건강에 더하여 여자 청소년들의 산부인과 문제를 제시하였다. 성경험이 있는 여자 청소년들은 그만큼 임신 및 출산과 그에 따른 건강상의 문제가 생길 가능성도 높다. 영국의 조사에 따르면 10대에 임신 및 출산을 경험한 청소년은 그로 인해 사회적 관계 단절을 겪을 확률이 높고 산후 우울증 및 우울증을 겪을 확률도 높은 것으로 나타났다(Public Health England,

2019:9). 또한 이들의 자녀 역시 영유아기 시절부터 다양한 건강상의 어려움을 겪으면서(Public Health England, 2019:8) 건강문제가 대물림 될 수 있음도 간과해서는 안 될 것이다.

이 같은 결과를 종합해 볼 때 청소년 건강에 있어서 성차는 존재하며 위기청소년의 경우도 예외는 아님을 알 수 있다. 특히 위기청소년의 건강문제에서 정신건강과 여자 청소년들의 성 건강은 결코 간과해서는 안 된다.

4) 학업 및 근로 상태

학생 청소년을 대상으로 한 연구에 따르면 남녀 학생 모두에서 학업성적이 낮고 아르바이트 경험이 많을수록 비건강식품의 섭취율이 높았다(두영택, 2016). 또한 고등학교 2학년 학생들을 대상으로 한 연구에 따르면 아르바이트 과정에서 저임금 및 임금체불, 언어·신체 폭력과 같은 부당한 경험은 우울과 같은 정신건강에 부정적인 영향을 미치고 음주률을 높이는 것으로 나타났다(최수찬, 전지영, 조영은, 원경림, 정선아, 2015). 비정규직에 근무하는 청소년에 대한 연구에서는 야간근로, 불안정한 근무환경 등과 같이 열악한 근로환경에 노출될수록 수면장애 및 불면증, 근육통, 안구 피로의 위험이 높았다(최길용, 김호현, 2016).

위기청소년은 대개 학업성적이 낮거나 중단된 경우가 많고 아르바이트를 비롯한 근로경험이 많으며 이들의 근무환경은 대개 열악한 수준이다(김희진 외, 2018:327-332). 이러한 사실에 비추어 볼 때 이들이 건강한 생활을 영위하지 못할 가능성이 높다고 가정할 수 있다. 실제로 백혜정, 임희진(2014)의 연구에서 청소년 쉼터 거주 학교 밖 청소년들은 쉼터 입소 이전의 식생활이 열악하였음을 보고하였다. 이와 비슷하게 조규필 외(2015)의 연구에서도 학교 밖 청소년들은 불규칙한 식사와 부실한 영양섭취 경향은 높은 반면 건강 관련 교육을 받는 경우는 적은 것으로 나타났다. 또한 학교 밖 청소년들은 격렬한 신체활동률이 낮은 편이었는데 이에 대해 해당 연구자들은 학교 밖 청소년들의 생활특성 상 학교 체육이나

그 밖의 단체운동에서 제외되는 경우가 많기 때문인 것으로 해석하였다(조규필 외, 2015). 적은 신체활동은 불균형적인 식습관을 동반할 때 비만으로 이어질 가능성이 높는데 학교 밖 청소년들은 학생 청소년들에 비해 비만율도 다소 높은 것으로 나타났다(백혜정, 임희진, 2014; 조규필 외, 2015).

지금까지의 내용을 종합해 볼 때 청소년들의 건강은 사회경제적 수준을 포함하는 가정환경, 거주지역, 성별, 학교 재학 및 근로 여부 등에 따른 격차가 존재함을 알 수 있다. 위기청소년들의 환경을 보면 일반적으로 이들은 가정환경의 사회경제 및 심리적 환경이 열악하고 학업수준이 낮거나 학업 중단 위험이 높으며 노숙이나 비행행동, 범죄 피·가해에 대한 노출 등 실생활에서의 위험 또한 적지 않다. 이에 다양한 영역에서 건강권이 침해받을 수 있다. 선행연구의 결과를 종합해보면 위기청소년들은 상대적으로 수면의 질, 결식·패스트푸드·탄산 및 고카페인 음료 섭취 등 영양 및 식습관이 열악하며 음주·흡연 등 유해물질에 대한 노출 정도가 높다. 또한 위생환경이 열악하고 신체활동은 적으며 비만과 신체상해의 위험은 높고 우울·불안, 자살시도 등 정신건강이 좋지 못한 경우가 많다. 이에 반해 필요 시 병원 검진 및 의료 이용을 충분히 하지 못하는 등 질환 및 건강관리에 취약하고 건강 관련 교육이나 정보획득의 기회는 적다. 여자 청소년들의 경우는 이에 더하여 성 관련 질환의 위험까지 더해진다. 결국 위기청소년들의 건강수준은 신체적·정신적 측면에서 모두 낮을 수밖에 없다는 결론에 이르게 된다. 이러한 선행연구의 결과들을 바탕으로 위기청소년들의 건강권에 대한 실증적 자료를 수집하여 분석하고 현재 시행되는 정책 및 제도들을 검토한 후 이를 바탕으로 부족한 부분들을 살펴 이들의 건강권 보장을 위한 정책적 방안을 제시하고자 한다.



제3장 위기청소년 건강권 보장을 위한 국내 법령 및 정책 현황

- 1. 청소년 건강 관련
국내 주요 건강 법령 및 정책
- 2. 위기청소년 건강 관련
국내 주요 건강 법령 및 정책

1. 청소년 건강 관련 국내 주요 법령 및 정책

1) 청소년 건강 관련 국내 주요 법령

우리나라에서 청소년 전체를 대상으로 한 건강 관련 주요 법령은 「청소년복지지원법」이 대표적이며 청소년을 포함, 국민 전체를 대상으로 한 건강 관련 주요 법령은 「국민건강증진법」, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」, 「국민건강보험법」, 「건강검진기본법」 등이 있다. 그 외에 아동보호체계 내 청소년, 학교 밖 청소년, 저소득층 청소년, 위기청소년, 학생, 소년사범 등 청소년 중 일부를 대상으로 하는 건강 관련 법령으로는 「아동복지법」, 「청소년복지지원법」, 「보호소년 등의 처우에 관한 법」, 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」 등이 있다(표 III-1). 이 절에서는 청소년 전체를 대상으로 하는 건강 관련 법령, 즉 「청소년복지 지원법」, 「국민건강증진법」, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」, 「국민건강보험법」, 「건강검진기본법」을 개략적으로 살펴보고, 위기청소년 건강 관련 법령 및 정책에 대해서는 다음 절에서 살펴보고자 한다.

29) 이 장은 협동연구기관인 한국보건사회연구원에서 집필한 세부보고서(청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ: 국내·외 위기청소년 관련 주요 법령 및 건강정책 분석) 내용 중 일부가 포함되어 있다.

표 Ⅲ-1 청소년 건강권 관련 대상별 주요 법령

대상		법률명
전 국민		국민건강증진법, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 국민건강보험법, 건강검진기본법
청소년		청소년복지 지원법
위 기 청 소 년	가정 밖 청소년	청소년복지 지원법, 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률
	아동보호체계 청소년	아동복지법, 국민기초생활 보장법
	학교 밖 청소년	청소년복지 지원법, 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률(제11조)
	소년사범	소년법, 보호소년 등의 처우에 관한 법률
학생		학교보건법

출처: 세무보고서(류정희, 이상정, 박선영, 전민경, 2020) p.20.

(1) 청소년복지 지원법

청소년부터 위기청소년까지 정의하는 「청소년복지 지원법」³⁰⁾에서는 청소년의 건강과 관련하여 “제3장 청소년의 건강보장” 부분을 분리하여 관련 내용을 정리하였다. 그 중 제5조에서는 “국가 및 지방자치단체는 성별 특성을 고려하여 청소년의 건강 증진 및 체력 향상을 위한 질병 예방, 건강 교육 등의 필요한 시책을 수립”하고 “보호자는 양육하는 청소년의 건강 증진 및 체력 향상에 노력”해야 한다고 명시하였다. 여기에는 성별 특성이 반영된 청소년의 건강·체력 기준 설정 및 보급, 여자 청소년의 보건위생 필수물품 지원 등이 포함된다. 청소년을 대상으로 체력검사와 건강진단을 실시할 수 있으며 건강진단 결과는 본인에게 알려주어야(제6조) 하지만 건강진단 결과를 공개해서는 안 된다(제8조)고 명시하였다. 한편 건강진단결과를 분석하여 청소년 건강증진에 필요한 시책을 수립하고 시행할 것을 명기하였다(제7조). 이를 바탕으로 학생 건강검진에서 제외되는 학교 밖 청소년을 대상으로 건강검진이 실시되고 있으며 그 결과가 체계적으로 정리되어 있음을 추측할 수 있다.

30) 청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

(2) 국민건강증진법

「국민건강증진법」³¹⁾에 따르면 국가 및 지방자치단체는 건강에 대한 국민의 관심을 높이고 국민건강을 증진할 책임(제3조 1항)을 지며 국민건강증진종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립(제4조 1항)하여야 한다. 국민건강의 관리를 위해서 건강생활 지원(제6조), 금연 및 절주 지원(제8조), 보건교육(제11조), 신체활동장려사업(제16조의 3), 건강증진사업 중 검진(제20조) 등의 내용이 포함되어 있다. 위기청소년을 포함, 청소년 또한 우리 국민의 한 사람으로 「국민건강증진법」에서 제안하는 다양한 정책의 대상자이기도 하다.

(3) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」³²⁾은 “정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적”(제1조)으로 한다. 특히 제2조에서는 “미성년자인 정신질환자들은 특별히 치료·보호·교육을 받을 권리”가 있다고 명시함으로써 청소년들의 정신건강에 대한 권리를 명확히 규정하였다.

(4) 국민건강보험법

「국민건강보험법」³³⁾에 따르면 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시”(제1조)하여야 한다. 제5조에 따르면 국내에 거주하는 국민은 국가가 정하는 의료급여 및 보호 대상이 아닌

31) 국민건강증진법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=220881&efYd=20200912#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

32) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=215395&efYd=20200905#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

33) 국민건강보험법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=217249&efYd=20200708#0000>에서 2020년 7월 12일 인출.

이상 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 즉 청소년들은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 되는 것이다. 또한 제52조에 의하면 가입자와 피부양자는 건강검진을 받을 수 있는데 20세 이상 청소년들은 일반건강검진 대상자에 포함될 수 있다. 19세 이하의 청소년들은 다른 법률의 적용을 받아 건강검진을 받을 수 있다. 즉 취학여부에 따라 학생검진(「학교보건법」 제7조)과 학교 밖 청소년 건강검진(「청소년복지 지원법」 제6조) 대상이 된다.

(5) 건강검진기본법

「건강검진기본법」³⁴⁾은 국민의 보건 및 복지 증진을 목적으로 국가건강검진에 대한 국민의 권리와 의무, 국가와 지자체의 책임, 국가건강검진 계획과 시행에 관한 기본적인 사항을 규정하였다(제1조). 제3조에 따르면 청소년을 대상으로 한 검진은 「학교보건법」에 따른 초·중·고등학교 학생의 건강검사와 「청소년복지 지원법」에 따른 청소년 건강진단이 있다. 그 외에 20세 이상의 후기 청소년들은 「국민건강보험법」에 따른 건강검진을 받을 수 있다. 이로써 위기청소년들이 대상이 되는 청소년 건강진단이 국가건강검진 목록에 포함되어 있음을 알 수 있다.

이상과 같은 법령들에 따라 위기청소년들은 국가가 제공하는 건강보험 및 건강검진의 대상자에 포함되며 다양한 건강정책의 대상자가 되기도 하다. 그러나 법령에서 규정하고 있는 대로 위기청소년들에게 동등한 건강 관련 서비스가 제공되고 있는가 하는 것은 또 다른 문제이다. 이를 위해 이후의 절에서 청소년 대상 국내 주요 건강정책 및 대상별 법령 및 정책들을 살펴보았다.

34) 건강검진기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EA%B1%B4%EA%B0%95%EA%B2%80%EC%A7%84%EA%B8%B0%EB%B3%B8%EB%B2%95>에서 2020년 10월 14일 인출.

2) 청소년 건강 관련 국내 주요 정책

이 절에서는 위기청소년을 포함하여 모든 청소년을 대상으로 하는 국내 청소년 건강 관련 주요 정책의 현황과 한계를 간략하게 검토하였다. 전체 청소년을 대상으로 하는 건강정책으로는 기본적으로 제6차 청소년정책기본계획과 여성가족부에서 운영하는 청소년 사업, 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)이 대표적이다.

(1) 제6차 청소년정책기본계획

제6차 청소년정책기본계획(2018-2022)(관계부처합동, 2018)은 ‘현재를 즐기는 청소년, 미래를 여는 청소년, 청소년을 존중하는 사회’라는 비전 아래 4대 정책 목표, 12개 중점과제, 144개 세부과제를 설정하고 있다. 12개 중점과제 중 청소년의 건강과 직접적인 관련이 있는 과제는 청소년 권리증진 기반 조성, 청소년 체험활동 활성화, 청소년 유해환경 개선 및 보호지원 강화 등 3개 과제이다(표 III-2).

이 세 과제 안에서 청소년 건강과 관련이 있는 세부과제를 보면 청소년 권리증진 기반 조성에서는 「청소년 정신건강권 보호」와 「청소년 신체건강권 보장」, 청소년 체험활동 활성화에서는 「청소년 스포츠 활동 활성화」, 청소년 유해환경 개선 및 보호지원 강화에서는 「청소년이 안전한 생활환경 조성」과 「유해매체로부터의 청소년 보호」이다. <표 III-3>~<표 III-7>에서는 청소년정책기본계획 내 건강 관련

표 III-2 제6차 청소년정책기본계획 중 건강권 관련 과제

중점과제	세부과제
청소년 권리증진 기반 조성	청소년 정신건강권 보호
	청소년 신체건강권 보장
청소년 체험활동 활성화	청소년 스포츠 활동 활성화
청소년 유해환경 개선 및 보호지원 강화	청소년이 안전한 생활환경 조성
	유해매체로부터의 청소년 보호

표 III-3 청소년정책기본계획 내 「청소년 정신건강권 보호」 관련 정책과제

세부과제	사업내용	소관부처	접근가능성
청소년 정신건강의 체계적 실태조사 및 관리	- 학생정서·행동특성검사 등 정신건강 검사방식 내실화 * 정신건강 검사 방식: 3년 1회(초등 1,4학년 및 중·고 1학년)	교육부	-
	- 청소년·청년 등 자살 실태 파악을 위한 정보수집 및 DB 구축	복지부	△
	- 청소년 자살예방사업 연계·협조체계 강화 * 보건복지부(정신건강복지센터, 자살예방센터), 교육부(Wee센터), 여성가족부(청소년상담복지센터) 등	복지부 교육부 여가부	△
정신건강 관심군 청소년 관리 및 지원 강화	- 관심군 학생에 대한 상담 등 정신보건서비스 제공	복지부	-
	- 광역·기초정신건강복지센터에서 운영하는 정신건강위기상담전화(1577-0199)를 통한 24시간 상담체계 구축		△
	- 국립정신병원 등을 통한 학교폭력 가·피해자 치유 등 지역정신보건서비스 제공 강화		-
	- 치료 후 학교 복귀 전 단계에 사회재활서비스 제공		-
정서·행동 문제 청소년 지원체계 확충 및 내실화	- 교육청·학교, 청소년관련 기관 등을 통한 정서·행동문제 청소년 발굴·연계	교육부 여가부	△
	- ADHD, 우울, 불안,品行장애 등 정서·행동문제 유형별 맞춤형 치유 지원 강화	여가부	△
	- 지방 청소년의 치유 접근성 및 기회 확대를 위한 치료 재활센터 운영	-	△
청소년 상담복지체계를 활용한 자살예방 강화	- 청소년 지도자(상담사·지도사) 양성교육 시 자살예방 교육 실시 등을 통한 자살예방 게이트 키퍼(Gate keeper) 양성	여가부	△
	- 청소년 발달단계(초기, 중기, 후기)에 따른 대상별 자살예방 프로그램 개발 및 보급 * 국내·외 프로그램 현황조사, 대상별 위기실태 조사, 자살예방 교육용 키트(KIT) 개발 등		△
	- 청소년통합지원체계(CYS-Net)를 활용한 자살예방 및 연계 서비스 제공 * 1388 청소년 상담채널(전화, 문자, 사이버), 청소년동반자, 청소년상담복지센터		△

* 출처: 관계부처합동(2018). 제6차 청소년정책기본계획(2018-2022). pp.26-28. 재구성.

정책과제를 제시하고 본 연구의 대상인 가출 및 학교 밖 청소년이 해당 과제의 사업에 접근가능한지 살펴보았다. 그 결과 일부 과제는 학생을 대상으로 한 과제로서 학교 밖 청소년들의 접근이 어려웠고 나머지 과제들은 전체 청소년을 대상으로

하는 과제들로 위기청소년들의 접근이 가능하였다. 그러나 위기청소년들을 정책 대상에 포함한 과제라 하더라도 가정이나 학교의 보호 밖에 있는 위기청소년들을 정책대상으로 특정한 과제는 전무하였다. 일부 저소득층을 위한 과제나 신체 및 정신적 어려움이 있는 청소년들을 대상으로 한 과제 안에 일부 청소년들이 포함될 수 있을 뿐이다. 또한 청소년 스포츠 활동 활성화나 유해환경 및 유해매체로부터의 보호에서도 신체활동을 할 수 있는 여건이 부족하고 유해환경에 노출될 가능성이 높은 위기청소년에 대한 특별한 고려 역시 부족하였다.

표 III-4 청소년정책기본계획 내 「청소년 신체건강권 보장」 관련 정책과제

세부과제	사업내용	소관부처	접근 가능성
생애주기별 청소년 국가 건강검진 체계 일원화 검토	- 영유아, 학교(초·중·고), 학교 밖 청소년, 성인 대상 생애주기별 건강검진을 국가건강검진체계로 일원화 검토	여가부 교육부 복지부 법무부 병무청	△
청소년의 건강증진을 위한 지원 강화	- 청소년의 수면권 보장을 위한 부모·사회적 인식 제고	여가부	△
	- 건강증진학교 운영을 통한 학교의 건강관리 역량 강화 * 1980년대 오타와 헌장에 근거하여 안전하고 건강을 향상시키기 위한 환경을 제공하며, 학생의 건강수준을 평가하고 개선 노력하는 학교(WHO, 1993)	교육부	-
	- 저소득층 여성청소년이 정서적 어려움 없이 위생용품을 지원받을 수 있도록 바우처 방식의 지원 실시	여가부	△
	- 과도한 다이어트, 지나친 외모지상주의 인식 개선	여가부	△
아동청소년의 식생활 안전환경 조성	- 올바른 식생활 실천을 위한 지침 보급, 건강 식생활 교육프로그램 운영 및 중요성 홍보 강화	식약처 교육부	△
	- 수련시설 식중독 예방 위해 위생부분 포함 종합 안전점검 실시	여가부 식약처	△
	- 집단급식소 식품판매업체 등 관리 및 지도·점검 강화	식약처	△
	- 먹거리 안전 국가책임제 실시 및 범정부 기본계획 수립 시 청소년 먹거리 안전 확보 방안 포함	식약처	△

* 출처: 관계부처합동(2018). 제6차 청소년정책기본계획(2018~2022). p.28. 재구성.

표 III-5 청소년정책기본계획 내 「청소년 스포츠 활동 활성화」 관련 정책과제

세부과제	사업내용	소관부처	접근 가능성
청소년의 운동 흥미 제고를 위한 맞춤형 스포츠 활동 프로그램 확대	- 동계 종목 강습 및 국토순례 프로그램 운영 등 청소년 참여 다양한 스포츠 활동 기회 제공 * 1시군구 1스포츠클럽 운영, 시즌프로그램 지원, 주말생활 체육학교, 유소년축구리그 등	문체부	△
청소년이 누릴 수 있는 생활체육 보급을 위한 강사 및 인프라 확대	- 초등·특수학교 스포츠강사 배치 지원 및 기초생활 수급 자 가구 유·청소년(만5~18세) 대상 스포츠 강좌비 지원 확대	문체부	-
	- 은퇴운동선수 등 재능기부를 통한 행복나눔스포츠교실 운영		-
	- 주말생활체육 확대를 위한 공공체육시설 등 지자체· 민간 인프라 공유 장려 및 '토요 스포츠데이, 신나는 주말생활체육학교(토요 스포츠강사 배치)' 운영 확대		-
여성 청소년의 신체활동 장려 방안 마련	- 여성 청소년들이 적극적으로 참여할 수 있는 종목 발굴 및 활성화	여가부 교육부	△
	- 지역사회 내 여성 청소년을 위한 신체활동 프로그램 개발	여가부	△
	- 학교·청소년 시설 내 여성 청소년 탈의 공간 마련 등	여가부 교육부	△

* 출처: 관계부처합동(2018). 제6차 청소년정책기본계획(2018~2022). pp.41~42. 재구성.

표 Ⅲ-6 청소년정책기본계획 내 「청소년이 안전한 생활환경 조성」 관련 정책과제

세부과제	사업내용	소관부처	접근 가능성
유해환경으로 부터 청소년 보호 강화	- 신·변종 유해업소에 대한 정기적인 모니터링 및 제도 개선	여가부	△
	- 교육환경보호구역 및 학원밀집지역내 유해업소 점검·단속 강화	교육부 경찰청	-
	- 계기별 관계기관 합동 유해환경 기획점검 및 단속 강화	여가부 경찰청 지자체	△
청소년의 유해약물 노출 예방활동 강화	- 술, 담배 판매업소의 청소년대상 불법판매 모니터링 * 편의점, 슈퍼마켓 등 판매업소 약 10만 여 개(통계청, 서비스업동향조사)	여가부	△
	- 아동청소년 대상 흡연·음주 예방을 위한 교육 강화	교육부 복지부	△
	- 청소년 흡연·음주 예방 홍보 및 민·관 협력 공동캠페인 전개 * 전국 229개 지자체, 경찰관서 및 청소년유해환경감시단(270여개) 등	여가부	△
	- 금연 구역에 대한 운영·관리 강화	복지부	△
유해약물 피해 청소년 상담 및 치료·재활 지원	- 유해약물 중독 예방 및 재활 프로그램 운영 등 치료 지원 강화	여가부 복지부 교육부	△
	- 지역별 유관기관 협력체계 구축을 통한 유해약물 피해 치유 내실화		

* 출처: 관계부처합동(2018). 제6차 청소년정책기본계획(2018~2022). p.68. 재구성.

표 III-7 청소년정책기본계획 내 「유해매체로부터 청소년 보호」 관련 정책과제

세부과제	사업내용	소관부처	접근 가능성
신변중 불법·유해정보의 청소년 유통 차단을 위한 제도 개선	- 인터넷개인방송, IPTV 등 신종 매체의 청소년유해정보 유통차단을 위한 제도 정비	방통위	△
	- 포털사이트 및 인터넷신문의 유해광고 차단 및 매체물 유통사업자 자율규제 활성화	문체부 방통위	△
불법·유해 정보에 대한 모니터링 확대 및 불법유통사업 자 단속 강화	- 인터넷개인방송, 웹툰, 인터넷신문 광고 등의 청소년 유해성 상시모니터링 강화	문체부 여가부 방심위	△
	- 음란정보, 사이버도박 등 불법·음란정보 차단 및 유통사업자 처벌	방통위 방심위	△
	- 청소년유해매체물 모니터링 강화를 위한 청소년매체 환경보호센터 내실화	여가부	△
	- 유해매체의 효과적 대응을 위한 부처(심의·단속기구)간 협력 강화	문체부 여가부 방심위 경찰청	△
청소년 유해매체 대응역량 강화	- 인터넷·스마트폰·게임의 건전한 이용 문화 조성을 위한 예방 교육 강화 * 스마트쉼센터 예방교육, 스마트미디어 청정학교·한국인터넷 드림단 운영, 건전게임문화 가족캠프, 가족이스포츠펙스티벌	교육부 과기정통부	△
	- 건전한 인터넷·스마트폰 이용 습관형성을 위한 민·관 공모전 후원 및 캠페인을 통한 대응역량 강화 추진 * 정보통신윤리 교육주간, 스마트쉼캠페인, 아름다운인터넷 세상주간, U클린 문화콘서트 등	문체부 방통위	

* 출처: 관계부처합동(2018). 제6차 청소년정책기본계획(2018~2022). p.69. 재구성.

(2) 청소년 건강 관련 정책사업³⁵⁾

여성가족부에서는 청소년사업 안내서를 매년 발간한다. 여성가족부에서 발간한 「2020년 청소년사업 안내」에 따르면 청소년의 건강정책과 관련 있는 기관과 관련 기관에서 수행하는 사업의 내용은 <표 III-8>과 같다. 앞의 세 가지 사업, 청소년회복지원 시설 운영, 학교밖청소년지원센터 운영,³⁶⁾ 여자 청소년 보건위생물품 바우처 지원은 위기청소년과, 뒤의 네 가지 과제(청소년 인터넷 및 스마트폰 과의존 예방 및 해소 지원사업~청소년치료재활센터 운영)는 전체 청소년의 정신건강과

표 III-8 2020 청소년 사업안내에 따른 청소년과 건강정책 관련 사업

구분	관련 사업	대상
1	청소년회복지원 시설 운영	소년법 처분(제1호 '보호자 감호위탁')을 받은 청소년
2	학교밖청소년지원센터 운영	관련 법령에 의한 학교 밖 청소년(학업중단숙려 대상 청소년 포함)
3	여자 청소년 보건위생물품(생리대) 바우처 지원	저소득층 여자 청소년
4	청소년 인터넷·스마트폰 과의존 예방 및 해소 지원사업	만19세 미만 청소년
5	청소년 인터넷·스마트폰 과의존 전담상담사 배치	
6	국립청소년인터넷드림마을 운영	[심층] 인터넷·스마트폰 과의존 청소년 중 전문적·체계적·집중적인 개입이 필요한 청소년 [일반] 인터넷·스마트폰 과의존 위험군 및 주의사용자군 청소년
7	청소년치료재활센터 운영	[장기] 정서·행동에 어려움을 겪는 만9~18세 청소년 [단기] 학교생활에 어려움을 겪는 중고교 관심군(주의군) 청소년 및 유관기관 청소년(우울·불안·품행문제 등 위기청소년)

* 출처: 여성가족부(2020a). 청소년사업안내. pp.1~1141. 재구성. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.30. 재인용.

35) 이 절은 여성가족부(2020a)에서 발간한 「청소년사업안내」의 내용을 요약, 정리한 것이다.

36) 청소년회복지원시설 및 학교밖청소년지원센터 운영에 대한 전반적인 내용은 학교 밖 청소년의 건강권과 직접적인 관련이 적어 본문에 포함하지 않았고 일부 건강 관련 내용만을 다루었다

관련이 있는 사업이다. 단 청소년회복지원시설 및 학교밖청소년지원센터 운영에 대한 전반적인 내용은 위기청소년의 건강권과 직접적인 관련이 적어 이 중 건강과 관련된 일부 내용만 다음 절에서 다루었다.

전체 청소년의 정신건강과 관련 있는 과제 중 첫째 ‘청소년 인터넷·스마트폰 과의존 예방 및 해소 지원사업’은 청소년의 인터넷 및 스마트폰 사용에 대한 과의존을 예방 및 해소를 위한 개인별 맞춤형 종합서비스 지원에 대한 내용이다. 이 정책의 대상은 19세 미만 청소년이며 상담 및 치료지원 등 주요 서비스는 전체 청소년을 대상으로 하지만 기준중위소득 50% 이하 가구나 한부모, 조손가족 등이 우선 지원 대상이다. 하령전환기(초4, 중1, 고1) 청소년을 대상으로 인터넷·스마트폰 이용습관 진단조사를 실시하여 과의존 청소년을 조기 발굴, 이들에게 상담 및 치유 연계 서비스를 제공한다. 한국청소년상담복지개발원 및 지자체의 청소년상담복지센터가 주 수행기관으로 청소년 및 학부모에 대한 대응, 치료협력병원을 통한 치료지원, 교육청 및 각급학교 대상의 조사 및 예방교육 등을 주요 사업내용으로 포함한다. 이 정책의 주요 대상에서 알 수 있듯이 학교 밖 청소년들은 인터넷·스마트폰 이용습관 진단조사에서 배제될 가능성이 높고 가정 밖 청소년들은 과의존 경향을 보이더라도 부모와의 관계 단절 등으로 소득수준을 증명하기 어려워 우선 지원대상에서 배제될 가능성이 높다.

둘째 ‘청소년 인터넷·스마트폰 과의존 전담상담사 배치’ 사업은 전담상담사를 통해 진단조사와 사업을 지원하는 것이다. 2020년까지 17개 시도단위에서 34명, 시군구단위에서 20명 등 총 54명의 인원이 배치될 계획이다.

셋째 국립청소년인터넷드림마을은 인터넷 및 스마트폰 과의존 청소년에게 심리·정서적 치료, 상담, 활동 등의 종합적 치유프로그램을 제공함으로써 과의존을 해소하고 건강한 성장을 이루도록 지원하는 것을 목적으로 설립되었다. 관련 사업으로 ‘치유학교’가 운영되는데 이곳에서 심층프로그램(3~4주)과 일반프로그램(1~2주)을 제공한다. 각 프로그램은 집단상담, 개인상담, 부모교육, 부모 및 가족

상담, 특수치료, 체험활동, 자치활동, 동아리활동, 대안활동, 봉사활동, 산책 및 명상 등의 내용으로 구성되어 있다. 참가비용은 무료이나 일부 자부담(5~15만원)이 있다. 단 국민기초생활수급권자 및 차상위계층, 한부모가족 지원 대상자, 다문화가족, 국가유공자 자녀 등은 자부담 비용을 면제받을 수 있다. 이 역시 부모와의 관계 단절 등으로 소득수준을 증명하기 어려운 가정 밖 청소년들은 비용부담 면제에서 제외될 가능성이 높아 프로그램 접근성이 떨어질 것으로 예상된다.

마지막으로 청소년치료재활센터는 정서 및 행동의 어려움을 겪는 청소년에게 상담·치료·보호·교육 등 종합적이고 전문적인 기숙형 치료재활 서비스를 제공하는 사업이다. 한국청소년상담복지개발원에서 위탁운영하고 있으며 4박 5일의 단기과정(힐링캠프)과 1개월(오름과정) 또는 4개월(디딤과정)의 장기과정이 있다. 우울증, 불안장애,品行장애, 주의력결핍과잉행동장애(ADHD) 등의 정서·행동에 어려움을 겪는 만 9~18세 청소년이 장기과정의 주요 대상이다. 참가비용은 월 30만원이지만 국민기초생활수급권자 및 차상위계층, 한부모가족 지원 대상자, 청소년쉼터나 아동보호 및 복지시설 등에 거주하여 참가비 납부가 어려운 청소년들은 비용이 면제된다. 한편 단기과정의 대상은 학교생활에 어려움을 겪는 중·고교 관심군 청소년으로 제한되어 있고 모집도 학교를 통해서 진행되기 때문에 학교 밖 청소년이 참가하기는 어렵다.

(3) 국민건강증진종합계획

「국민건강증진법」 제4조 ‘국민건강증진종합계획의 수립’에 따라 매 5년마다 국민건강증진종합계획이 수립되는데 2016~2020년은 제4차 국민건강증진종합계획(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015)이 진행 중에 있다. 제4차 종합계획 중 청소년 건강과 관련된 것은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 정신보건, 구강보건, 식품안전, 손상예방, 학교보건 분야로 각 분야의 구체적인 목표는 <표 III-9>와 같다.

표 III-9 청소년 건강 관련 국민건강증진(Health Plan 2020) 목표

분 야	목 표
금연	청소년 흡연율을 낮춘다.
	고등학교 계열별 흡연율의 차이를 줄인다.
	흡연 시작을 늦춘다.
	간접흡연율을 낮춘다.
	금연구역을 넓힌다.
절주	국가알코올소비량을 감소시킨다.
	위험음주행동을 감소시킨다.
	음주관련 피해를 감소시킨다.
	음주조장환경을 개선한다.
신체활동	신체활동 실천율을 증가시킨다.
영양	건강식생활 실천 인구비율을 증가 또는 유지시킨다.
	생애주기별 영양관리를 강화한다.
	미량 영양소 적정섭취 인구비율을 증가시킨다.
	식품섭취 안정성을 확보하고, 소득수준 간 건강식생활 실천 인구비율의 격차를 감소시킨다.
비만	아동비만 유병률을 현 수준으로 유지한다.
	청소년비만 유병률을 현 수준으로 유지한다.
정신보건	정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진을 도모한다.
	자살 위험 없는 안전한 사회를 구현한다.
구강보건	아동청소년의 치아우식 경험률을 감소시킨다.
	청소년과 성인의 치은염 유병률을 감소시킨다.
	아동청소년의 점심직후 칫솔질 실천율을 증가시킨다.
	어린이 집단생활시설의 구강보건시설 설치비율을 증가시킨다.
식품안전	식중독 예방관리를 통해 식중독 발생률 증가를 예방한다.
손상예방	인구집단별 손상경험 증가를 예방한다.
학교보건	학교 건강지원기구의 설립
	학생 건강행태 및 건강상태의 개선
	학생 개인위생 실천율의 증가
	학생 정신건강 수준 향상
	학생의 불건강한 성행태의 개선
	학생 손상 및 안전사고 발생 감소
	학생의 인터넷 중독 감소
	건강한 교육환경 조성

* 출처: 보건복지부, 한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020. pp.6-9. 재구성.

이 계획에서 건강관리 대상이 되는 인구집단으로 영유아, 노인은 포함하고 있으나 청소년은 뚜렷이 명시되어 있지 않다. 학교보건, 다문화, 취약가정의 영역 안에 청소년을 부분적으로 포함하고 있기는 하지만 그 청소년 집단 안에 학교 밖 청소년이나 가정 밖 청소년을 정책대상으로 명확히 포함하지 않았다. 이는 청소년은 곧 학생 또는 가정의 보호를 받고 있다고 가정하기 때문이다. 이 같은 상황에서 학교나 가정 밖에서 생활하는 위기청소년들은 정책대상의 사각지대에 놓일 수밖에 없다. 이로써 국민건강증진의 종합계획의 대상이 포괄적이지 못하다는 문제점이 대두될 수 있다.

참고로 현재 진행 중인 제4차 국민건강증진종합계획(HP2020)에 이어 제5차 종합계획(HP2030)이 수립 중에 있다. 제5차 종합계획(HP2030)은 중장기 계획수립에 충분한 시간을 투입하기 위해서 2017년부터 추진되었다. 2020년 4월부터는 HP2030의 기본틀을 확정하고 수립 매뉴얼 개발 및 분과별 지표 세분화 작업을 진행하고 있다. HP2030에서는 모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회를 위해

표 III-10 HP2030 중점과제(안)

구분	내용
건강생활 실천	금연 / 절주 / 영양 / 신체활동 / 구강건강
정신건강 관리	자살예방 / 치매 / 중독 / 지역사회 정신건강
비감염성 질환 예방관리	암 / 심뇌혈관질환(고혈압, 당뇨) / 비만
감염 및 환경성 질환 예방관리	감염병예방 및 관리(결핵에이즈, 의료관련 감염, 손씻기 등 포함) / 감염병 위기대비 대응(검역 감시 예방접종 포함) / 기후변화성 질환(미세먼지, 폭염, 한파 등)
인구집단별 건강관리	영유아 / 청소년(학생) / 여성(모성, 다문화 포함) / 노인 / 장애인 / 근로자 / 군인
건강친화적 환경 구축	건강친화적 법제도 개선 / 건강정보 이해력 제고 / 혁신적 정보기술의 적용 / 자원마련 및 운용 / 지역사회지원(인력시설) 확충 및 거버넌스 구축

* 출처: Health Plan 국민건강증진종합계획. 한국건강증진개발원 홈페이지. <https://www.khealth.or.kr/healthplan>에서 2020년 7월 19일 인출.

건강수면 연장 및 건강형평성 제고를 목표로 중점과제를 제안하고 있다. 건강과제들은 건강생활 실천부터 건강친화적 환경구축까지 총 6가지 대주제와 27개 소주제로 구분되며 그 내용을 정리하면 <표 III-10>과 같다.

2. 위기청소년 건강 관련 국내 주요 법령 및 정책

이 절에서는 위기청소년을 주요 정책대상으로 하는 국내 건강 관련 법령 및 정책을 살펴보고자 한다. 위기청소년은 앞서 2장에서 정의한 것과 같이 가출(가정 밖)청소년, 학교 밖 청소년, 소년사범으로 그 범위를 한정하였다. 가출 청소년들이 주로 생활하거나 이용하는 청소년복지시설인 청소년쉼터나 청소년자립지원관 등은 「청소년복지 지원법」에 근거한 시설로 「국민기초생활 보장법」에 의한 보장시설의 범위에 포함되지 않는다. 따라서 청소년보호체계 보호청소년은 보장시설에 포함되는 아동복지시설, 노숙인재활시설이나 노숙인요양시설의 이용자가 받을 수 있는 급여에서 원천적으로 배제되어 있다. 이에 가출 청소년들은 주로 「청소년복지 지원법」에 근거하여 건강 관련 지원을 받게 된다. 한편 학교 밖 청소년들은 주로 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」과 「청소년복지 지원법」, 소년사범은 주로 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」과 「청소년복지 지원법」에 근거하여 건강 관련 지원을 받게 된다. 또한 이 법률에 근거하여 위기청소년들을 대상으로 하는 정책들로는 청소년 유형별 시설(청소년쉼터, 청소년자립지원관, 청소년회복지원시설, 소년원, 청소년자립생활관, 아동보호치료시설, 학교밖청소년지원센터 등) 운영 및 기타 지원사업이 있다. 특히 시설 운영은 청소년들이 입소하여 의식주를 제공받으며 생활하는 시설이 대부분으로 이들의 건강과 밀접한 관련이 있다.

1) 주요 법령

(1) 청소년복지 지원법³⁷⁾

「청소년복지 지원법」은 전체 청소년을 대상으로 하는 법률로 앞 절에서도 전체 청소년 건강권 보장과 관련하여 간단히 살펴보았다. 이 절에서는 그 중 위기청소년을 중심으로 이들의 건강과 관련한 내용을 중점적으로 다루고자 한다. 우선 위기청소년 건강과 관련된 사항은 건강검진과 복지시설 운영에 대한 내용이 주를 이룬다. 건강검진은 「청소년복지 지원법」 제6조와 동법 시행규칙 제7조에 의거하여 학교 밖 청소년인 경우는 학교밖청소년지원센터를 통해 건강진단을 받을 수 있도록 규정하였다. 그러나 이 조항은 건강진단을 “해야 한다”는 강제조항이 아닌 “할 수 있다”는 선택조항으로 존재할 뿐이다.

「청소년복지 지원법」 제8장 청소년복지시설(제31조~제36조)에서는 청소년쉼터, 자립지원관, 회복지원시설 등 청소년 복지시설에 대한 근거를 마련하고 하위 법령인 시행령 안에서 운영 기준을 마련해 두었다. 이 중 청소년쉼터, 자립지원관은 가정 밖 청소년들이 주로 이용하는 시설이며 회복지원시설은 「소년법」 제32조³⁸⁾에 따라 감호 위탁 처분(1호 처분)을 받은 청소년이 주로 이용하는 시설이다. 이러한 시설들은 대부분 청소년 생활시설로서 운영기준은 청소년들의 건강과 밀접한 관련이 있다. 즉 조리실·목욕실·세탁장·화장실·침실 등 시설환경, 이들의 생활 전반 및 정서지원을 하는 종사자, 기타 건강 관련 프로그램 등은 청소년들의 건강에 직간접적으로 많은 영향을 미친다. 이에 시설 및 운영에 대한 세세한 기준이 마련될 필요가 있다. 그러나 시설 및 운영 기준이 구체적이지 못하여 청소년들에게 실제적으로 안전하고 쾌적한 환경을 제공하는 기준으로 작용하는 데에는

37) 청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

38) 소년법. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=176680#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

표 Ⅲ-11 시설의 설치 및 운영 기준

구분	아동보호체계	청소년보호체계	
시설 형태	아동양육시설, 일시보호시설, 아동보호치료시설, 자립지원시설, 공동생활가정, 아동상담소 등	청소년쉼터(단기·중장기) 청소년자립지원관 (숙박형) 청소년회복지원시설	일시(이동형) 쉼터
근거 법령	- 아동복지법 시행규칙 별표2 - 아동복지법 시행규칙 제24조 별표3	- 청소년복지 지원법 시행령 별표3 - 청소년복지 지원법 시행규칙 별표2	
인력 배치	- 임상심리상담원 1명/간호사(간호조무사) 1명/조리원 1명/영양사 1명 등의 전문 인력 배치	- 15~24명 시설: 행정원 1명/취사원 1명 - 중장기, 자립지원관: 행정원 또는 취사원 1명	- 시설장 1명/ 보호·상담원 4명/ 행정원 또는 취사원 1명
시설 및 운영 규정	- 거실 아동 1명 6.6m ² 이상 - 침실 정원 3명 - 양호실, 상담실, 조리실, 목욕실, 세탁장, 비상재해대비시설 등 모두 구비(30인 이상 시설) - 위생적인 취사·조리 및 식기 소독 설비, 채광·환기, 방충망 구비 - 화장실: 5인당 1개 변기 이상 설치 - 급수·배수 시설 - 심리검사·치료실 설치(아동양육시설, 아동일시보호시설, 아동보호치료 시설)	- 입소인원 1인당 연면적 11m ² 이상 - 침실: 채광, 환기 및 냉난방 가능 공간 - 위생적인 취사·조리 및 식기 소독 설비 구비 - 화장실·목욕실·세탁실· 건조장, 비상재해대비 시설 등 구비 - 상담실 설치	- 대형버스 또는 이에 준하는 차량 - 휴게공간, 상담공간, 사무실, 소화기
	- 입소 반드시 건강진단 - 보호아동, 직원 연 1회 건강진단 - 급식 식단(영양사) 작성, 시행 - 연 2회 수질 검사	-	-

* 출처: 1) 보건복지부(2020b). 아동분야 사업안내 1. pp.150-155. 재구성.
2) 청소년복지 지원법 시행령. 국가법령정보센터 홈페이지.
<http://www.law.go.kr/LSW//lslInfoP.do?lsiSeq=209767&efYd=20190702&ancYnChk=0#0000>에서
2020년 8월 10일 인출.

한계가 있을 것으로 보인다. 청소년복지시설에서 생활하는 청소년들과 비슷한
상황에 있는 아동복지시설의 운영기준은 「아동복지법」 및 동법 시행규칙에 근거
하여 훨씬 더 구체적이다(표 Ⅲ-11). 청소년복지시설의 운영기준에는 아동복지시

설의 운영기준에서 제시하고 있는 건강관리와 급식위생 기준, 임상심리상담원, 간호사, 영양사 등 청소년의 신체·정신적 건강에 관한 전문 인력 배치 기준이 없고 입소 혹은 이용 청소년의 건강진단에 관한 기준도 없다. 단 청소년쉼터의 경우는 사업안내서에서 청소년상담사 자격 소지자를 1명 이상 의무적으로 채용하도록 규정하였으나(여성가족부, 2020a:486) 법적 근거는 마련되어 있지 않다. 따라서 영양 결핍, 성병, 우울 등 다양한 건강문제를 가지고 있는 가출 청소년을 위한 전문적이고 즉각적인 서비스 제공이 이루어지지 않는다 하더라도 이에 대한 시정을 요구할 법적 근거가 없다. 그 결과 가출 청소년의 건강권이 아동보호시설에서 생활하는 청소년만큼 충분히 보장되고 있다고 보기 어렵다(표 III-11).

그 외에 제5조에서 여자 청소년에게 보건위생 물품 지원을, 제13조에서 위기청소년의 정신적 건강과 관련된 내용으로 위기청소년의 가족 및 보호자에 대한 상담 및 교육을 실시할 수 있다고 명시하였다. 마지막으로 제14조에서는 위기청소년 특별지원에 대한 내용으로 특별지원 안에는 의료지원이 포함되어 있다. 이와 관련된 사항은 건강정책에서 보다 자세히 다루었다.

(2) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률

「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」 안에 학교 밖 청소년의 건강과 직접적으로 관련된 조항은 많지 않다. 제6조에서 학교 밖 청소년 실태조사를 3년마다 실시해야 하며 동법 시행규칙 제2조에서 학교 밖 청소년에 대한 실태조사에는 신체적·정신적 건강상태가 포함되어야 한다고 명시하였다. 제11조 1항에 “국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 학교 밖 청소년의 자립에 필요한 생활지원, 문화공간지원, 의료지원(「청소년복지 지원법」 제6조 1항에 따라 건강진단을 받은 후 확진을 위한 검사에 사용된 의료비의 지원을 포함한다), 정서지원 등을 제공할 수 있다”³⁹⁾고 명시함으로써 의료지원 관련 내용이 포함되어 있을 뿐이다. 이에

39) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=201174&efYd=20180717#0000>에서 2020년 5월 10일 인출.

따라 학생 청소년들이 학교에서 건강검진을 받는 것에 준하여 여기에서 제외되는 학교 밖 청소년들이 이 법령을 근거로 건강검진을 받을 수 있다.

한편 「학교보건법」⁴⁰⁾에는 학생과 교직원의 건강을 보호·증진하기 위한 기본계획을 수립·시행하고, 이에 필요한 시책을 마련”(제2조의 2) 할 것을 규정하고 있다. 그 외에도 학생들의 건강검사에 대해 보다 구체적인 내용을 담고 있을 뿐 아니라 학교의 환경위생 및 식품위생 관련 내용(제4조), 학생의 보건 관리(제9조), 감염병 예방접종의 시행(제14조의 2)을 비롯 감염 질병의 치료 예방(제11조, 제14조, 제14조의 3, 제14조의 4) 등 학생 건강에 관련한 보다 구체적인 내용들이 포함되어 있다. 이에 학생들은 주기적인 건강검진은 물론 체계적인 건강관리가 가능한 환경에서 생활할 가능성이 높은 반면 학교 밖 청소년들을 위한 건강관리는 법적 근거가 충분하지 못함을 알 수 있다.

(3) 보호소년 등의 처우에 관한 법률 등

「보호소년 등의 처우에 관한 법률」⁴¹⁾에서 보호소년의 건강과 관련된 조항은 처우의 기본원칙(제5조), 소년원 규모(제6조), 수용절차(제7조), 분류처우(제8조), 사고방지(제14조), 급여품(제17조), 환자치료(제20조), 감염병 예방(제21조), 심리검사(제26조), 심리상담(제50조) 등 비교적 구체적으로 명시되어 있다. 동법 시행령⁴²⁾에서도 건강생활실 수용정원(제5조), 심신안정실(제19조), 특별급식(제32조), 건강진단(제42조), 외부병원 의료처우(제43조, 제44조), 상담인성교육(제79조), 특별활동(제80조) 등 소년사범의 신체적·정신적 건강을 증진시키기 위한 규정이 마련되어 있다. 그 외에 훈령인 「보호소년 등의 의료에 관한 분류 및 처우지침」⁴³⁾은 보건의료에 관한 좀 더 자세한 지침들을 제시하고 있다. 보호소년에 대한

40) 학교보건법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=220859&efYd=20200912#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

41) 보호소년 등의 처우에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20180918&lsiSeq=204484#0000>에서 2020년 5월 11일 인출.

42) 보호소년 등의 처우에 관한 법률 시행령. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200303&lsiSeq=214963#0000>에서 2020년 7월 10일 인출.

건강진단(제6조), 원내진료(제7조) 및 외부진료(제8조), 환자발생보고(제9조), 직원의 환자관리(제10조), 결핵환자 관리(제10조의 2), 감염병 예방(제14조), 심신 건강증진소년 관리(제37조~제43조) 등이 주요 내용이다. 이상과 같은 법령이 적용되는 주요 대상은 소년원, 소년분류심사원, 청소년자립생활관⁴⁴⁾에서 생활하는 청소년들이다.

형사사건을 통해 법원에서 금고 이상의 유죄판결을 받은 소년 범죄자들이 생활하는 소년교도소의 청소년들에 대한 처우는 성인 수형자와 동일하게 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 시행규칙⁴⁵⁾에 의거한다. 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 시행규칙에서는 본 법령에서 제시하지 않는 소년사범에 대해 임신부수용자와 함께 특별보호 대상자로 명시하고 있다. 청소년 건강권과 관련된 조항을 살펴보면 임신부수용자(제42조), 소년수용자(제59조의 2~6) 등이다. 임신부수용자에 대해 특별식을 지급하며 양육유아에 대한 지원을 가능케 하였는데 미성년자 임신부수용자에게도 적용될 수 있다. 제59조 2~6은 소년수용자에 대한 규정으로 청소년에 맞는 교정교화 프로그램, 별도의 학습공간을 제공, 수용거실 확보, 사회적 처우 확대 등 성인보다 더 완화된 처우를 제공하고자 한다. 이는 청소년들의 정신적 건강을 고려한 사항들이다.

한편 법무부 예규인 「소년교도소 운영지침」⁴⁶⁾에서 청소년의 건강권과 관련된 조항들은 시설기준(제5조), 호칭(제6조), 신체검사와 설문조사(제9조), 피복(제13

43) 보호소년 등의 의료에 관한 분류 및 처우지침, 훈령. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?admRulSeq=2100000184726>에서 2020년 8월 10일 인출.

44) 청소년자립생활관은 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」 제51조에 의거하며 소년보호협회가 설립한 시설로 소년원 출원생을 비롯하여 무의탁 청소년 및 기초수급대상 청소년 중 자립이 필요한 12~22세의 청소년들에게 6개월~2년 동안 자립생활을 지원한다.

45) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200805&lsiSeq=220693#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

46) 소년교도소 운영지침. 국가법령정보센터 홈페이지. [http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EC%86%8C%EB%85%84%EA%B5%90%EB%8F%84%EC%86%8C%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%A7%80%EC%B9%A8/\(1195,20180809\)](http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EC%86%8C%EB%85%84%EA%B5%90%EB%8F%84%EC%86%8C%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%A7%80%EC%B9%A8/(1195,20180809))에서 2020년 8월 10일 인출.

조), 침구(제14조), 피복과 침구관리(제15조), 급식(제16조), 복장 및 두발(제17조), 접견(제18조), 서신(제19조), 전화(제20조), 문화시설(제21조), 정서함양활동(제22조), 사회적 처우(제34조), 가족만남의 날(제35조), 귀휴(제36조) 등이다.

이상과 같이 위기청소년들의 건강과 관련된 법령들을 정리해보면 <표 III-12>과 같다. 이상의 법령 등에서 알 수 있는 사실은 위기청소년들은 유형에 따라 적용법령이 달라지며 법령의 내용에 따라 지원이 달라진다는 점이다. 또한 경우에 따라서는 청소년의 대다수를 차지하고 있는 학교와 가정 내의 청소년들만큼 건강권이 보장되고 있지 못하다는 점이다. 학교 밖 청소년은 학생만큼 건강관리를 받지 못하고 있으며 같은 저소득층 청소년이라 하더라도 가정 밖 청소년은 보호자와의 관계 단절로 인해 저소득층이라고 증명하기 어려워 가정 내 청소년만큼 지원을 받지 못할 수 있다. 또한 같이 가정 내 보호를 받지 못하는 청소년이라 하더라도 청소년복지시설에서 생활하는 청소년들은 아동복지시설에서 생활하는 청소년에 비해 건강 지원을 비롯하여 모든 면에서 지원 내용이 부족한 실정이다. 소년사범들만 해도 이들이 생활하는 시설을 관할하는 부처는 법무부, 여가부, 복지부로 상이하다. 즉 소년원, 소년분류심사원, 청소년자립생활관, 소년교도소는 법무부가, 아동보호치료시설은 복지부가, 소년회복지원시설은 여가부가 관할하도록 되어 있다. 그 결과 여가부나 복지부의 시설들은 소년사범 수용시설의 특수성을 반영할 수 있는 요건이 표준화되어 제대로 마련되지 못하고 있다는 한계가 있다.

또한 법무부에서 관할하는 소년사범 관련 시설들은 엄격한 법과 규정에 의해 운영되지만 이에 대한 감사나 감사 결과에 대해 공표된 바가 없어서 규정이 준수되고 있는지는 알기 어렵다는 점도 간과해서는 안 될 것이다. 이에 각 시설은 정기적으로 평가를 받고 권고사항에 대한 개선 보고서를 작성하며 조사기관은 개선사항이 제대로 실행되고 있는지에 대해 모니터링을 할 필요성이 제기된다.

표 Ⅲ-12 위기청소년 건강 관련 주요 법령

내용	주요 법령	주요 대상	비고 ¹⁾
건강검진	- 청소년복지 지원법(제6조, 제7조) - 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률(제11조)	학교 밖 청소년 (19세 미만)	학교보건법
청소년복지시설 운영	- 청소년복지 지원법(제31조~제36조) 및 동법 시행령(별표3), 시행규칙(별표2)	가출 청소년/ 감호위탁 처분 청소년	아동복지법
소년원 등 소년보호 및 교정시설 운영	- 보호소년 등의 처우에 관한 법률(제5조~제8조, 제14조, 제17조, 제20조, 제21조, 제26조, 제50조, 제51조) - 보호소년 등의 의료에 관한 분류 및 처우지침(제6조~제10조, 제14조, 제37조~제43조) - 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙 (제42조, 제59조) 등	보호소년(소년사범)	
여성용 보건위생 물품 지급	청소년복지 지원법(제5조)	19세 미만 저소득층 청소년	
정신건강 지원	청소년복지 지원법(제13조)	위기청소년	
위기청소년 특별 지원 (의료지원)	청소년복지 지원법(제14조)	19세 미만 위기청소년 중 저소득층 청소년	

* 출처: 1) 보호소년 등의 의료에 관한 분류 및 처우지침, 훈령, 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?admRulSeq=2100000184726>에서 2020년 8월 10일 인출.
2) 보호소년 등의 처우에 관한 법률, 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20180918&lsiSeq=204484#0000>에서 2020년 5월 11일 인출.
3) 청소년복지 지원법, 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.
4) 청소년복지 지원법 시행령, 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/LSW//lsInfoP.do?lsiSeq=209767&efYd=20190702&ancYnChk=0#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.
5) 청소년복지 지원법 시행규칙, 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20190828&lsiSeq=210451#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.
6) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률, 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=201174&efYd=20180717#0000>에서 2020년 5월 10일 인출.
7) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙, 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200805&lsiSeq=220693#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

* 주: 1) 비교란에 명시된 법령은 관련 법령에 상응하는 법령으로 정책 대상이 다른 경우이다. 즉 학교 밖 청소년은 학생을, 청소년복지시설은 아동보호시설을 비교 대상으로 하여 비교 대상 관련 법령을 명시하였다.

2) 주요 정책

이 절에서는 앞 절에서 살펴본 위기청소년 건강 관련 법령을 바탕으로 현재 우리나라에서 수행되고 있는 건강 관련 정책 사업들을 검토하였다.

(1) 위기청소년 특별지원⁴⁷⁾

아동보호체계의 「아동복지법」상의 아동양육시설, 아동일시보호시설 등과 같은 아동복지시설, 위탁가정은 「국민기초생활 보장법」에 의한 보장시설(별도가구)로 부양의무자가 있어도 부양을 받을 수 없는 경우로 판단한다(동법 제8조 2항).⁴⁸⁾ 이에 보호아동은 맞춤형 급여체계에 의한 생계 또는 의료 급여를 지원 받을 수 있다. 최근에는 ‘아동복지시설 등 입소 아동 급여 신청에 따른 특례’가 신설되어 아동복지시설, 가정위탁 등 대안양육을 통해 보호되는 아동은 부양의무자 기준 적용에서 제외되어 공적자료만으로 대상자로 책정될 수 있다(보건복지부, 2020a: 72-75). 이에 반해 「청소년복지 지원법」에 근거한 청소년쉼터, 청소년자립지원관, 청소년치료재활센터 등의 청소년복지시설은 보장시설의 범위에 포함되지 않는다. 따라서 청소년보호체계 보호청소년은 아동복지시설 보호아동이 받을 수 있는 급여에서 원천적으로 배제되어 있다.

청소년복지시설의 청소년들은 「청소년복지 지원법」 제14조에 의거하여 위기청소년 특별지원의 제도를 통해 의료지원을 받을 수 있다. 위기청소년 특별지원은 여성가족부에서 보호자가 없거나 실질적으로 보호자의 보호를 받지 못하여 사회·경제적으로 어려움이 있는 위기청소년에게 생활비·치료비·학업지원비 등을 지원하는 제도이다. 이에 가출 청소년을 포함한 위기청소년들이 그 대상이 될 수 있다. 실제로 쉼터에 입소한 청소년들은 가정으로의 복귀가 어렵다는 사실이 확인되면

47) 본 내용은 여성가족부(2020a:743-769). 「청소년사업 안내」의 내용을 바탕으로 작성하였다.

48) 국민기초생활 보장법. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200604&lsiSeq=211961#0000>에서 2020년 9월 20일 인출.

표 III-13 청소년 건강 관련 특별지원

지원 종류	지원 내용	금액 및 방법
생활지원	- 의·식·주 등 기초생계비와 숙식제공 등의 서비스 지원 ① 의복·음식물 및 연료비 기타 일상생활에 필요한 기초생계비 ② 숙식제공	월 50만 원 이내/ 매월 1회
건강지원	- 신체·정신적으로 건강하게 성장할 수 있도록 건강검진 및 치료 등의 서비스 지원 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술, 그 밖의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원·간호 ⑥ 이송 등 의료목적 달성 위한 기타 조치사항 * 비급여 제외, 본인부담액 지원	연 200만 원/ 1년 또는 매월
상담지원	- 심리·사회적 측면의 상담에 필요한 비용 및 서비스 지원 ① 정신적·심리적 치료를 위한 청소년 본인 및 가족의 상담비 및 심리검사비 ② 프로그램 참가비 * 집단상담, 특수치료 등	월 20만 원 이내, 심리검사비 (연 25만 원) 별도/ 월 1회, 분기별, 1년 등

* 출처: 여성가족부(2020a). 2020년 청소년사업 안내. pp.763-764. 세무보고서(류정희 외, 2020) p.51. 재구성.

1인가구로 인정하여 특별지원 대상에 포함되는 것으로 규정되어 있다(여성가족부, 2020a:747). 위기청소년 특별지원 내용 중 건강 관련 내용을 살펴보면 <표 III-13>과 같다. 위기청소년 특별지원은 가정 밖 청소년에 필요한 의식주와 같은 생활지원, 건강 검사 및 치료 등을 포함하는 건강지원, 그리고 정신건강에 필요한 심리검사 및 상담을 포함하는 상담지원까지 포괄하고 있다. 그러나 생활지원과 건강지원은 대상자의 가구 소득이 중위소득 65% 이하여야 그 자격요건이 되는 것과 더불어 지원기간은 1년 이내로 한정되어 있다.⁴⁹⁾ 이러한 선정기준은 지원 기간과 금액이 성별, 치과, 정신과적 진료·치료와 같은 장기적이고 비용이 소요되는 신체적·정신적 건강을 보장하기에는 충분하지 못하다. 또한 거주지가 불분명하

49) 필요시 1년 범위 내에서 1회 연장 가능하다.

거나 응급상황으로 즉각적인 치료가 필요한 거리 및 노숙 청소년의 경우에는 관련 서류가 필요하고 접수 및 승인 절차에 따라 일정 기간이 소요되는 이 제도의 혜택을 받기 어렵다는 현장의 의견⁵⁰⁾도 제기되었다.

(2) 학교 밖 청소년 건강검진⁵¹⁾

2016년 이전까지 학생 청소년들은 「학교보건법」에 근거하여 교육부 주관의 학생건강검진을 받았던 반면 학교 밖 청소년들에 대해서는 국가에서 실시하는 정기적인 건강검진이 없었다. 이에 여성가족부에서는 2016년부터 「청소년복지지원법」 제6조(체력검사와 건강진단) 및 제7조(건강진단 결과의 분석 등), 「학교밖 청소년 지원에 관한 법률」 제11조(자립지원)에 근거하여 학교 밖 청소년의 성장발육 상태를 확인함과 동시에 질병을 조기에 발견하고 예방하기 위해 학교 밖 청소년 건강검진 사업을 시작하였다.⁵²⁾ 검진은 9세 이상 18세 이하의 학교 밖 청소년과 19세 이상 24세 이하의 학교 밖 청소년 중 건강관리에 취약한 청소년을 대상으로 연중 신청을 받아 본인부담 없이 전액 국고 부담으로 전국에 연계된 검진기관을 통해 이루어진다. 검진 주기는 학생 청소년과 마찬가지로 3년이다. 검진항목은 건강검사와 건강조사(문진 및 진찰)로 나뉜다. 건강조사 항목은 식생활, 운동, 개인위생, 안전, 인터넷, 가정생활 및 주변 환경, 성, 흡연 및 음주 등 일반건강상태 및 건강행위에 대한 평가 등의 내용이 포함되며 건강검사 항목은 혈액검사, 구강검진 등 17개 항목의 기본검진과 감염성 질환 및 산부인과 등 4개 항목의 추가검진으로 이루어져 있다(표 III-14).⁵³⁾ 또한 기본검진 후 질환이 의심되는 청소년은 추가로 확진검사를 본인 비용 부담 없이 받을 수 있다. 확진 결과에

50) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

51) 본 내용은 학교 밖 청소년 건강검진(꿈드림 홈페이지. http://www.kdream.or.kr/user/sub05_4_1.asp에서 2020년 9월 20일 인출.) 내용을 기초로 작성하였다.

52) 여성가족부 정책뉴스(2016.3.21). 학교 밖 청소년 누구나 건강검진 받으세요! http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbtSn=702651에서 2020년 1월 17일 인출.

53) 여성가족부 보도자료(2020.5.13). 학교 밖 청소년, 슬기로운 건강검진 생활.

표 III-14 학교 밖 청소년 대상 건강검진 항목 및 방법

구분		검사항목 및 방법											
기본 검진	건강 상담 (문진 등)	요검사		혈액검사 ¹⁾					B형 간염검사		C형 간염 검사	구강 검진	흉부 방사선 촬영
		요단백 요잠혈	혈색 소 ²⁾	혈당	콜레스 테롤	AST	ALT	B형 간염 표면 항원	B형 간염 표면 항체	C형 간염 항체			
선택 검진	상담료	매독				후천성면역결핍증(HIV)				클라미디아, 임질 등 (성매개질환)			
확진 검사	상담료	고혈압		당뇨병		신장질환		이상지질혈증		C형 간염		매독	
		혈압측정		공복혈당		요단백, 요잠혈		총콜레스테롤, HDL, LDL, 중성지방		C형 간염		매독 정밀검사	

* 출처: 여성가족부(2020b). 2020년 학교 밖 청소년 지원사업 청소년지원센터 ‘꿈드림’ 업무매뉴얼. p.72. 세부보고서 (류정희 외, 2020) p.61. 재인용.

* 출처: 여성가족부(2020b). 2020년 학교 밖 청소년 지원사업 청소년지원센터 '꿈드림' 업무매뉴얼. p.72. 세부보고서 (류정희 외, 2020) p.61. 재인용.

* 주: 1) 체질량지수가 백분위수 도표 95이상 또는 BMI 25이상인 경우에 한해 실시
2) 여성의 경우만 실시

따라 치료가 필요한 저소득층 청소년에 대해서는 위기청소년 특별지원(「청소년복지 지원법」 제14조)과 의료급여, 그리고 전국 6개 보훈병원(서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전) 등 지역사회 유관기관과의 협력 연계 등으로 추가 지원이 이루어진다.⁵⁴⁾⁵⁵⁾

검진을 지원하는 곳은 ‘학교밖청소년지원센터’이며 2020년에는 검진 신청방법이 보다 편리하게 개선되었다. ‘학교밖청소년지원센터’를 방문하거나 우편 신청만 가능하던 기존 방식에서 꿈드림 홈페이지에서 내려 받은 신청서를 작성 후 이메일

54) 여성가족부 보도자료(2020.5.13). 학교 밖 청소년, 슬기로운 건강검진 생활.

55) 2019년부터는 6개 보훈병원에서 학교 밖 청소년을 위한 예방접종, 치과, 내과, 산부인과, 안과, 피부과, 정형외과 등의 무료 의료서비스를 제공하고 있다(한국청소년상담복지개발원 보도자료(2019.7.8). 한국청소년 상담복지개발원, 한국보훈복지의료공단과 업무협약).

로도 신청 가능하도록 한 것이다. 뿐만 아니라 건강검진 신청 후 검진표 수령까지의 소요시간이 최장 4주에서 2020년 하반기부터는 1주로 단축되었다.⁵⁶⁾

그러나 정책은 학교 밖의 가출 청소년의 특성과 접근성에 대한 고려가 부족하다. 즉 건강검진을 받기 위해서는 개인정보수집이용동의서, 건강검진 신청서, 학교 밖 청소년임을 증명할 수 있는 서류를 준비해야 하는데 이러한 절차는 가출 등으로 인해 사회적 보호체계 밖에서 생활하는 청소년들이 접근하는 데 장벽으로 작용할 가능성이 높다.

한편 2016~2019년까지의 학교 밖 청소년 건강검진 수검 현황은 <표 III-15>와 같다. 학교 밖 청소년은 2015년 12월말을 기준으로 초중고 학령기 집단에서는 약 40만 명, 만19~24세 집단에서는 약 37만 명으로 추산되지만(윤철경, 성윤숙, 최홍일, 유성렬, 김강호, 2017:3) 학교 밖 청소년 건강검진 신청자는 연간 만여 명에 불과하며 심지어 이들 신청자 중 상당수가 실제 검진을 받지 않고 있다. 이에 건강검진 대상을 보다 적극적으로 확대하고 신청자들이 실제로 검진을 받을

표 III-15 학교 밖 청소년 건강검진 수검 현황

(단위: 명)

연도	신청	검진			
			기본	선택	구강
2016	12,563	6,986	6,862	1,945	5,669
2017	10,268	5,019	4,872	1,017	4,273
2018	-	5,134	5,033	-	4,242
2019	-	6,063	6,063	-	4,742

* 출처: 1) 여성가족부 정책뉴스(2017.3.22). 학교 밖 청소년 5명 중 1명은 건강관리 필요 -2016년 첫 시행 '학교 밖 청소년 건강검진' 결과 분석-. http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&btSn=704949에서 2020년 1월 17일 인출.

2) 여성가족부 보도자료(2018.7.11). 학교 밖 청소년 건강검진, 하반기부터 국가가 확인까지 전액 부담.

3) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

4) 여성가족부 보도자료(2020.5.13.) 학교 밖 청소년, 슬기로운 건강검진 생활.

* 주: 1) 2018년과 2019년의 신청자 수 및 선택사항 검진자 수에 대한 공표자료는 없다.

56) 대한민국정책브리핑 홈페이지. http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156389971&call_from=media_daum에서 2020년 10월 6일 인출.

수 있도록 검진 참여를 독려할 방안이 필요하다는 의견에 따라 온라인 홍보 강화, 출장 및 검진기관을 확대 하는 등 보다 적극적인 방안을 모색하였다. 그 결과 2019년에 건강검진을 받은 학교 밖 청소년은 총 6,063명으로 2018년 5,134명 대비 929명(18%) 증가하였다. 이러한 결과에 대해 관계기관에서는 신청 및 검진 방법의 개선이 효과를 불러온 것으로 보고 있다. 참고로 출장건강검진을 통한 검진자는 2018년 805명에서 2019년 1,096명으로 291명이(36%) 증가하였으며 검진기관은 2018년 621개소에서 2019년 882개소로 261개소가 증가하였다.⁵⁷⁾

현재까지 공표되어 있는 2016년부터 2019년까지의 건강검진 주요결과를 살펴 보면(표 III-16) 2019년까지 5명 중 1명은 ‘질환 의심대상자’로 건강관리가 필요한 것으로 나타났으며 이 비율은 2016년 이후 꾸준히 증가하고 있다. 치아우식증(충치)도 수검 청소년의 4명 중 한 명꼴로 앓고 있어 구강관리 상태가 취약하였고 식생활과 안전의식 등 전반적인 생활습관 관리도 필요한 것으로 나타났다.

윤철경 등(2018:185-188)의 연구에서 학교 밖 청소년들의 건강검진에 대한 수요는 74.7%로 검정고시 준비 지원(75.5%)에 이어 두 번째로 필요성이 높았고 각종 질병에 대한 치료가 필요하다고 응답한 비율도 70.9%로 나타났다. 이는 학교 밖 청소년들에게 건강검진 및 각종 질병 치료에 대한 지원이 필요함을 시사한다. 이소희 등(2015:104-111)도 학교 밖 청소년들은 전반적으로 가정 방임으로 인한 문제가 많았고 만성 질환에 대한 관리가 미비하다고 보고하였다. 위험 음주와 흡연, 바람직하지 않은 식습관, 낮은 삶의 질과 높은 스트레스 수준 및 자살위험성이 발견되어 검진 후 대면 상담 및 고위험군에 대한 진료 등 후속 조치가 중요함을 강조하였다. 또한 김양희(2019:547)는 학교 밖 청소년 건강검진은 보건재정 보호 측면에서도 의미를 갖는다고 하였다. 학교 밖 청소년이 경제적, 사회적 자원의 부족으로 건강을 지키지 못하고 중년기에 이르러 만성 질환을 비롯한 여러 가지 질병에 봉착할 경우 증가할 보건재정 지출 부담을 조기건강검진의 제공을 통해

57) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

표 III-16 학교 밖 청소년 건강검진 주요결과

(단위: %)

연도	기본검진 질환의심	B형 간염 접종 필요	치아우식증 (충치)	아침식사 섭취율	패스트푸드 섭취율	운동 실천율	헬멧·보호구 착용율
2016	18.1	69.9	30.3 (평균 3.3개)	(9~12세) 84.0	(9~12세) 8.6	(9~12세) 54.2	(9~12세) 51.7
				(13~15세) 74.0	(13~15세) 14.2	(13~15세) 45.6	(13~15세) 35.7
				(16~18세) 53.2	(16~18세) 21.6	(16~18세) 40.1	(16~18세) 28.6
2017	19.8	69.3	29.2 (평균 3.2개)	(9~12세) 82.9	(9~12세) 9.6	(9~12세) 55.9	(9~12세) 58.6
				(13~15세) 75.1	(13~15세) 12.0	(13~15세) 43.6	(13~15세) 40.9
				(16~18세) 46.3	(16~18세) 21.2	(16~18세) 34.9	(16~18세) 32.4
2018	21.1	(공표자료 없음)	29.6 (평균 4.1개)	(9~12세) 82.1	(9~12세) 7.1	(9~12세) 57.2	(9~12세) 66.1
				(13~15세) 71.4	(13~15세) 15.1	(13~15세) 46.2	(13~15세) 41.4
				(16~18세) 45.9	(16~18세) 21.7	(16~18세) 39.1	(16~18세) 35.7
2019	(공표자료 없음)	(공표자료 없음)	25.5 (평균 4.0개)	(9~12세) 84.4	(9~12세) 10.4	(9~12세) 64.1	(공표자료 없음)
				(13~15세) 68.3	(13~15세) 15.0	(13~15세) 47.7	
				(16~18세) 45.2	(16~18세) 21.4	(16~18세) 36.1	

* 출처: 1) 여성가족부 정책뉴스(2017.3.22). 학교 밖 청소년 5명 중 1명은 건강관리 필요 -2016년 첫 시행 '학교 밖 청소년 건강검진' 결과 분석-. http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&btSn=704949에서 2020년 1월 17일 인출.

2) 여성가족부 보도자료(2018.7.11). 학교 밖 청소년 건강검진, 하반기부터 국가가 확진까지 전액 부담.

3) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

4) 여성가족부 보도자료(2020.5.13). 학교 밖 청소년, 슬기로운 건강검진 생활.

될 수 있기 때문이다. 이에 학교 밖 청소년 건강검진은 검진에서 그칠 것이 아니라 사후 조치가 필요한 청소년들을 조기에 발굴하여 질병 치료 및 예방에 보다 적극적인 추가 지원으로 반드시 이어져야 한다.

(3) 여자 청소년 생리대 바우처 지원⁵⁸⁾

이 정책은 만11~18세 여자 청소년에게 생리대를 구입할 수 있는 바우처 포인트를 지원하는 사업으로 매월 11,000원, 연간 최대 132,000원을 지원한다. 바우처를 사용하기 위해서는 국민행복카드를 발급받아야 한다. 지원대상은 「국민기초생활 보장법」에 따른 생계·의료·주거·교육 급여 수급자와 법정차상위계층의 청소년이며 부모나 본인이 직접 신청할 수 있으나 만14세 미만 청소년의 경우 보호자의 동의가 필요하다. 이러한 지원대상 기준은 위기청소년 특별지원 정책과 마찬가지로 가출 등으로 인해 보호자와의 관계 및 연락이 끊긴 만11세 이상부터 만14세 미만의 가정 밖 청소년을 지원에서 배제시킬 수 있다. 우리나라 여성의 평균 초경 연령이 12.7세이고 만12세 이전에 초경을 시작하는 여성의 비율이 22.3%⁵⁹⁾을 감안할 때 14세 미만의 청소년 중 이 지원이 필요하지만 받지 못하는 청소년이 있을 것으로 판단된다. 또한 보장시설로 생계와 의료 수급권을 갖는 아동복지시설의 여자 청소년은 혜택을 받을 수 있지만 소득이 낮더라도 보호자와의 연락을 못하거나 꺼려하는 쉼터 및 거리 청소년, 국민행복카드 발급을 받지 못한 청소년에게는 이러한 혜택이 보장되지 않아 건강권의 차별적 지원이 될 수 있다.

(4) 건강특화형 청소년쉼터⁶⁰⁾

여성가족부는 의료지원이 필요한 거리 청소년이 관련 서비스에 대한 접근성을 보장받을 수 있도록 이동형 일시쉼터 중 3개소(부산이동일시청소년쉼터, 의정부이동일시청소년쉼터, 청주이동일시청소년쉼터)에 대해 건강특화형 쉼터로 지정하여 운영하고 있다(여성가족부, 2020a:553). 이 쉼터들은 2013년에 ‘의료 특화형

58) 본 내용은 생리대 바우처 지원 내용(여성가족부 홈페이지. http://www.mogef.go.kr/sp/yth/sp_yth_f017.do에서 2020년 8월 13일 인출)를 바탕으로 작성하였다.

59) G-health 홈페이지. <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00186&nttId=410004&menuNo=200461&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=1&vType=A>에서 2020년 10월 6일 인출.

60) 여성가족부(2020a). “2020년 청소년사업 안내(p.597)”의 내용을 기초로 작성하였다.

쉼터'로 지정, 운영되었으나 실제 운영 내용과 '의료 특화'라는 명칭 간 불일치의 문제가 제기됨에 따라 2016년부터 '건강특화형 쉼터'로 명칭을 변경하였다(국가인권위원회 보도자료, 2017.1.24).⁶¹⁾ 그러나 국가인권위원회의 조사 결과⁶²⁾ 건강특화형 쉼터로 제 기능을 발휘하기 위해서는 보강이 필요하다는 권고를 받았다. 보다 구체적인 권고 내용은 의료 지원 인력이 현행 월 1회 의사 진료 또는 간호사 주 3회 순환배치에서 건강 특화 기능을 보강하기 위해 최소 주 1회 이상 의사의 문진 및 의료상담을 추진할 것 등이다.

현재 건강특화형 쉼터는 지역사회 의료기관과 연계를 통해 긴급의료서비스 연계 체계를 구축하여 쉼터 내 의료 지원인력(의사, 간호사, 응급구조사, 간호조무사 등)을 배치하고 응급약품이나 피임도구 등을 구비하여 신속한 응급조치를 지원한다(여성가족부, 2020a:553). 또한 현장에서 직접 처치하기 어려운 전문적인 진단이나 진료가 필요한 경우에는 보건소나 협력병원 등 연계 의료기관으로 연계하여 지속적인 의료지원 및 사례관리를 한다(여성가족부, 2020a:553). 정신건강이나 성폭력·성매매에 취약한 청소년들을 대상으로는 청소년상담복지센터 등과의 연계를 통한 정신건강 상담서비스, 성폭력·성매매 예방교육 및 관련 피해자 시설연계 등 특화프로그램을 운영하도록 되어 있다(여성가족부, 2020a:553).

그러나 전국에 단 3곳만이 운영되는 만큼 개소수와 의료 지원 인력 부족은 한계점으로 남아 있다. 관련하여 현장 종사자들은⁶³⁾ 현재 현장에서 의사나 간호사들이 순환배치 형식으로 의료 상담을 하고는 있으나 의료 기관이 아닌 쉼터 내에서 전문적인 진료를 하기 어렵고 개별 쉼터의 요청에 따라 저녁 시간에 자원 봉사

61) 국가인권위원회 보도자료(2017.1.24). 가정 밖 청소년 인권보호정책 개선 권고. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&boardtypeid=24&boardid=616529>에서 2020년 9월 20일 인출.

62) 국가인권위원회 보도자료(2017.1.24). 가정 밖 청소년 인권보호정책 개선 권고. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&boardtypeid=24&boardid=616529>에서 2020년 9월 20일 인출.

63) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

형식으로 의료진을 구하는 데 한계가 따르는 등의 어려움이 지적하였다. 또한 청소년 한 명에 대한 연간 의료비 지원이 100만 원 한도 내에서 이루어져야 하거나 미성년자의 정신과나 산부인과 등 민감한 내용의 치료에 대해서는 보호자의 동의가 필요하지만 이를 받기 어려워 치료가 지연되는 등의 어려움도 나타났다. 전반적인 운영사항과 관련하여서는 쉽터마다 운영 방식에 차이가 발생하고 있어 건강특화형 쉽터 운영에 관한 표준 매뉴얼이 마련될 필요가 있다.

(5) 학교 밖 청소년 실태조사

학교 밖 청소년 실태조사는 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」⁶⁴⁾ 제6조(실태조사)⁶⁵⁾, 동법 시행규칙⁶⁶⁾ 제2조에 따라 학교 밖 청소년들의 신체적·정신적 건강상태에 대한 조사를 실시하도록 명시하였다. 그러나 실제 시행된 2018년 학교 밖 청소년 실태조사의 조사내용을 살펴보면(표 III-17) 건강상태 항목으로 정서조절, 우울, 불안, 신체활동(운동), 수면시간, 결식 정도만 포함되어 있어 학교 밖 청소년의 신체적·정신적 건강상태 관련 항목이 충분하지 않음을 알 수 있다. 학생을 대상으로 한 건강행태조사와 비교해 보더라도 조사 항목이 매우 제한적이다. 학교 밖 청소년들의 특성이라고 볼 수 있는 불규칙한 생활습관이나 건강에 유해한 물질 접촉 정도와 그에 따른 건강상태를 파악하기 어렵다. 이에 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」 제6조에 명시된 바와 같이 실태조사를 “학교 밖 청소년 지원 정책수립을 위한 기초자료로 활용”하기 위해서는 건강실태에 대한 좀 더 포괄적인 조사가 이루어질 필요가 있다. 이에 더하여 현재 위기청소년들의 건강상태나 환경이 가정이나 학교 안에서 생활하는 이들에 비해 열악하기 때문에 학교 밖 청소년에 국한할

64) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=2011174&efYd=20180717#0000>에서 2020년 5월 10일 인출.

65) 제6조(실태조사) ① 여성가족부장관은 학교 밖 청소년의 현황 및 실태 파악과 학교 밖 청소년 지원 정책수립을 위한 기초자료로 활용하기 위하여 3년마다 학교 밖 청소년에 대한 실태조사를 실시하고, 그 결과를 공표하여야 한다.

66) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 시행규칙. <http://www.law.go.kr/법령/학교밖청소년지원에관한법률시행규칙>에서 2020년 5월 20일 인출.

것이 아니라 가출 청소년이나 소년사범 등 위기청소년으로 조사대상을 확대하는 방안도 필요하다.

표 Ⅲ-17 2018 학교 밖 청소년 실태조사 설문영역 및 조사내용

영역	조사내용	문항 번호	조사내용	문항 번호
학업중단 관련 일반사항	가장 최근 학교를 그만 둔 시점	1-1)~2)	학업중단속려제 상담 기관	7-1)
	학교를 그만 둔 기간	2	학교밖청소년지원센터 연계를 위 한 개인정보 제공 동의 여부	7-2)
	학교를 그만 둘 당시 상담자	3		
	학교를 그만 둔 이유	4	개인정보 제공 비동의 이유	7-3)
	학교를 그만 둘 당시 제공받은 정보	5	학교생활 (교사관계·친구관계·수업참여)	8-1)~9)
	부모자녀관계(지원·방임·학대)	6-1)~12)	학교규범 위반 경험	9
	학업중단속려제 참여 여부	7	학교를 그만 둘 당시 성적	10
학교를 그만 둔 이후의 생활실태	학교를 그만 둔 후 후회 경험	11	아르바이트 평균 기간	18
	학교를 그만 둔 후 후회 이유	11-1)	아르바이트 시 부당대우 경험	19
	학교를 그만 둔 후 후회하지 않은 이유	11-2)	부당한 대우에 대한 대처	20
	학교를 그만 둔 후 경험실태	12	진로·직업태도_성숙도	21
	학교를 그만 둔 후 친구유형	13	(진로결정성·확신성·준비성·독립성)	1)~10)
	학교를 그만 둔 후 주거형태	14	향후 진로 계획	22
	학교를 그만 둔 후 불이익 경험	15	심리·정서 (자아존중감·자기효능감)	23-1)~8)
	하루생활시간	16	심리·정서(정서조절)	23-9)~11)
	아르바이트 경험	17	심리·정서(우울·불안)	24-1)~6)
	아르바이트 업종	17-1)	신체활동(운동) 경험	25
	아르바이트 시간 임금	17-2)	평균 수면 시간	26
	근로계약서 작성 경험	17-3)	결식 빈도	27
	부모동의서 제출 경험	17-4)	문제행동(비행경험·피해경험)	28-1)~15)
학교 밖 청소년 정책 지원	학교를 그만 둔 후 경험하고 있는 어려움	29	학교 밖 지원 사업 인지·이용경험·도움정도	30
			학교 밖 지원 정책별 필요성	31
배경요인	가족구성	배문1	부모 직업	배문3
	가정경제수준	배문2	학교를 그만 둘 당시 학교 소재지	배문4

* 출처: 윤철경 외(2018). 2018 학교 밖 청소년 실태조사. pp.12~13. 재구성.

(6) 소년원 내 의료·재활 프로그램 운영

소년원에서 청소년들의 건강을 지원하기 위해 운영하는 의료·재활 프로그램을 살펴보면 다음과 같다.

① 소년원의 의료·재활교육과 심신건강회복반⁶⁷⁾

소년원에서는 의료·재활교육과 심신건강회복반을 통해 정신건강을 증진시키려는 노력을 펴하고 있다. 의료·재활교육은 기초적인 사회생활능력 향상을 목표로 약물중독 및 장애정도에 따른 개별화된 교육 및 적절한 의료처우를 제공하는 프로그램이다(법무부, 2020:16). 또한 의료처분을 전담으로 하는 대전소년원에서 7호 처분자⁶⁸⁾와 의료·재활 처우소년에게 의료 및 보건 프로그램, 심리치료 등과 같은 프로그램을 제공한다(표 III-18).

표 III-18 의료·재활 프로그램

영역	교과	비고
의료 및 보건 (5~7시간)	회진·투약 등 치료, 보건·위생교육, 감염병 예방교육	정신과 의사 개인면담: 월 1~2회 ※ 항정신성의약품 등 정신과약 처방
심리치료 등 (8~14시간)	음악치료, 미술치료, 작업치료, 활동치료 등	-
특성화교육 (4~10시간)	질서교육, 언어능력 향상, 컴퓨터 교육, 배려·법교육	검정고시 특별반 별도 운영
체육, 재량활동 (8~10시간)	체육활동, 학급활동, 체조	-

* 출처: 법무부(2020). 2020학년도 소년보호기관 교육계획. p.17. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.91. 재인용.

67) 이 절의 내용은 법무부(2020). 2020학년도 소년보호기관 교육계획. pp. 16~19의 내용을 요약한 것이다.

68) 병원, 요양소 또는 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」에 따른 소년의료보호시설에 위탁하는 처분으로 정신질환이나 약물남용 등이 의학적인 치료와 요양이 필요한 10세 이상 소년에게 내려지는 처분이다. (대한민국법원 전자민원 홈페이지. https://help.scourt.go.kr/nm/min_19/min_19_5/index.html에서 2020년 9월 7일 인출.)

한편 대전소년원을 제외한 전국 소년원에서는 약물중독, 정신적 문제 등 특별한 처우가 필요한 청소년을 위해 심신건강회복반을 편성하여 운영하고 있다(법무부, 2020:18). 심신건강회복반은 5명 내외의 정서장애, 행동장애 등을 가진 보호소년을 정원으로 특수반으로 운영하는데 담임교사는 정신건강임상심리사로 지정한다. 또한 주 3회 이상 1회당 2시간 이상 운영하며 개별상담, 집단상담, 문화예술치유 프로그램을 제공한다(법무부, 2020:18-19).

② 무료 건강검진

종합건강검진은 소년원생의 건강회복 및 체계적 질병관리를 통한 건강증진을 도모하기 위해 2011년부터 법무부·(사)한국건강관리협회 업무협약에 따라 매년 두 차례(2~3월, 8~9월)에 걸쳐 전체 소년원생(전국 10개 소년원 재원생)을 대상으로 시행하고 있다. 검진 내용은 혈액 및 소변검사 등 12종 38개 항목이며 대한결핵협회에서는 재원생 대상 X-선 흉부검사를 월 1회 실시하고 있다(법무부, 2020:19).

③ 기타

소년원에서는 학령기의 청소년이 인성교육 및 체육활동을 통해 신체적·정신적 건강을 증진할 수 있도록 노력하고 있다. 인성교육과 관련해서 전국 10개 소년원에서는 각 기관별 특성화된 프로그램을 실시하고 있다. 각 기관별로 특성화된 주요 인성교육 내용은 <표 III-19>에 제시하였다.

한편 체육활동은 학과교육에서의 체육 교과목 뿐 아니라 추가적인 체육활동을 통해 청소년들의 정서적 안정을 꾀하고 신체적 건강을 증진시키고자 한다. 보다 구체적으로 대한축구협회 또는 지자체 생활체육회 소속 전문 축구 지도자를 자원 봉사자나 유급강사로 활용하여 전국 7개 소년원에서 주 4시간 이상 축구 시간을 운영하고 있다(법무부, 2020: 32). 그 외에 고봉중고등학교에서는 농구시간도 추가적으로 제공하고 있다(고봉중고등학교, 2020:8). 농구는 한국농구연맹(KBL)

표 Ⅲ-19 소년분류심사원 및 주요 소년원 인성교육

구분	내용
서울소년분류심사원	예절교육, 보건위생, 심성순화, 진로탐색, 인문학 분노조절, 인간관계, 영화심리치료, 성비행예방, 충동조절, 인문학 감수성훈련, 한국사, 미술치료, 청소년성장, 비전교육, 독서지도, 진로탐색, 레크리에이션
부산소년원	강·절도예방, 학교폭력예방, 성비행예방, 준법교육 미술치료, 다례지도, 독서치료, 꽃꽂이교육, 인터넷 중독예방 애니메이션
대구소년원	강·절도예방, 성비행예방, 인문학, 미술치료 성폭력가해자치료, 독서치료, 금연교육
광주소년원	강·절도예방, 학교폭력예방, 성비행예방, 인문학 음악치료, 미술치료, 약물오남용예방교육, 교통안전교육, 경제교육, 직업치료 금연교육, 신용관리회복교육, 준법교육, 향기치료, 보건교육
대전소년원	강·절도예방, 성비행예방, 미술치료, 심리극, 감정코칭, 폭력예방
춘천소년원	강·절도예방, 공감능력향상, 성폭력가해치료
제주소년원	강·절도예방, 성비행예방, 법교육, 인문학, (인터넷)중독예방 미술치료, 예절교육, 음악교육

* 출처: 법무부(2020). 2020학년도 소년보호기관 교육계획. pp.23~26. 재구성.

에서 지원하는 감독 및 코치의 지도 아래 교과교육과정 학생 15명을 대상으로 체육, 창의적 체험활동 시간을 활용하여 주 2시간 이상 운영 중에 있다.

(7) 건강교육

일반적으로 청소년들은 학교나 가정 내에서 건강과 관련한 다양한 교육을 직간접적으로 접하게 된다. 학생들은 「학교보건법」 제9조⁶⁹⁾에 따라 신체발달 및 체력증진, 질병의 치료와 예방, 흡연과 음주, 약물에 대한 예방, 성교육과 정신건강증진 등 건강 전반에 대해 보건교육을 받는다. 이는 청소년들이 스스로 건강문제를 인지하고 필요한 조치와 예방활동을 할 수 있는 건강역량을 개발하는 데 교육이 중요함을 시사한다(임희진 외, 2019:38). 이와 같이 학교현장에서는 의무적으로 보건교육이 이루어지고 있으나 학교 밖 청소년들은 이 교육을 받을 수 없다. 게다가

69) 학교보건법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=220859&efYd=20200912#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

가 학교 밖 청소년들이 가정의 보호를 받지 못하는 상황이라면 가정 내에서의 교육을 기대할 수도 없다.

아동보호체계 내 아동양육시설과 공동생활가정의 아동복지시설에서 보호받고 있는 아동들은 자립지원표준화(Ready?Action!) 프로그램을 통해 자립생활기술을 배우고 자립생활기술을 매년 평가한다. 이 가운데 만15세 이상 중고등학생 대상 프로그램인 ‘Ready? Action!’의 한 영역인 자기보호기술 영역에서는 개인 위생관리, 응급처치방법, 성교육, 약물중독교육 등을 받는다(보건복지부, 아동권리보장원, 2020:34-146).

반면 청소년보호체계 청소년은 관련 정책과 법적 근거가 미흡하기 때문에 표준화된 교육 프로그램을 제공받지 못하고 있다. 상황과 여건에 따라 청소년 쉼터 등 일부시설에서 개별적으로 프로그램을 운영하고 있을 뿐이다. 이에 건강교육 프로그램에 대한 접근성과 충분성에 격차가 존재할 수밖에 없다.

3) 시사점

위기청소년의 건강권 보장과 관련하여 우리나라의 법과 정책을 살펴본 결과는 다음과 같다. 첫째 위기청소년들은 기본적으로 가정이나 학교 체계 내에서 생활하는 청소년들과 달리 건강권 보장을 충분히 받고 있지 못하였다. 학생 청소년과 학교 밖 청소년의 사례가 그 단적이 예이다. 학생 청소년의 건강과 관련해서는 세부적인 부분이 담겨있는 건강 관련 법령이 분리되어 존재하는 반면 학교 밖 청소년의 경우는 그렇지 않았다. 학교 밖 청소년의 경우 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」 제11조 자립지원의 1항에 의료지원이 포함되어 있을 뿐 그 외에 건강과 직접적으로 관련 있는 조항이 없었고 전체 청소년을 대상으로 하는 「청소년복지 지원법」에서 건강한 성장지원을 위한 통합적 지원으로 관련 항목이 포함되어 있을 뿐이다. 건강정책에서도 학생 건강정책은 중앙부처 및 지자체의 관련부서에서 발간한 계획서, 사업안내서, 업무보고, 업무매뉴얼 등을 통해 체계적으로 운영

되고 있는 데 반해 학교 밖 청소년의 건강 지원정책은 ‘학교밖청소년지원센터’를 기준으로 건강검진 시행 외의 건강과 관련된(예: 정신건강 관련 개인상담, 흡연 및 음주 관리 등) 정책은 매우 드물었다.

더욱이 ‘위기청소년’이라는 동일한 범주 안에서도 유형에 따라 적용받는 법률이 각기 달라 건강권 보장의 격차가 발생하고 있을 뿐 아니라 동일 유형의 청소년 집단이라도 어느 체계의 보호를 받느냐에 따라 격차가 발생하였다. 동일 유형의 청소년 집단에서 차별적인 지원을 받는 대표적인 예가 가정 밖 청소년이다. 가정 밖 청소년들 중 청소년보호체계 내 청소년과 아동복지시설 보호청소년에 대한 적용 법률과 그에 따른 관할 부서가 다르다 보니 청소년보호체계 내 청소년은 아동복지시설 내 청소년들이 받는 의료급여나 건강지원 서비스 등에서 배제되는 등 다른 기준을 적용받고 있다. 또한 노숙 및 거리 청소년은 쉼터에서 보호받는 청소년들과 달리 이마저의 지원을 받기도 어려울뿐더러 성인 대상의 노숙인지원 법률의 혜택도 받기 어렵다. 뿐만 아니라 공간 및 시설 환경, 종사자 배치 기준 등에 대해 구체적인 기준을 제시하고 있는 아동복지시설에 비해 청소년복지시설은 간호사, 영양사 등 청소년의 신체·정신적 건강에 관한 전문인력 배치기준이나 건강진단·급식과 관련된 기준 또한 없다. 이에 쉼터를 이용하는 가출 청소년들은 아동보호시설 청소년들에 비해 건강권을 충분히 보장받지 못하고 있다. 건강 관련 문제가 더욱더 심각하고 취약한 거리 청소년들은 노숙인 지위에 근거한 지원이 전무하기 때문에 일시(이동형)쉼터의 아웃리치를 통해 부분적인 건강서비스를 제공받을 뿐이다.

소년사범들이 생활하는 시설 역시 유형에 따라 법무부, 여가부, 복지부로 관할 부서가 상이하다. 소년원, 소년분류심사원, 청소년자립생활관, 소년교도소는 법무부가, 아동보호치료시설은 복지부가, 소년회복지지원시설은 여가부가 관할하도록 되어 있다. 그 결과 여가부나 복지부의 시설들은 소년사범 수용시설의 특수성을 반영할 수 있는 요건이 표준화되어 제대로 마련되지 못하고 있다는 한계가 있으며 이들에 대한 건강 지원 서비스 역시 상이할 수밖에 없다.

이처럼 법률 및 관할 부처의 분절화는 청소년 집단이나 생활 유형에 따라 지원 정책의 차이 뿐 아니라 정책지원의 사각지대를 발생시키기도 한다. 따라서 청소년 보호체계 청소년들과 아동보호체계 및 사법보호체계 청소년, 학생 청소년과 학교 밖 청소년들에 대한 건강 지원 서비스에 있어서 대상별 격차의 최소화를 위해서는 관련 법률 및 정책 내용에 대한 면밀한 비교가 이루어져야 한다. 이를 바탕으로 위기청소년 전체의 보편적인 건강권을 보장하기 위한 법적 장치로서 위기청소년 건강권의 명문화, 건강권 보장을 위한 위기청소년에 대한 보편적 지원 관련 법률규정을 조문으로 명시화하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이러한 보편적 법 규정상의 명문화 작업을 토대로 각 위기청소년 유형별 개별법 상의 건강 관련 규정의 보완이 병행될 필요가 있다.

이 밖에 건강·보건 교육과 관련해서도 학생 청소년들은 학교에서, 아동보호체계 청소년들은 시설에서 관련 교육을 받을 수 있도록 법률로 보장하거나 표준화 프로그램을 개발하여 보급하고 있다. 반면 청소년보호체계 청소년들은 관련 정책과 법적 근거가 미흡하여 표준화된 교육 프로그램을 제공받지 못하고 있으며 청소년 센터 등 일부시설에서 개별적인 프로그램을 운영하여 건강 교육 프로그램에 대한 접근성과 충분성에 떨어진다. 이에 청소년보호체계 청소년들에게도 표준화된 프로그램을 통해 건강 교육 및 정보 제공을 지원할 필요가 있다. 단 청소년보호체계의 청소년들은 아동보호체계 청소년들과 달리 장기적인 보호가 어려운 경우도 적지 않기 때문에 다년간에 걸친 단계적이고 체계적인 교육은 현실적으로 어려울 수 있다. 이에 청소년들이 자주 접하는 인터넷 사이트(페이스북, 유튜브 등)를 통해 건강 교육 콘텐츠를 제작, 배포하여 필요시 찾아 볼 수 있도록 하는 방안도 고려해볼만 하다.

둘째 위기청소년들을 위한 건강정책들은 정책대상의 특성에 대한 배려와 고려가 부족한 경향을 보인다. 최근 학교 밖 청소년들의 성 건강 문제에 대응하기 위해 관련 검사를 건강검진 항목에 추가한 것은 긍정적으로 평가된다. 하지만

여전히 많은 수의 학교 밖 청소년들이 건강검진에 응하지 않고 있는데 이는 부분적으로는 신청 방법이나 결과 통보, 검진 내용에 대해 청소년들의 의견이 충분히 반영되지 않았기 때문이다. 더욱이 19세 이상 학교 밖 청소년들은 국가건강검진 대상으로 들어가면서 대부분의 경우 학교 밖 청소년 건강검진에서 제외되는데 이들의 특성을 반영한다면 만24세 이하 학교 밖 청소년에 대해서는 국가건강검진과 학교 밖 청소년 건강검진 중 선택이 가능하도록 할 필요가 있다.

또한 전체 위기청소년의 건강권 보장을 위한 필수적인 검사항목 및 관리항목, 검진주기에 대한 점검이 필요하다. 또한 의료비 지원 기간 및 지원 금액의 확대, 건강특화형 쉼터의 기능 보강 및 확대 등 위기청소년의 건강권 보장을 위해 구체화된 개선안도 필요하다. 보호자가 존재하지만 보호자로부터 실질적인 보호와 지원을 받을 수 없는 가출 청소년들에게는 아동복지시설 아동과 동일한 정책서비스를 제공할 필요가 있다. 정책대상의 특성을 반영하여 보다 구체적으로 지원 내용을 보완하고 정책이 위기청소년 모두에게 골고루 적용될 수 있도록 제도적 보완이 필요하다.

마지막으로 위기청소년들의 건강과 관련하여 법률에 규정된 사항에 대한 준수 여부를 파악할 필요가 있다. 특히 다양한 소년사범 관련 시설들은 엄격한 법과 규정에 의해 운영되지만 과연 법에서 요구한 규정들이 지켜지고 있는지에 대한 감사나 감사 결과에 대해 공표된 바가 없어서 규정이 준수되고 있는지 알 수 없고 간혹 위반 사항이 발견된다 하더라도 이에 대한 제재나 시정명령이 없다. 따라서 적어도 중앙정부 및 지자체의 재정이 투입되는 청소년 보호기관들에 대한 표준화된 기준이 개발되어야 하며 이에 따라 정기조사 실시 및 결과 공표, 권고사항에 따라 개선이 실행되고 있는지에 대한 모니터링이 필요하다.



제4장 국외 위기청소년 건강정책과 프로그램

- 1. 청소년 건강권 관련 국제협약 및 정책
- 2. 위기청소년의 건강권 보장을 위한 국외사례
- 3. 정책적 시사점

1. 청소년 건강권 관련 국제협약 및 정책

이 장에서는 위기청소년의 건강권 보장을 위한 다양한 국외의 법적·제도적 시도를 검토하고 이를 바탕으로 정책적 시사점을 도출하였다. 위기청소년의 건강권 보장을 위해서는 이들을 대상으로 하는 법·제도뿐만 아니라 전체 아동청소년을 대상으로 하는 보편적인 법제 안에서 위기청소년의 욕구와 필요를 어떻게 반영하고 있는지를 우선 검토할 필요가 있다.

1) 유엔 아동권리협약

1946년 WHO가 세계보건기구헌장 서문⁷¹⁾에서 건강권을 모든 인간의 기본적인 권리로 규정한 이후 ‘건강권’에 대한 사회적 논의와 합의는 다양한 방식으로 구체화되며 발전해 왔다. 1989년 유엔 총회에서 채택된⁷²⁾ 유엔 아동권리협약(Convention on the Rights of the Child: CRC)은 18세 미만 모든 아동의 모든 권리를 포괄하고 있다.⁷³⁾ 이에 더하여 지난 2016년 일반논평

70) 이 장은 협동연구기관인 한국보건사회연구원에서 집필한 세부보고서(청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ: 국내·외 위기청소년 관련 주요 법령 및 건강정책 분석) 내용 중 일부와 김양희 부연구위원(국민건강보험공단 건강보험연구원)의 집필 내용 중 일부가 포함되어 있다.

71) WHO(1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization.

72) 우리나라는 1991년 이 협약에 비준함으로써 조약당사국이 되었다.

73) 보건복지부 보도자료(2019.10.4). 유엔, 제5·6차 국가보고서에 대한 최종견해 전달. http://www.moh.w.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=

20호⁷⁴⁾에서는 청소년기를 정부가 인지하고 투자해야 할 특정한 생애단계라고 밝힘으로써 청소년 권리의 중요성을 재확인하였다.

청소년 건강과 관련하여 협약 내용을 좀더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 전문⁷⁵⁾에서는 아동의 건강권과 관련하여 “아동은 신체적, 정신적 미성숙으로 인하여 출생전후를 막론하고 적절한 법적 보호를 포함한 특별한 보호와 배려를 필요로 한다”고 명시하였다. 이는 부모 및 가정으로부터 이탈된 아동, 입양 아동, 의료적 치료가 필요한 아동 등 취약한 아동집단에 대한 특별한 정책적 고려와 개입의 중요성을 강조한 것이다(주영수, 박진, 변혜진, 정형준, 정소흥, 2018:13-28).

아동권리협약 제18조~제20조에서는 위기청소년을 비롯, 아동청소년 보호의 공적 책임과 의무를 명시하고 있다. 즉 국가가 아동의 양육과 발달에 일차적 책임을 지는 부모나 후견인에게 적절한 지원을 제공하고 아동 보호를 위한 기관·시설 및 편의의 개발을 보장해야 한다(제18조). 또한 신체적, 정신적 학대나 폭력, 유기 등으로부터 아동을 보호하기 위하여 사회계획을 수립하여야 하며(제19조) 가정에서 생활하는 것이 어려운 아동은 국가의 특별한 보호와 지원을 받을 권리가 있다(제20조).

아동의 건강권 보장을 명확하게 명시하는 조항은 제24조와 제25조이다. 제24조는 아동의 건강권을 “도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리”로 “건강관리자원 이용에 대한 아동의 권리가 박탈되지 않도록 노력” 하는 것이 국가의 의무임을 명시하였다. 또한 제24조 2항에서는 국가가 아동의 건강권 보장을 위해 사망률 감소, 적절

351080에서 2020년 8월 21일 인출.

74) 아동권리협약 일반논평 20호. 청소년 권리 관련 협약의 이행. 국가인권위원회 홈페이지..<https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentpage=4&menuid=00100300707&pagesize=10&boardtypeid=7065&boardid=7603390>에서 2020년 10월 20일 인출.

75) 아동의 권리에 관한 협약. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/trtyInfoP.do?mode=4&trtySeq=188&chrClsCd=010202&vSct=%EC%95%84%EB%8F%99%EA%B6%8C%EB%A6%AC>에서 2020년 8월 21일 인출.

표 IV-1 유엔 아동권리협약의 위기청소년 건강권 조항

구분	내용
제24조	1. 당사국은 도달가능한 최상의 건강수준을 향유하고 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리자원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다. 2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취하여야 한다. 가. 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치 나. 기초건강관리의 발전에 중점을 두면서 모든 아동에게 필요한 의료지원과 건강관리의 제공을 보장하는 조치 다. 환경오염의 위험과 손해를 감안하면서 기초건강관리 체계 안에서 무엇보다도 쉽게 이용 가능한 기술의 적용과 충분한 영양식 및 깨끗한 음료수의 제공 등을 통하여 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치 라. 산모를 위하여 출산 전후의 적절한 건강관리를 보장하는 조치 마. 모든 사회구성원 특히 부모와 아동은 아동의 건강과 영양, 모유·수유의 이익, 위생 및 환경정화 그리고 사고예방에 관한 기초 지식의 활용에 있어서 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 확보하는 조치 바. 예방적 건강관리, 부모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치
제25조	당사국은 신체적·정신적 건강의 관리, 보호 또는 치료의 목적으로 관계당국에 의하여 양육지정 조치된 아동이, 제공되는 치료 및 양육지정과 관련된 그밖의 모든 사정을 정기적으로 심사받을 권리를 가짐을 인정한다.
* 출처: 아동의 권리에 관한 협약. 국가법령정보센터 홈페이지. http://www.law.go.kr/tryInfoP.do?mode=4&trtySeq=188&chrClsCd=010202&vSct=%EC%95%84%EB%8F%99%EA%B6%8C%EB%A6%AC에서 2020년 8월 21일 인출. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.107. 재인용.	

한 의료 및 건강관리의 보장, 질병과 영양실조의 예방, 예방적 건강관리, 건강 관련 교육과 정보의 제공 등의 조치를 취해야 함을 명시하였다(표 IV-1). 제25조는 신체적·정신적 건강의 관리, 보호, 치료를 목적으로 양육지정 조치된 아동이 의료 서비스를 제공받을 권리가 있음을 명시하였다.

그 외에도 아동은 사회보장제도의 혜택을 받을 권리가 있으며(제26조), 발달에 적합한 수준의 영양·의복·주거 등 생활환경을 누릴 권리가 있으며 국가는 이를 지원할 의무가 있다(제27조). 또한 휴식과 여가에 대한 권리, 즉 연령에 적합한 놀이, 활동, 문화생활 및 예술에 참여할 권리(제31조), 마약이나 향정신성 물질의

표 IV-2 청소년건강권 보장을 위한 핵심방향과 과제

1. 청소년의 특정한 성/생식건강 상의 요구 반영
2. 아동청소년 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화
3. 아동청소년에 특정한 필수 의료서비스 확충
4. 아동청소년에 대한 의료서비스의 비차별성 강화
5. 의료서비스 정보 접근성 강화
6. 아동청소년에 대한 폭력 예방
7. 아동청소년 정신건강 증진
8. 아동청소년 의료 보장 사각지대 해소
9. 환경오염 및 기후변화에 의한 아동청소년 건강 피해 최소화
10. 의료서비스에 대한 물리적 접근성 강화

* 출처: 주영수 외(2018). 아동청소년 인권 모니터링-국민건강보험제도를 중심으로. p.87. 수정보완. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.112. 재인용.

불법적 사용이나 성적 착취 및 학대, 기타 해로운 모든 형태의 착취로부터 자유로울 권리(제33조~제36조)가 있다. 형법상 유죄로 인정받아 구금된 아동은 최단 기간의 체포, 억류, 구금을 적용받아야 하며 인도주의와 존엄성에 대한 존중에 따라, 그리고 연령을 고려하여 처우되어야 한다(37조). 이 역시 청소년들의 신체적·정신적 건강과 밀접한 관련이 있는 내용이라 할 수 있다.

이상과 같은 청소년 건강권 관련 아동권리협약의 기본적 원칙과 핵심요소들에 대해 주영수 등(2018)은 한국적 상황에서 검토를 하여 아동청소년의 건강권 보장을 위해 우선적으로 고려되어야 할 방향과 과제를 제시하였다. 그 내용은 <표 IV-2>와 같다.

2) 지속가능발전목표(SDGs)와 청소년 건강⁷⁶⁾

국제사회는 지난 2000년에 발표한 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs)에서 영유아 건강에 관심을 두었다. 그리고 오는 2030년까지 달성하기로 한 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)에서는

76) 이 절의 내용은 Lehtimäki & Schwalbe(2019)의 일부 내용을 기초로 보완한 것이다.

보편적 건강보장(Universal Health Coverage)으로 그 외연을 넓혔다. SDGs의 목표3 「모든 연령층을 위한 건강한 삶 보장과 웰빙 증진」의 세부목표인 3.8은 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)의 달성이다. 이는 ‘모든 사회에서, 어느 누구든지, 필요한 때에, 필요한 만큼의 건강서비스를 받을 수 있고 그러한 서비스에서 소외되지 않는 발전’을 목표로 한다는 내용이며 이 목표 달성을 위해서는 세계 인구의 16~18% 정도를 차지하고 있는 청소년 건강의 중요성을 배제할 수 없다. 이는 지난 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs) 시기에 5세 이하 영유아 사망률은 절반 가까이 감소한 반면 청소년 사망률은 변동이 없었다는 반성에서 비롯된 것이기도 하다.

청소년기에는 맞춤형 건강 및 교육 서비스, 발달단계에 맞는 건강증진과 보호, 성교육 등이 필요함에도 불구하고 과거 MDGs목표에서는 청소년 건강에 대해 충분한 관심과 투자가 충분히 이루어졌다고 보기는 어렵다. 이에 SDGs목표가 전통적 취약계층인 영유아를 넘어서 청소년기, 나아가 전 생애에 걸친 모든 이의 건강보장이라는 더 크고 확대된 목표로 전환된 것이다.

이런 맥락에서 청소년은 SDGs의 여러 목표 속에서 반복적으로 등장하며 그 중요성을 나타내고 있다. 청소년은 SDG 목표1 빈곤퇴치, 목표2 기아종식, 목표3 건강과 웰빙, 목표4 양질의 교육, 목표5 성 평등, 목표16 평화, 정의와 제도 등 여러 분야에서 언급될 정도로 중요한 정책대상이다. 국가차원에서 청소년 건강에 대한 투자는 미래세대의 생산성을 제고하여 경제발전을 견인하고 보건재정을 절약할 수 있게 한다. 또한 질병·빈곤·차별의 대물림이라는 악순환의 고리를 끊는 것이기도 하다.⁷⁷⁾ 이처럼 청소년 건강의 중요성은 기본적 인권의 관점에서, 현재

77) 청소년 건강이 현재, 미래, 차세대 건강에 미치는 중요성에 대한 사례를 여자 청소년 임신과 만성 질환에서 찾을 수 있다. 조혼, 가출 등의 결과로 나타나는 10대 임신은 모자건강 악화, 영아 사망 등의 결과를 가져올 위험이 높다. 또 청소년기에 익힌 담배, 알코올, 마약, 불균형한 식이습관, 신체활동 저하 같은 건강위험행동은 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 암, 심장병 등 성인기 만성 질환(Non Communicable Diseases, NCD)으로 인한 사망과 관련이 있다. 즉 청소년기 건강 행동 습관은 중·장년기 건강과 NCD 사망과 관련이 있는 것이다.

와 미래 그리고 다음세대까지의 건강을 위한 투자적 측면과 사회적 자본 강화 측면에서 강조되고 있다. 이러한 내용을 우리나라의 상황에 비추어 볼 때 건강을 비롯한 다양한 측면에서 불평등을 겪고 있는 위기청소년들에게 사회적 지원이 필요함을 시사한다.

지난 2018년 채택된 유엔 청소년전략(Youth 2030: The United Nations Youth Strategy)⁷⁸⁾에서는 SDG실행에 있어 청소년의 역할을 강조하고 청소년 전략 주요 영역의 두 번째로 보건 및 교육 서비스 접근성 강화를 들었다. 건강 영역 안에는 보건 서비스 및 건강한 환경에 대한 접근성, 청소년 친화적인 정신건강 서비스 지원, 성과 재생산을 위한 건강과 권리에 대한 지원 등의 내용이 포함되었다. 유엔이 2015년 발표한 ‘2016~2030 여성·아동청소년 건강을 위한 글로벌 전략’⁷⁹⁾ 역시 SDG 맥락 속에서 2030의제의 성공을 위해서 청소년 건강과 안녕 증진을 목표로 해야 한다고 밝혔다. 이를 위해 다양한 신체적 질병의 감소 및 정신적 건강 증진, 영양 공급, 건강보건 서비스의 강화, 적절하고 평등한 보건위생 환경의 제공과 같은 내용이 포함되어 있다.

3) 세계보건기구의 (위기)청소년 건강정책: WHO 아하!(AA-HA!)

국제기구의 청소년 건강정책에는 특별히 위기청소년 건강에 대한 언급이 별로 없는 편이다. 많은 개도국 청소년들이 처한 사회적, 가족적, 환경적 요인이 선진국 위기청소년의 상황과 별반 다르지 않기 때문이다. 이에 국제기구는 개도국 청소년의 전반적인 보건상황을 개선함으로써 위기청소년의 상황도 개선할 수 있다는

78) Youth 2030: working with and for young people. 유엔 홈페이지. https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2018/09/18-00080_UN-Youth-Strategy_Web.pdf에서 2020년 10월 20일 인출.

79) Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health 2016–2030. WHO 홈페이지. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>에서 2020년 10월 20일 인출.

입장인 것으로 보인다. 따라서 이 절에서는 세계보건기구 WHO가 어려운 형편에 처한 개도국 청소년의 건강을 위해 어떤 보건정책과 정책의제를 전달하려고 하는지에 중점을 두고 살펴보았다.

WHO는 2019년에 펴낸 ‘청소년건강을 위한 가속화한 행동(Accelerated Action for the Health of Adolescents, 약칭 AA-HA!) 보고서(WHO, 2019)에서 청소년을 둘러싼 구조적 환경을 바꾸고 건강을 증진하기 위해서는 국가차원의 보건정책과 전략이 필수적이라고 밝혔다.⁸⁰⁾ SDGs목표 달성을 위해서는 청소년의 건강이 절대적이라는 인식하에 정부가 해야 할 일로 3가지 핵심과제 - 서비스전달 체계 강화, 보건재정 강화, 거버넌스 강화를 선정했다(WHO, 2019). 3가지 핵심과제를 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째 서비스전달체계 강화에서는 청소년 건강서비스를 핵심으로 둔 보편적 건강보장(UHC, Universal Health Coverage) 달성과 포괄적인 국가보건시스템을 권장한다. 청소년들이 필요에 따라 보건서비스를 차별이나 낙인, 편견 없이 제공받을 수 있는 보건시스템을 구축하고 운영해야 한다. 청소년 건강 문제의 상당부분은 예방 가능한 것이므로 건강예방과 증진을 특히 강조한다. 또한 청소년 건강과 관련해서는 보건의료뿐 아니라 사회보호, 경제, 사회, 도로교통, 식수, 위생, 환경, 도시계획, 미디어와 통신 등 여러 분야가 협력한 범분야적 접근(multi-sectoral approaches)이 필요하다.

둘째 보건재정 강화에서는 청소년에게 무상 보건의료서비스 정책을 제공할 것을 권하고 있다. ‘청소년 건강에 1달러를 투자하면 10배의 건강, 사회·경제적 보상으로 돌아온다’⁸¹⁾는 연구결과와, ‘청소년에 대한 투자는 현재의 건강을 개선하고 생애 건강을 향상시킬 뿐 아니라 다음 세대의 건강에도 기여하여 3배의 이익

80) 이후의 내용은 WHO(2019)의 내용을 요약, 정리한 것을 기본으로 일부 보완한 것이다.

81) UNFPA(2017). Press Lease: The Lancet: Investing in adolescent health, education could bring tenfold economic benefit. <http://www.unfpa.org/press/lancet-investing-adolescent-health-education-could-bring-tenfold-economic-benefit>에서 2020년 5월 14일 인출.

을 가져다준다'⁸²⁾는 연구결과는 청소년 건강에 대한 투자가 당사자뿐 아니라 해당 사회와 국가 전체의 이익이라는 논리적 귀결을 가져온다. 이런 국가적 이익을 가져오는 청소년 건강 증진을 위해 국가보건재정이 할당되어야 함은 당연한 일이다. 최근의 동향은 국가보건전략 안에 청소년 보건정책을 포함시켜 실행하는 포괄적 프로그램이 권장되고 있으며 WHO 또한 청소년 보건의료서비스를 사회건강보험 같은 단일한 보건재정 내에서 제공할 것을 권장한다. 이는 빈곤으로 인해 필요한 보건의료서비스를 받지 못하는 청소년이 없도록 정책적으로 의무화하는 것이다. 다시 말해 위기청소년들이 보건의료서비스 이용 시점에 지불하는 본인부담금을 폐지하여 위기청소년들의 서비스 접근성을 향상시켜 건강불평등을 완화해야 한다.

셋째 거버넌스와 관련해서는 청소년의 참여를 통해 보편적 건강보장(UHC) 달성에 기여할 것을 권장한다. 각국 정부는 청소년 보건정책 개발, 실행, 모니터링에 이들을 참여시켜야 할 책임이 있다. 예를 들면 소셜 미디어와 IT기술을 이용해 보건의료서비스에 대한 청소년의 피드백을 받고 청소년이 보건의료정보를 찾고 이용할 수 있도록 해야 한다. 또한 보건부가 청소년 건강정책을 이끄는 주무부처가 되는 동시에, 여러 부처와 정부 주체들이 청소년 건강증진과 보호정책 수립 및 실행에 동참하는 다중이해관계자(multi-stakeholder)의 협력이 중요하다. 비정부기구, 비영리기구, 종교단체 등 청소년 건강증진에 힘쓰는 이해관계자들도 청소년 건강증진 정책 수립과 실행에 참여할 도덕적 책임을 갖고 위기청소년의 건강증진에 목소리를 내야 한다. <표 IV-3>은 WHO가 권한 청소년 건강정책을 위한 정부차원의 3가지 의제를 정리한 것이다.

82) UNFPA(2017). Press Lease: The Lancet: Investing in adolescent health now. www.thelancet.com/pb_assets/Lancets/stories/our_future/index.html에서 2020년 5월 14일 인출.

표 IV-3 WHO의 청소년 건강정책 권고

핵심과제	세부 내용
서비스 전달체계	청소년을 우선으로 한 UHC 급여 패키지 구성
	보건의료인력에 대한 교육 투자
	보건의료서비스 전달체계에 관한 법적 체계 실행
	양질의 청소년 인지적 보건의료서비스 개발 및 실행
	청소년 건강정보와 보건서비스의 묶음 제공으로 효율성 제고
	범분야적 접근과 참여 독려
보건재정	청소년 건강 투자에 대한 경제적 이익 인정
	청소년 보건의료서비스 본인부담금 영향 평가
	모든 청소년의 보건의료서비스 접근성 제고 및 건강보험 가입
	청소년 건강을 위한 정부 지출 및 투자 제고
	UHC 투자계획에 청소년 특화 포커스
	재정과 서비스 전달체계에서 취약·위기청소년 우선권 보장
거버넌스	국가 청소년 건강정책 기획·수립에 청소년 참여 보장
	국가데이터시스템과 조사를 이용한 청소년 보건의료서비스 모니터링
	청소년건강지표를 이용한 정기적인 보고
	증거기반 프로그램에 기초한 정책 기획 및 자원 할당
	연구 및 정책역량 강화

* 출처: Lehtimäki & Schwalbe(2019). Adolescent Health: The Missing Population in Universal Health Coverage. pp.26-27. 재구성.

2. 위기청소년의 건강권 보장을 위한 국외사례

이 절에서는 위기청소년의 건강권 보장을 위한 각 나라별 법률과 정책들을 살펴 보았다. 이 절에서 검토된 나라들은 유럽의 독일과 EU, 영국, 그리고 북미의 미국과 캐나다 등이다.

1) 독일

독일은 생애주기적 관점에서 위기청소년을 지원하는 통합적인 건강서비스 전달 체계를 표방하고 청소년청을 중심으로 공공 영역과 민간 기관이 협업을 통해 전문적인 건강서비스를 제공하고 있다.

(1) 아동청소년지원법

독일에는 아동청소년복지에 대한 기본법으로 위기청소년의 보호 내용을 다루고 있는 아동청소년지원법이 제정되어 있다. 이 법 제7조에 따르면 아동청소년의 법적 연령은 <표 IV-4>와 같다(우정자, 김문섭, 최종혁, 이해경, 2003:196). 즉 0세에서 27세까지를 정책 대상으로 하여 아동청소년 및 청년을 포괄하는 생애주기적인 접근을 하고 있다(정은진, 김기현, 2018:122 재인용). 이를 바탕으로 독일에서는 아동과 청소년에게 복지 정책과 서비스를 분절 없이 제공할 수 있는 법적 근거를 마련하였다(김영미, 2018:61-62).

이 법에서는 아동 및 청소년에 관한 국가의 역할과 권한을 명확히 규정하고 특히 아동청소년에 대한 보호 필요성을 전제로 아동위원회, 아동협약, 청소년보

표 IV-4 독일의 아동청소년지원법

제7조: 아동청소년의 법적 연령

- ① 아동(Kind)이라 함은 14세 미만인 자를 말한다.
- ② 청소년(Jugend)라 함은 14세 이상 18세 미만인 자를 말한다.
- ③ 젊은 성인(Junger Volljaehriger)은 18세 이상 27세 미만을 말한다.
- ④ 젊은이(Junger Mensch)라 함은 27세 미만인 자를 의미한다.
- ⑤ 보호권자(Personensorgeberichtiger)란 개인 또는 민법규정에 따른 다른 사람과 함께 한 개인에 대한 보호권을 갖는 자를 의미한다.
- ⑥ 양육권자(Erziehungsberichtiger)란 보호권자 그리고 18세 이상의 기타 자로서 보호권자와의 합의를 통해 일시적이지 않는 또는 보호권자 과제의 일부를 담당하는 자를 의미한다.

* 출처: 우정자 외(2003). 선진 각국의 청소년 보호체계 사례조사. pp.196-197. 재구성. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.121. 재인용.

호, 청소년사업 및 청소년복지사업을 구분하고 있다(김영미, 2018). 학대, 방임, 자살위험, 가출, 중독 등의 위기상황에 처한 청소년은 국가에서 지정한 사람이나 시설·기관의 일시보호를 받을 수 있으며 보호기간 동안 필요한 생계와 의료보호를 보장받는다(우정자 외, 2003:196). 한편 아동청소년지원법은 2017년 아동청소년지원강화법으로 개정됨으로써 아동청소년보호와 지원에 대한 국가적 책임이 강화되었다(장주리, 2017:106-107). 특히 보호대상 아동청소년들이 겪을 수 있는 분리경험으로 인한 우울·불안 등의 정신건강 문제를 최소화하고자 위탁가정 지원 및 친부모지원 업무를 강화시키고 법원이 위탁가정에서의 장기체류 여부를 결정할 수 있도록 하였다(장주리, 2017:110).

(2) 청소년청

독일은 지방 정부에 청소년청을 두어 독립적인 청소년정책 전달체계를 구축하였다. 독일의 「사회법전」 제8권에서는 청소년사업 관할 및 감독에 대한 법적 권한을 청소년청에 부여하고 있으며 아동청소년 복지는 맞춤형 체계 기반으로 운영되고 있다(김영미, 2018:46).

(3) 민간 기관: 오프로드키즈 재단(Off Road Kids Foundation)

독일의 아동청소년복지는 원칙적으로 청소년청에 의해 실현되지만 민간 기관의 개입 역시 허용하고 지원한다(김영미, 2018:47). 즉 아동청소년정책의 전달체계는 이원적 체계, 즉 공적 영역과 민간 영역으로 이루어진다(최순중, 2015:13). 청소년청은 공적담당자로서 협력체계인 민간 복지기관을 지원함에 있어 표준적인 급여와 보수기준을 설정하여 수급자에게 선택의 자유를 보장하는 한편 서비스의 질과 효율성이 확보되도록 하고 제도 운영의 최종적인 책임을 지며 특히 위기 아동청소년에 대해서는 적극적인 지원의 의무를 가진다(김영미, 2018:47-48).

가출·노숙 청소년에게 직접 서비스를 제공하는 대표적인 민간기관의 예는 오프로드키즈 재단(Off Road Kids Foundation)을 들 수 있다. 이 재단은 지원이

필요한 가출 및 거리 청소년들을 대상으로 상담·보건·교육·보호 등의 서비스를 지원하고 있다(김희진 외, 2018:119-124). 그 중 건강과 관련된 사업으로는 “STREETWORK+” 프로그램이 있다. 이 프로그램을 통해 거리 청소년들에게 각종 질병과 전염병, 영양 섭취, 신체 및 치위생 문제, 임신 등과 관련된 건강 및 자기보호에 대한 교육을 포함하여 다양한 보건서비스를 제공한다(김희진 외, 2018:119-124). 필요시 의사가 동행하는 경우도 있지만 본 프로그램의 종사자들이 연계기관인 건강증진의료협회(Medical Society for Health Promotion)의 전문 의료진으로부터 교육과 훈련에 대한 지속적인 지원을 받는다.⁸³⁾

2) 유럽연합(EU)

유럽연합은 유럽위원회를 중심으로 보건전략을 제시하고 회원국의 준수를 권고하는 방식으로 공공보건 분야를 이끌어 나가고 있다. 유럽연합은 2000년 이래 지금까지 총 3차례에 걸쳐 5개년 보건전략과 보건재정계획을 발표했다. 1차(2003~2007), 2차(2008~2013), 3차(2014~2020) 계획이 그것이다. EU는 2020년 현재 제3차 보건전략에 따라 공통의 공공보건전략과 정책을 추구하고 있으며 3차 보건재정 규모는 약 4억4,940만 유로에 이른다.⁸⁴⁾

청소년건강과 관련해 EU 회원국의 가장 큰 관심은 자살 예방과 정신건강 증진, 음주 및 흡연 예방, 비만 등이다(ICF Consulting Service, 2018; EU, 2018). 이 절에서는 그 중 음주 예방과 정신건강 및 자살 예방 관련 정책들을 살펴보았다.

83) STREETWORK+ 홈페이지. https://offroadkids.de/fileadmin/ork/PDFs/Flyer_STREETWORK_plus_2020_web.pdf에서 2020년 8월 12일 인출.

84) European Committee(2012). The Third Health Programme 2014-2020: Funding Health Initiatives. http://ec.europa.eu/health/funding/programme_en.에서 2020년 5월 2일 인출.

(1) 음주 예방⁸⁵⁾

청소년 과도한 음주와 폭음(heavy episodic drinking 또는 binge drinking)

표 IV-5 EU의 청소년 음주 및 폭음 예방을 위한 액션플랜(2014~2016)

액션플랜	목표
액션1 폭음 감소	- 소비자들이 정보를 충분히 인지한 상태에서 구매할 수 있도록 음주 관련 건강정보 확대 - 관련 서비스와 하위 그룹 대상 폭음에 따른 건강 및 사회적 피해에 대해 지식 확산 - 청소년 대상 음주에 따른 건강 및 사회적 피해에 대해 지식 확산 - 폭음을 조장하는 환경, 음주관행, 판매 최소화를 위한 입법 조치 강화 - 폭음 감소를 위한 재정 및 가격정책 실행 및 지원 - 모든 관련 하위 그룹과 환경에서 스크리닝 실시, 조기 발견, 간단한 개입의 홍보 및 보장
액션2 청소년의 주류 구매 및 접근 감소	- 주류 구매 연령 점검 강화 - 국가규제를 준수하는 범분야 접근 지원
액션3 청소년의 알코올 마케팅과 광고 노출 감소	- 오디오·비디오 매체에서 모든 마케팅과 광고가 입법안을 준수하는지 여부를 감독 - 인터넷을 포함한 매체에서 청소년 대상 알코올 마케팅 노출 제한
액션4 임신 중 음주로 인한 피해 감소	- 임신이나 수유 중 음주 위험에 대한 정보 및 인식 개선 활동 - 사회복지사, 학교, 의료인 대상 알코올 관련 신생아 피해와 발달지체 등에 대한 지식 확산 - 위기 아동 및 청소년, 가족 대상 상담과 적절한 케어 제공
액션5 청소년을 위한 건강하고 안전한 환경 확보	- 청소년 대상 알코올 프리 활동과 환경 홍보 - 음주관련 문제 가정과 아동 대상 지원 제공 - 음주 교통사고 감소 - 알코올 중독 가정 아동청소년 및 당사자 등을 위한 적절한 치료와 돌봄, 상담 제공
액션6 모니터링 지원과 연구 확대	- 정책입안 단계에서 활용할 수 있는 음주 관련 데이터 확보 - 유럽연합 수준에서 연구되어야 할 주제에 대한 EU 연구 재정 요구 - 액션플랜 모니터링

* 출처: the Committee on National Alcohol Policy and Action(2014). Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking: 2014-2016. pp.15-31. 재구성.

85) 이 절의 내용은 the Committee on National Alcohol Policy and Action(2014)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

은 EU 차원에서 중요하게 다뤄지는 보건문제 중 하나이다. 음주는 대개 청소년기에 시작되어 중독으로 진행되는데 이 과정에서 음주로 인한 만성 질환이 시작되거나 중증화로 진행되어 국가차원의 보건의료비용 지출을 증가시킨다.

이에 국가 음주 정책 및 실행 위원회(the Committee on National Alcohol Policy and Action, CNAPA)는 국가차원의 음주방지전략과 액션플랜을 개발했다(the Committee on National Alcohol Policy and Action, 2014). CNAPA에서 청소년 음주와 관련해 발표한 6개 분야 액션플랜은 1)폭음 감소, 2)청소년의 주류 구매 및 접근 감소, 3)청소년의 알코올 마케팅과 광고 노출 감소, 4)임신 중 음주로 인한 피해 감소, 5)청소년을 위한 건강하고 안전한 환경 확보, 6)모니터링 지원과 리서치 확대이다. 이러한 액션플랜의 세부목표를 정리하면 <표 IV-5>와 같다.

(2) 정신건강과 자살 예방⁸⁶⁾

EU는 ‘유럽 정신건강 및 웰빙에 관한 공동행동(European Joint Action on

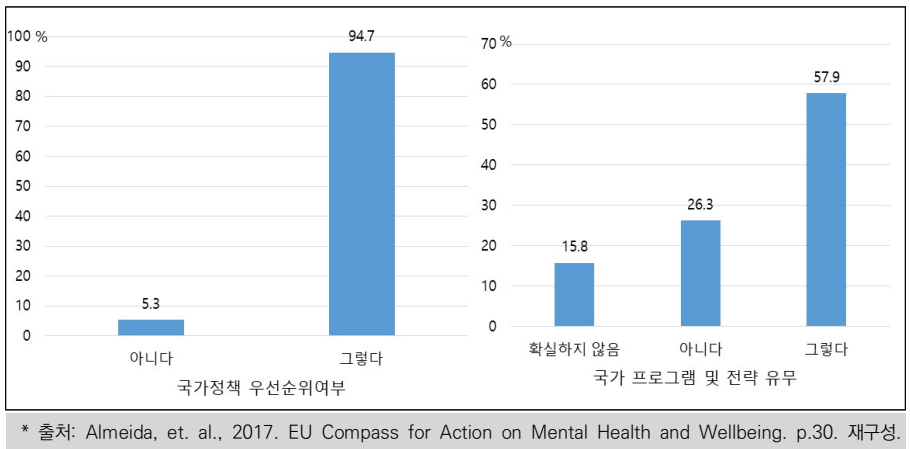


그림 IV-1 EU의 아동청소년을 위한 학교와 정신건강 정책 현황

86) 이 절의 내용은 Almeida, et. al.(2017)의 내용을 요약, 보완한 것이다.

Mental Health and Wellbeing)’을 발표하고 회원국들에게 이의 준수와 달성을 촉구하고 있다. 이의 일환으로 출범한 EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing이 매년 연례보고서를 발간한다. EU Compass는 지난 2016년 직장 정신건강, 학교와 정신건강, 자살 예방의 3가지 프레임워크를 제시하고 권고안을 제시한 바 있다. EU 회원국의 청소년 정신건강에 대한 관심과 정책 우선순위는 매우 높은 편이다. EU 회원국 94.7%가 아동청소년을 위한 학교 정신건강을 우선순위로 놓고 있으며 회원국의 58%가 학교 정신건강정책에 대한 국가계획이나 프로그램을 실시하고 있다(Almeida, et. al., 2017)(그림 IV-1).

① EU의 청소년 정신건강 증진 권고

청소년 정신건강 증진을 위한 권고는 1)아동과 청소년의 정신건강과 웰빙에 대한 연구 및 정보역량 강화, 2)정신건강 증진과 정신장애 예방을 위한 학교환경 조성, 3)모든 교직원에 대한 정신건강 교육 및 역량강화, 4)아동청소년 정신건강 관련 학교-지역 관계자 간 연계 등이다. EU는 2017년 청소년 정신건강 증진을 위해 아래와 같이 새로운 제안을 했다.

- 아동·청소년의 정신건강 장애 및 문제의 조기발견을 위한 검사도구 분석 및 매핑(mapping)
- 웹기반 기술(e-mental health)을 이용한 정보 증진과 예방서비스 접근성 향상
- 아동·청소년의 정신건강과 개입 증거에 대한 역학적 프레임워크 구축을 위한 정보 기반 확립
- 학교 중퇴 및 자퇴를 막기 위한 증거기반 개입 실시
- 청소년과 부모의 이익이 최우선되는 프로그램 개발을 위한 청소년과 부모의 조언과 참여
- 사회기관, 소년법원, 청소년단체 등 타 기관 대표들의 참여 및 교직원 대상

교육 강화

- 지역사회 기반의 양육자 및 가족 구성원 대상 교육 실시
- 분야별로 아동청소년 정신건강 전담 인력 배치 및 재정 할당
- 학교 기반 정신건강 개입의 효과성 평가

② 자살 예방

자살율을 낮추기 위해 EU 회원국들은 자살 예방을 공공보건 의제 최우선순위에 두고 있다. EU 회원국의 85%는 자살예방정책이 국가 보건 분야에서 우선순위에 놓여 있다고 응답했으며 그렇지 않다고 답한 국가는 15%에 불과했다(Almeida, et. al., 2017:35). EU 회원국이자 역사적으로 자살율과 우울증 발병율이 높은 핀란드는 특히 청소년 자살예방 및 정신건강을 위한 효과적인 정책들을 펼치고 있어 이를 간단히 살펴보았다.

○ 병역 면제자 및 조기 제대자를 위한 자살 예방 프로그램⁸⁷⁾

핀란드는 우리나라와 마찬가지로 남자들은 국방의 의무를 지니고 있으나 징병 대상자의 약 25%가 다양한 이유로 면제가 되며 면제자의 약 절반 정도가 정신건강 문제에 기반하고 있다(OECD, 2019). 이에 2004년부터 100여 개 지자체에서 15~29세 위기청소년 및 성인대상 자살예방프로그램인 ‘타임아웃! 백온 트랙 (Time Out! Back on Track) 이니셔티브’를 실시하였는데 정신건강 문제로 인한 조기제대자나 군 면제자도 그 대상에 포함된다. 핀란드 국방부, 경제고용부, 교육부 등 3개 부처와 각 지자체가 협력모형을 구축하여 지자체 내 사회·건강 서비스 전문가나 아웃리치 청소년 지도사에게 개입을 위한 특별 훈련을 제공한다. 여기서 서비스 제공 주체는 국방부와 시민서비스센터(Civil Service Center)이며 재정지원은 건강사회복지부가 담당한다.⁸⁸⁾ 2018년에는 923명의 청소년이 타임아웃 서

87) 이 절의 내용은 EU(2018)의 내용을 요약, 보완한 것이다.

88) 핀란드 건강복지연구소 홈페이지. Finnish Institute for Health and Welfare. <http://thl.fi/en/web/research-and-expertwork/project-and-programmes/time-out-getting-life-back-on-track>에서 2020년 5월 12일 인출.

비스에 의뢰되었는데 이는 2011년 263명에서 크게 증가한 수치이다(OECD, 2019). 일 년 동안의 추후조사 결과에서는 서비스를 받은 이들의 심리적 어려움이 서비스를 받지 않은 이들에 비해 크게 감소된 것으로 나타났다(OECD, 2019).

○ 교육 및 근로 현장에서의 정신건강 서비스⁸⁹⁾

핀란드는 지역별 교육 및 노동 현장에서의 정신건강 서비스를 실시함으로써 청소년들의 정신건강 증진에 노력하고 있다. 교육현장의 예를 보면 초중등학교에서 Mental Health Power라는 필수 프로그램을 통해 교사와 학생들의 정신건강 소양을 개발하고자 노력한다. 지역 교육현장에서는 가족 및 사회적 지원과 떨어져 독립생활을 시작하면서 학문적, 사회적, 재정적 압박에 힘들어 하는 대학 신입생들을 위한 적응 프로그램을 개발, 수행하기도 한다. 영국 등의 해외사례 등을 바탕으로 전교생을 대상으로 정신건강 문제 및 안녕에 대한 인식 제고, 학내에서 리더 역할을 담당하는 학생 및 교직원을 대상으로 다른 사람들의 정신건강 문제를 발견하고 관련 기관에 적절하게 의뢰하는 능력 훈련, 교육현장에 정신건강 관련 상담전문가, 정신과 의사 및 의료인 등을 고용하는 등의 정책도 도입하였다. 이와 더불어 호주 및 캐나다, 영국의 사례를 바탕으로 학교 안팎에서 대면 상담은 물론 온라인 상담, 포레상담 등 상담 서비스의 다원화를 시도하고 있다. 이러한 서비스는 문제 인식, 예방, 재발방지 등 여러 단계에 걸쳐 개입이 가능해야 한다. 정신건강은 건강행동과도 밀접한 관련이 있는 바, 학생들에게 수면·영양·신체활동·스트레스 관리 및 대응 전략 등에 대한 조언을 하고 그 내용이 실생활에서 실천될 수 있도록 대학당국에 대학도서관 야간시간 개관 폐지, 자판기에서 건강음식 판매, 저렴한 비용으로 학내 신체 활동 및 운동 기회 제공 등을 권고하였다. 또한 이를 실천한 고등교육기관에 대한 적절한 보상도 계획하고 있다.

정신건강에 문제가 있는 청소년들은 근로의 기회를 얻기 쉽지 않고 그 기회가 주어졌다 하더라도 자신의 역량을 충분히 발휘하기도 어렵다. 이에 핀란드에서는

89) 이 절의 내용은 OECD(2019)의 내용을 요약, 보완한 것이다.

2015년 다분야연계서비스시행령(2015 Act on Multi-Sectoral Joint Service)을 발표하였다. 이를 통해 노동력서비스센터(the Labour Force Centres, LAFOS), 공공고용서비스(The Public Employment Service, PES), 사회보험원(KELA)의 사례관리사들은 지역 건강 서비스 간의 연계를 바탕으로 건강지원이 필요한 청년구직자(18~34세)에게 지자체가 제공하는 기본 건강 서비스를 제공할 수 있도록 하였다.⁹⁰⁾

3) 영국

(1) 건강정책 내의 청소년정책

영국의 국민건강보험(National Health Services, NHS)은 2019년에 NHS 장기계획(NHS Long Term Plan)과 국민정신건강증진 5개년 계획(NHS Mental Health Implementation Plan 2020-2024)을 발표했다. 영국 정부에 따르면 사회경제적 불평등으로 인한 입원의 사회경제적 비용이 한 해에 48억 파운드에 이를 것으로 추정돼 예방활동에 주력해야 할 필요성이 대두되었다(NHS, 2019a:33).⁹¹⁾ 이에 증가일로에 있는 보건의료비용을 절감하고 보건의료분야의 취약점을 개선함으로써 국민 건강을 증진하기 위한 국가 차원의 장기 보건의료계획을 수립하였다(NHS, 2019a:6-10). 정신건강 5개년 계획 역시 정신건강 문제에 선제적으로 대처함으로써 의료 및 사회적 비용을 줄이기 위한 목적에서 설계됐다(NHS, 2019b:3).

장기계획⁹²⁾은 5개년 계획에서 시작한 새로운 모델이 모든 서비스 전달체계에서 원활하게 작동되도록 하고 디지털 정신건강 서비스 모델의 일선 클리닉 적용과

90) 이러한 정책은 일명 SOTE로 불리는 사회 및 건강서비스 개편과 연관이 있다. 핀란드는 세금 재원의 건강 및 사회 서비스 제공에 있어서 개인 간 불평등성을 최소화하고 서비스의 효율성을 높이고자 서비스 개편을 실시하였다.

91) NHS 장기계획은 입원화로 인한 보건의료비용 감소라는 목적 외에 계층 간 건강불평등이 심화되고 있는 상황에서 계층 간 건강불평등 격차를 줄이기 위한 국가차원의 적극적인 개입이라는 의미도 있다.

92) NHS 장기계획의 내용은 NHS(2019a)의 내용을 요약, 보완한 것이다.

디지털 정신건강 데이터 구축을 목표로 한다. 영국 NHS의 정신건강 실행계획은 이민자를 포함한 전 연령대의 모든 국민을 대상으로 한 것으로 위기청소년, 노숙 청소년, 학교 밖 청소년 서비스가 모두 포함돼 있는 종합적인 정신건강 지원방안이다. 특히 25세 이하 영유아·아동·청소년 정신건강의 중요성을 감안한 새로운 지원과 서비스가 대폭 포함돼 있다. 아울러 14세 이상 청소년을 대상으로 정신건강을 포함한 건강검진을 강화하고 이중 75%에게 매년 건강검진을 받도록 하였다. 이 절에서는 위기청소년 지원이 포함된 분야인 10대 임신, 정신건강, 질병치료지원에 대한 영국 정부의 지원계획을 소개하였다.

① 10대 임신 예방 및 청소년 부모 지원⁹³⁾

영국 정부는 만18세 이하 청소년의 피임률 향상과 10대 임신 예방을 위해 전략적 틀을 개발하고 이것에 따라 지자체 차원에서 10대 피임률 향상과 임신 예방 활동을 지원하고 있다. 영국 정부의 10대 임신에 대한 입장은 크게 임신 예방과 청소년 부모 지원으로 구분할 수 있다. 이중 우선순위는 10대 임신 예방에 두고, 이미 출산한 청소년의 경우 임신부와 배우자를 지원하는 정책을 병행한다.

영국 공공보건청(Public Health England)은 10대 임신 예방을 위해서는 다면적 접근이 필요하며 지역사회 차원의 지원과 협조가 필요하다는 인식하에 10대 임신 예방을 위한 10가지 핵심요인⁹⁴⁾을 <표 IV-6>과 같이 제시하였다(Public Health England, 2019). 공공보건청은 또한 이 핵심요인들은 지자체가 활용할 수 있도록 하며 지역사회의 효과적인 참여를 지원하기 위해 10가지 핵심요인을 근거로 자기평가 체크리스트도 개발하였다. 자체평가 결과를 바탕으로 대상자 맞춤형 접근을 실시할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 이 요인들 가운데 위기청소년

93) 이 절의 내용은 NHS(2019a)의 3장 Further Progress on Care Quality and Outcomes(pp.44-77) 중 모성과 신생아 서비스에 대한 내용을 요약, 보완한 것이다.

94) 이하 10가지 핵심요인 관련 내용은 Public Health England(2019)의 일부 내용(pp.24-45)을 요약, 정리한 것이다.

표 IV-6 10대 임신 예방을 위한 10가지 핵심요인

번호	효과적인 전략을 위한 10가지 핵심 요인
1	전략적 리더십과 책무성
2	진전도 측정 및 전략 이행에 데이터 활용 강화
3	관계 및 성교육(RSE) 확대 실시
4	부모를 통한 RSE 지원
5	청소년 친화적 피임/성 건강 서비스와 피임도구 제공
6	위기청소년 대상 맞춤형 예방
7	전문가 및 비전문가를 통한 성교육
8	청소년센터, 아웃리치 등을 통한 피임 교육과 환경 제공
9	청소년, 부모, 의사 대상으로 지속적 메시지 전달
10	청소년 부모 지원

* 출처: Public Health England (2019). A framework for supporting teenage mothers and young fathers. pp.24-25의 내용을 재구성.

년들과 특히 관련성이 높은 몇 가지 요인에 대해 구체적으로 살펴보았다.

○ 전략적 리더십과 책무성

전략적 리더십과 책무성은 18세 이하 청소년 피임을 향상의 핵심요인으로 꼽힌다. 즉 지방정부는 거버넌스를 조정하고 고위급 위원회를 설치하며 고위 공무원이나 선출직 공무원에게 가시적 리더십을 부여하여 지역차원의 전략을 적극적으로 실행할 수 있는 권한과 책임감을 갖도록 해야 한다. 또한 10대 임신을 중요 이슈로 부각시킬 뿐 아니라 협력기관에 책임을 부여하고 권한을 위임하며 모니터링을 실시하여 공통된 노력을 할 수 있도록 한다. 협력기관과 정기적으로 데이터와 실적을 점검하고 전반적인 진행상황을 고위급 위원회에 정기적으로 보고하는 등의 활동을 통해 지자체와 협력기관이 리더십과 책무성을 갖도록 한다.

○ 관계 및 성교육(Relationship and Sex Education, RSE) 확대 실시

영국 정부는 2020년 9월부터 모든 초등학교에서는 관계 교육을, 중등학교에서

는 RSE를 실시하도록 법률로 규정하였다. 여기에서 의미하는 학교는 공립학교 뿐 아니라 사립학교 및 대안학교, 종교기관의 학교를 모두 포함한다.

영국 공공보건청이 제시한 RSE는 기존의 성교육을 관계 일반으로 확대해 건전하고 건강한 관계를 맺고 유지해 나갈 수 있도록 교육한다. 초등학교에서 집단 괴롭힘 등을 포함한 관계교육을 실시하고 중고등학교에서 이성 관계를 포함한 RSE로 확대해 나가는 동시에 아동성착취(CSE), 아동성학대(CSA), 정신건강 같은 주제에 대해서도 정보와 가치, 기술을 제공하는 방식이다. RSE는 신체장애, 학습장애, 위기 아동청소년을 포함, 모든 아동청소년의 연령에 맞게 구성되어 일반학교 및 특수학교, 대안학교 등에 보급된다.

○ 청소년 친화적 피임/성 건강 서비스와 피임도구 제공

청소년 건강이나 안전, 안녕 등이 위기에 처했을 때를 제외하고 보건소, 병의원에서는 청소년에게 성 건강 상담이나 서비스를 제공할 때 반드시 비밀을 유지해야 한다. 또한 의료기관에서는 WHO의 '유어웰컴(You're Welcome)' 표준에 따라 청소년 친화적인 건강서비스를 제공해야 한다. 유어웰컴 표준은 다음과 같은 7가지 내용, 즉 1)청소년 돌봄 및 관련 서비스 설계·제공·평가에 청소년을 참여시키기, 2)보안성 설명하고 동의 구하기, 3)청소년 환대하기, 4)양질의 건강 서비스 제공하기, 5)종사자들에게 훈련을 통한 기술 향상시키기, 6)다른 서비스와 연결하기, 7)청소년의 변화되는 요구를 지원하기를 포함한다.

○ 위기청소년 대상 맞춤형 예방

위기청소년에게는 추가적으로 맞춤형 예방 조치가 적용된다. 데이터 분석에 따르면 청소년 임신 위험이 높은 지역은 맞춤형 개입이 필요한 곳으로 대개 취약·저소득층 거주 지역이다. 아웃리치 서비스는 성 건강 서비스에 접근할 수 없거나 하지 못하는 위기청소년들에게 반드시 필요하다. 위기청소년을 위한 맞춤형 예방 조치로는 다음과 같은 사항이 포함된다.

- 조기임신 위험 청소년에 대한 조기지원 및 개입
- 맞춤형 개입을 위한 지역 정보에 대한 정기적 검토
- 서비스 접근성이 낮은 청소년의 어려움과 요구 파악을 위한 청소년 상담
- 서비스 접근성이 낮은 청소년에게 맞춤형 개입이 가능한 기관 발굴
- 청소년 친화적인 비의료기관에서 성 건강 및 관계 관련 지원서비스 제공
- 위기청소년에게 서비스를 제공하는 실무자 대상 교재 발간
- 위기청소년의 서비스 이용도와 영향평가를 위한 모니터링 및 지표 개발

○ 청소년쉼터, 아웃리치 등을 통한 피임 교육과 환경 제공

병의원이 아닌 환경, 예를 들어 청소년쉼터, 약물·음주 지원센터 등의 아웃리치 활동에서 성상담이나 피임 상담을 제공하는 것은 상담을 보다 쉽게 만들고 잠재적인 접근장벽을 제거할 수 있다. 특히 의료서비스에 대한 접근성이 낮은 청소년들의 임신 예방을 효과적으로 지원하고 맞춤형 개입을 가능케 한다. 피임 상담과 서비스 제공은 성교육, 피임도구 지급, 성 건강 토론, 병원진료의뢰(referral) 서비스를 모두 포함한다.

○ 청소년 부모 지원

영국 정부는 청소년 임신 예방과 더불어 이미 부모가 된 청소년을 지원하는 정책도 강화했다. 영국 공공보건청은 10대 임신, 출산, 양육으로 인한 보건, 교육, 노동 및 기타 사회문제 해결을 위해 건강 지원, 사회 복귀와 양육 지원 등 여러 정책을 제시했다. 이중 위기청소년과 관련이 있는 프로그램 3가지⁹⁵⁾를 소개하면 다음과 같다.

- 가족 간호 파트너십(Family Nurse Partnership, FNP)

FNP는 부모가 된 복지대상 청소년 가정에 가족 간호사(family nurse)를 배정, 가정을 방문하도록 하는 것이다. 영국 보건부는 지난 2015년에 FNP 영향평가를

95) 이하 청소년 부모 지원 프로그램 3가지에 대한 내용은 Public Health England(2019)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

실시하여 아동발달, 안전, 산모의 자기효능감 등에서 긍정적인 결과를 도출하였다. 가족 간호사는 청소년 부부들과 우호적 관계를 맺었으며 가정방문 시 환영을 받았다. 이에 영국 보건당국은 FNP 사업영역에 금연, 가정폭력예방 등을 추가하기로 했다.

- 슈어 스타트 플러스 개인 상담사(Sure Start Plus personal adviser)

영국 정부는 10대 임신 예방 정책의 하나로 영국 35개 지역에서 슈어 스타트 플러스(Sure Start Plus) 프로그램을 시범 실시했다. 슈어 스타트 플러스에 참여한 10대 임신부는 모두 일대일 개인 상담사와 연계되어 출산 전부터 일대일 지원, 맞춤형 전문의 지원 등 물적 지원과 심리적 지지를 제공받는다.

- 10대 아버지 지원

영국 정부는 10대 임신·출산·양육에 아버지의 지원과 영향이 대단히 긍정적 영향을 미친다고 보고 10대 아버지들을 위한 적극적인 지원을 펼치고 있다. 많은 경우 10대에 부모가 된 남자 청소년은 불안, 우울증 같은 정신건강 문제, 음주, 흡연, 약물 남용, 저학력, 가정폭력, 질병 또는 영양결핍, 가정폭력 등 취약한 상태에 있을 확률이 높다. 많은 10대 아버지들이 부모들과 함께 살고 있지 않고, 모성 대상 서비스에서 제외되었다. 정부는 지자체 차원에서 10대 아버지 전담직원을 두고 지원 서비스를 실시하고 10대 아버지가 접근할 수 있는 정보 및 자원 등을 전달하고 산전산후검사 및 관련 서비스에 10대 아버지를 참여시키도록 권하고 있다. 수감 중인 10대 아버지의 경우 아내와 자녀를 정기적으로 만날 수 있도록 교도시설 등과 협의하여 수감으로 인해 관계가 단절되지 않도록 지원한다.

② 청소년 정신건강정책⁹⁶⁾

NHS는 아동과 청소년을 대상으로 증거기반 정신건강 치료를 제공하겠다고 밝

96) 이 절의 내용은 NHS(2019a)의 3장 Further Progress on Care Quality and Outcomes(pp.44-77) 중 아동청소년의 정신건강 서비스에 대한 내용을 요약, 보완한 것이다.

했다. 청소년 정신건강 서비스 정책은 다음과 같다.

○ 청소년 정신건강 실행계획⁹⁷⁾

2019/20년에서 2013/14년까지의 5개년 정신건강 실행계획에는 청소년 정신건강 영역이 포함되어 있다. 매년 추가적인 7만 명의 18세 이하 아동·청소년에게 국민건강보험(NHS) 기금으로 정신건강 치료를 제공하고 95%의 식이장애 아동·청소년에게 적절한 시기의 치료를 제공한다는 내용이다. 특히 치료시기와 관련하여 식이장애를 겪고 있는 아동 및 청소년 95%에게 긴급한 경우 1주일 이내, 그렇지 않은 경우 한 달 이내에 정신건강 서비스를 제공하기로 했다(NHS, 2019b).⁹⁸⁾ 또한 청소년에 대한 위기 평가 및 즉시 응대, 집중적인 가정 치료 기능 제공물을 점차 향상시켜 2023/24년에는 100%까지 끌어올릴 계획을 수립하였다. 이는 전체 청소년을 대상으로 한 정책이지만 위기청소년은 특히 정신건강에 취약하므로 관련 내용에 주목할 필요가 있다. 보다 자세한 사항은 <표 IV-7>에 제시하였다.

○ 주거취약(rough sleeping) 청소년을 위한 정신건강 서비스⁹⁹⁾

영국 정부는 지난 2018년에 혁신적인 주거취약계층 주거지원계획을 발표했는데 여기에는 주거취약 청소년에 대한 정신건강 지원서비스도 포함되어 있다. 이 정책은 노숙인 감소법(Homelessness Reduction Act)을 근거로 하여 지방정부의 주거취약계층 지원방식을 근본적으로 변경하고 예방에 대한 책임을 지도록 한다. 최근 20대 초반의 주거취약자 비율이 증가함에 따라 이 법에 근거한 지원대상자에는 성인 주거취약자 뿐 아니라 교도소에서 출소한 청소년, 노숙 청소년

97) 이 절의 내용은 NHS(2019b)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

98) 영국은 한국과 달리 보험료가 아닌 세금을 기반으로 건강보험제도를 운영한다. 본인부담금이 없는 무상서비스를 원칙으로 하지만 이용자가 많아 대기시간이 긴 것이 특징이자 단점이다. 청소년 정신건강 서비스를 응급한 경우 1주일 이내, 그 외 경우 한 달 이내로 앞당기겠다는 것은 그 이전에 대기 시간이 더 길었음을 짐작케 한다.

99) 이 절의 내용은 Ministry of Housing, Communities & Local Government(2018)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

표 IV-7 영국 NHS의 청소년 대상 정신건강 실행 계획

프로그램	정신건강 5개년 계획 전망(2020/2021)	NHS 장기계획 (2023/2024)
서비스 전달		
아동·청소년 (Children and Young People, CYP) 정신건강	- 매년 7만 명의 아동청소년 대상 증거기반 정신건강 치료 제공/정신건강 서비스가 필요한 아동청소년 35%의 요구에 부응하기 위해 NHS가 부담하는 지역사회 서비스 확대 - 18세 이하 청소년 요구에 맞는 아동청소년 위기 대응 제공 - 식이장애 아동청소년 95%에게 긴급한 경우 1주일 이내, 그렇지 않은 경우 4주 이내 서비스 제공	- 0~25세 아동청소년(34만5천 명)에게 NHS 재정으로 정신건강 서비스 제공/학교·대학 기반 정신건강지원팀 지원 - 위기 평가, 즉시 대응, 집중 홈 치료 등을 결합, 아동청소년에게 정신건강 서비스 제공 - 아동청소년부터 성인까지 종합서비스 제공 - 식이장애 아동청소년 95%에게 긴급한 경우 1주일 이내, 그렇지 않은 경우 4주 이내 서비스 제공
도박 정신건강 지원	없음	- 18세 이하 청소년을 포함, 심각한 도박중독자 치료를 위해 NHS 전문의로 구성된 15개의 신규 클리닉 개원
노숙 정신건강 지원	없음	- 20곳의 고위험 지역에 노숙인을 위한 전문의 정신건강 상담소 설립
공급자		
공급자 협력과 안심 돌봄	- 선별된 지역의 2차 병원 정신과 공급자가 환자의 3차 병원 정신건강 서비스를 위해 예산관리가 가능한 새로운 모델에 대한 시범 실시 - 지역사회 기반 서비스 확장에 중점을 두고 안전한 돌봄 경로 내에서 새로운 돌봄 모델 시험	- 학습장애, 자폐증을 포함한 모든 전문 정신건강 서비스, 5년간 NHS주도의 공급자 협력체계를 통해 관리 - NHS주도의 공급자 협력으로 지역사회 포렌식 케어(forensic care) 시작
디지털 정신건강 서비스 시작	- 디지털 성숙도 평가 향상	- 정신건강 서비스 공급자 100%에게 일정 정도의 디지털화 요구 - 지역 정신건강시스템에 자가관리 앱 (self-managed apps), 디지털 상담, 디지털 치료모델 제시 - 시스템에 임상적 의사결정 도구 활용
정신건강 데이터 질 향상	- 개인의원 및 3차 병원 포함, 모든 공급자가 정신건강 서비스 데이터 세트 (MHSDS)와 IAPT 데이터 세트 제출 의무화	- 모든 정신건강서비스 공급자가 데이터 질 성숙도지수(Date Quality Maturity Index) 점수 95%이상 획득
* 출처: NHS(2019b). NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24.의 내용을 바탕으로 연구진 작성.		

등 18~24세 위기청소년도 포함된다.

영국 정부는 주거취약자들에게 정신건강과 약물오남용 치료서비스를 시작하면서 지난 2017년부터 200만 파운드의 재정을 들였다. 또한 NHS는 향후 5년간 노숙인 대상 보건서비스에 3000만 파운드를 사용하기로 했다. 보건서비스는 주거취약계층을 위한 통합서비스의 일부로 간주된다. 이에 건강 영역 종사자들, 특히 정신건강 전문가들이 아웃리치팀과 공동으로 주거취약자들에게 능동적인 지원을 펼친다. 또한 주거취약자들에게 지역사회 기반 건강 서비스를 지원하는 정책도 수행되고 있다. 영국정부는 주거취약자들은 그렇지 않은 이들에 비해 건강문제가 상대적으로 심각할 수 있다는 연구결과에 따라 NHS의 보건 자료 수집에 주거상태를 포함하여 향후 주거취약계층 지원 정책 및 사업을 계획하고 수행하는데 반영하기로 하였다. 이러한 주거취약계층을 위한 모든 보건 서비스는 계층에 따른 건강불평등 감소의 일환이다.

③ 질병 치료 지원¹⁰⁰⁾

○ 학습장애 또는 자폐증

위기청소년의 교차적 취약성은 여러 측면에서 발견되지만 질병-빈곤으로 인한 질병 악화-사회적 배제의 악순환을 끊어야 한다는 목소리가 높다. 이에 영국 정부는 청소년 학습장애와 자폐 청소년 지원에도 중점을 두기로 했다. 우리나라도 위기청소년들 중 경계선 지능장애 청소년이 상당수 포함되어 있다는 현장전문가들의 의견에 따라 이들을 위한 표적 지원이 필요하다. NHS 정신건강 실행계획에 포함된 학습장애 및 자폐 청소년에 대한 주요 지원계획은 다음과 같다.

- 학습장애 또는 자폐 청소년에 대한 부적절한 과다약물치료 중단
- 학습장애아 삶의 향상을 위한 전국 프로그램에 재정 지원

100) 이 절의 내용은 NHS(2019a)의 3장 Further Progress on Care Quality and Outcomes(pp.44-77) 중 아동청소년의 정신건강 서비스에 대한 내용을 요약, 보완한 것이다.

- 국가 학습장애 향상 표준안 설정 및 이를 NHS 재정지원 서비스에 적용
 - 학습장애 및 자폐아에 대한 건강검진서비스 강화
 - 아동청소년 정신건강서비스 검사에 자폐검사 포함 및 검사 대기시간 단축
 - 지방정부 사회복지 및 교육서비스 당국, 지역 자선단체와의 연계를 통한 자폐 및 ADHD 아동청소년과 가족 지원 프로그램 개발
 - 학습장애·자폐·ADHD 아동청소년을 위한 전담인력(Keyworker) 지정
 - 학습장애·자폐아에게 개인건강예산(personal health budget, PHBs) 지급
- 아동청소년 질병치료를 위한 지역사회 돌봄 강화

영국 정부는 아동청소년 환자들의 병원 방문을 줄이고 자기가 사는 동네 근처 혹은 가정에서 신체적, 정신적 건강 서비스를 받을 수 있도록 지역사회 돌봄을 강화하기로 했다. 이에 지역당국과 NHS가 협력해서 일차의료, 지역사회 서비스, 언어치료, 학교 간호(school nursing), 구강 건강, 응급 및 특수서비스를 제공할 수 있도록 인프라를 조성하는 스타팅 웰 코어(The Starting Well Core) 계획을 실시하기로 했다. 그 일환으로 2019/20년부터 천식, 당뇨병, 간질병을 가진 소아·청소년의 삶의 질 향상을 위해 임상 네트워크를 출범, 의사들 간 우수임상사례 공유를 통해 소아·청소년 치료 기술 통합을 지원하고 질 향상 프로젝트 진행하고 있다. 아울러 현행 보건의료제도 하에서는 12세가 되면 성인 서비스로 이전되는데 그 결과가 좋지 않음에 따라 2028년까지 0~25세 서비스를 선별적으로 제공하여 청소년 환자 대상 맞춤형, 적정 연령 돌봄을 제공할 계획을 수립하였다.

참고로 영국에서는 2019년 9월부터 12~13세 모든 남자 청소년들에게 HPV 질병(경구암, 식도암, 항문암 유발 바이러스) 예방을 위해 백신을 제공하고 있다. 이는 여자 청소년 대상 HPV 백신 접종이 성공률 80%를 기록하고 자궁암을 유발하는 HPV 16번과 18번 바이러스 발병률이 주목할 만하게 감소했기 때문이다.

(2) 위기청소년 지원 정책에서의 건강정책

영국의 경우 잉글랜드 지역은 ‘청소년(Youth)’만을 대상으로 한 분리된 법령이 따로 없고 북아일랜드, 웨일즈, 스코틀랜드 지역에서도 국민의 건강과 안전, 고용과 평등 등 주제별로 몇 가지 구분된 법령에 청소년이 일부 포함되는 등 연령에 상관없이 전 국민을 정책대상으로 포함한다(European Commission, 2018:5).

그러나 청년과 노숙인(young people and homelessness) (The Homeless Link Research Team, 2018)이나 어린 가출(young runaways)과 같이 가출 및 노숙 청소년에 대한 정책은 분리되어 이루어지고 있다. 영국 부총리실에서 발간한 자료에도 가출 청소년들을 위한 통합적 계획이 제시되어 있다(Office of the deputy prime minister, 2002:3-4). 자료가 발표되던 당시 매년 77,000명의 16세 미만 청소년이 가출을 하였는데 이들은 학교를 무단결석하거나 약물 중독이나 범죄와 관련된 문제를 경험할 가능성이 높았다(Office of the deputy prime minister, 2002:7). 이들 중 영국정부에서 규정한 의무교육을 받고 있지 않는 경우에는 가출 및 노숙 청소년이자 학교 밖 청소년이라고 할 수 있다. 이들에 대한 종합적인 지원책 안에 ‘건강정책’이 따로 분류되어 있지는 않았으나 관련 내용이 포함되어 있다. 예를 들어 안정적인 주거환경 조성 정책은 가출 청소년이 경험하는 신체 및 성폭력, 비위생적인 거리환경 등의 건강이슈(Office of the deputy prime minister, 2002:18)에서 벗어나기 위한 필수 정책이다. 경제적 지원 역시 신체적·정신적 건강 상의 어려움에도 불구하고 경제적 부담으로 인해 적절한 의료서비스를 받지 못하는 이들에게 경제적 지원은 필수라는 인식에 기초하고 있다(Office of the deputy prime minister, 2002:67). 그 외 영국의 가출 및 노숙 청소년(이자 학교 밖 청소년)들은 다양한 영역에서의 지원을 필요로 하였는데 특히 신체건강 및 정신건강과 관련된 문제 역시 예외가 아니다(The Homeless Link Research Team, 2018:15). 약물남용, 고립과 외로움, 사회적 지지체계 부족에서 오는 욕구(The Homeless Link Research Team,

2018:20-21)는 지속적으로 증가하고 있으나 지역사회 내 정신건강 전문가의 지원에는 한계가 있다(The Homeless Link Research Team, 2018:23). 이는 영국의 가출 및 노숙 청소년(이자 학교 밖 청소년)들에 대한 정신건강 지원정책의 미비라기보다는 영국의 정신건강 서비스 전달체계의 어려움이라고 볼 수 있다.

4) 미국

미국 정부에서는 위기청소년(Vulnerable Youth)¹⁰¹⁾을 성인기로 접어들기 어렵거나, 힘든 위기를 경험하고 있거나 경험한 집단으로 정의하며 그 범주는 다음과 같다.

- 위탁보호에서 벗어난 청소년
- 가출 및 노숙 청소년
- 소년원에 수용됐거나 소년범죄 경험이 있는 청소년
- 이주 배경이 있거나 영어능력이 부족한 청소년
- 신체적·정신적 어려움이 있는 청소년
- 정신장애 청소년
- 특수교육을 받고 있는 청소년
- 미혼모, 고교중퇴자, 무업(NEET) 및 은둔(disconnectedness) 청소년

최근 부상하고 있는 은둔/단절청소년은 학교도 안다니고 일도 안하는 16~24세 사이 청소년으로 일부에서는 비제도화된 청소년(non-institutionalized youth)이라고도 부른다. 이는 교도소, 대학, 정신병원, 기타 기관에 수용된 청소년을 제외하고, 그 어떤 기관에도 소속돼 있지 않기 때문이다. 이들 위기청소년 대부분

101) 원 번역으로는 취약청소년이 좀 더 정확한 표현이나 이 연구에서 규정한 위기청소년의 범위와 큰 차이가 없으므로 편의상 위기청소년으로 번역한다. 또한 여기서 정의한 위기청소년은 Fernandes-Alcantara(2018)에 서술된 내용을 요약한 것이다.

은 교차적인(cross-sectional) 취약성을 갖고 있다. 예를 들면 가난하고 정신장애 및 청각장애가 있는 소수민족이라는 식이다. 이들의 건강을 위한 미국의 정책을 살펴보면 다음과 같다.

(1) ‘Healthy People’ 전략 속의 청소년 건강

미국 정부의 보건전략인 ‘헬시 피플 2020(Healthy people 2020)’¹⁰²⁾에 따르면 미국 청소년 보건정책은 청소년과 전기청년(Adolescents and Young Adults, AYAs)¹⁰³⁾의 건강한 발달, 건강, 안전, 웰빙 증진을 목표로 한다. 헬시 피플 2020 전략에 따르면 미국 청소년의 주요 건강 문제는 다음과 같다.

○ 정신건강	○ 약물남용
○ 흡연/니코틴 중독	○ 영양 및 체중/비만
○ HIV 등 성전염병	○ 10대 임신 및 원치 않은 임신
○ 노숙	○ 학업문제와 학교 중퇴
○ 자살	○ 교통사고
○ 살인	

특히 정신건강은 미국 정부가 중점을 두는 청소년 건강문제중 하나이다.¹⁰⁴⁾ 미국 정부는 청소년기의 긍정적 발달을 촉진하기 위해 ‘긍정적 청소년발달(Positive Youth Development, PYD) 개입 프로그램’을 실시하고 있다. 이는

102) Healthy people 2020의 내용은 Healthy People 2020 홈페이지 중 청소년 건강 영역(Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>에서 2020년 1월 5일 인출)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

103) 청소년기가 연장될 필요가 있다는 지적에 따라 미국 정부의 청소년 건강지원 정책도 연령상한선이 높아지고 있는 추세이다. 미국 연방 건강보험개혁법으로서 일명 ‘오바마케어’로 불리는 환자보호 및 부담적정보험법(the Patient Protection and Affordable Care Act, 약칭 ACA)은 2014년 이래 민간보험사로 하여금 건강보험 피부양자 연령상한선을 최대 26세로 연장할 것을 규정했다. 또 위탁보호에서 벗어난 아동을 위한 의료급여(Medicaid) 상한 연령도 26세 생일까지로 연장했다.

104) 평생 정신질환자의 50%가 약 14세에 발병하고 75%는 24세 이전에 발병하는 것으로 나타났다. 또한 청소년의 주요 사망원인으로서 1999년에서 2013년 사이에 청소년 자살률이 급증했다는 보고가 있다(Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>에서 2020년 1월 5일 인출).

성숙하고 능력 있는 성인이 되는 데 필요한 지원, 관계, 경험, 자원, 기회를 제공함으로써 청소년 위험행동을 예방하는 긍정적 결과를 도출하고자 설계됐다.

최근 개발 중인 ‘헬시 피플 2030(healthy people 2030)’에서는 청소년을 대상으로 한 건강목표로 예방적 의료(치과 포함) 방문 증가, 심각한 문제에 대한 성인 대화 상대자가 있는 청소년의 증가, NEET 청소년의 감소, 17세 이하 청소년의 수면권 보장, 청소년의 성경험 및 임신경험 감소와 피임 비율 증가, 청소년의 신체적 싸움 및 총기 휴대 감소, 성 소수자 청소년 보호, 청소년의 우울·자살 문제 감소, 비만 청소년 감소, 청소년의 신체활동 증가, 흡연률 감소 등이 포함되어 있다.¹⁰⁵⁾ 이러한 건강 목표들에서 특별히 위기청소년을 언급한 경우는 거의 없으나 위기청소년이 상대적으로 도달하기 어려운 목표임을 감안한다면 목표의 달성은 위기청소년들의 비율을 어떻게 증가 또는 감소시키는데 달려있다고 할 수 있다.

(2) 1980년대 이후부터 현재까지 미국 위기청소년 공공보건 정책

위기청소년 대상 공공보건 프로그램을 담당하는 미국 정부 산하 기관은 대략 3곳이다. 보건복지부(Dept. of Health and Human Services, HHS), 아동가족청(Administration for Children and Families, ACF), 약물남용 및 정신건강청(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)으로 이곳에서 위기청소년과 관련된 건강정책을 기획, 실행하고 있다. 미국 위기청소년 대상 건강정책은 주로 정신건강, 약물남용, 10대 임신예방과 미혼모 지원 등을 위주로 진행된다.

105) Healthy People 2030. Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Framework>에서 2020년 6월 2일 인출.

① 정신건강과 약물남용¹⁰⁶⁾

SAMHSA는 정신건강서비스센터(CMHS), 약물남용치료센터(CSAT), 약물남용예방센터(CSAP), 행동건강통계질센터(CBHSQ) 등 4개 센터로 구성돼 있다. 이중 3개 센터에서 10~21세 청소년을 대상으로 약 13개 프로그램을 운영하고 있다. 대상은 심각한 정서장애(serious emotional disturbances, SED)나 약물 및 알코올 중독·남용 상태의 청소년이 포함된다. 각 센터의 주요활동은 다음과 같다.

○ 정신건강서비스센터(CMHS)

취약청소년 정신건강을 위한 CMHS의 활동은 크게 3가지, 자살예방과 정신건강 서비스 프로그램 제공, 전국 아동 외상 스트레스 네트워크(The National Child Traumatic Stress Network) 운영으로 구분된다. 청소년 대상 자살 예방 활동은 SAMHSA의 개릿 리 스미스 캠퍼스 자살예방 보조금(Garret Lee Smith Campus Suicide Prevention Grant Program)과 개릿 리 스미스 청소년 자살 예방 및 조기발견 보조금(GLS State/Tribal Youth Suicide Prevention and Early Intervention Grant Program)의 재정지원을 받아 수행된다. 자살예방활동은 자살의 위험성을 높이는 약물 중독·남용이나 정신건강 문제를 지닌 청소년을 포함, 모든 청소년을 대상으로 한다. 아동 정신건강 서비스 프로그램은 지역사회를 기반으로 정신건강 문제를 가진 아동과 청소년 그리고 그 가족에 대한 보호 및 지원을 담당하는데 각 청소년은 가족의 참여 하에 맞춤형 개인 서비스를 받는다. 전국 아동 외상 스트레스 네트워크(The National Child Traumatic Stress Network)는 심리적 외상 사건을 겪은 아동과 청소년을 대상으로 의료 및 진료의뢰(referral) 서비스를 제공한다.

106) 이절의 내용은 미국 약물남용 및 정신건강청 홈페이지(<https://www.samhsa.gov/>에서 2020년 4월 30일 인출)의 내용을 요약, 정리한 것이다.

○ 약물남용치료센터(CSAT)

CSAT는 약물의존적인 청소년을 대상으로 치료를 제공한다. 이 프로그램은 소년법원과 연계하여 소년원 수감자, 소년범 전력이 있는 청소년, 과거 수감자 등을 대상으로 약물치료와 치료 지원 서비스를 제공한다.

○ 약물남용예방센터(CSAP)

CSAP는 전략적 예방 체계를 통해 약물중독 예방활동을 실행하고 있다. 12~20세 사이 청소년을 대상으로 금주, 처방약 오남용 예방 교육과 활동을 실시하는 동시에 학대예방 프로그램도 진행한다. CSAP는 백악관 국가약물통제정책실(the White House Office of National Drug Control Policy)과도 협력하여 ‘드럭 프리 커뮤니티 지원 프로그램(Drug-Free Communities Support Program)’도 관리하고 있다(Fernandes-Alcantara, 2018).

② 10대 임신 예방¹⁰⁷⁾

10대 임신 예방정책은 미국의 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 직접 주관하고 있다. 보건복지부는 청소년 임신을 감소, 10대 임신부 돌봄, 청소년 부모를 위한 연구 교육 보조금을 관리하고 청소년 대상 성교육 프로그램(Title IV-E Abstinence Education Grants program)도 지원한다.

오바마케어라 불리는 환자보호 및 부담적정보호법(ACA)은 주 차원의 성교육 보조금 프로그램을 개발했다. 이 보조금으로 포괄적인 10대 임신예방 프로그램인 프렙(the Personal Responsibility Education Program, PREP)이 운영된다. 프렙은 피임 등 성교육에서 성전염병 교육, 건강한 관계, 청소년 발달, 경제교육

107) 이 절의 내용은 미국 보건복지부 홈페이지 내 10대 임신 및 자녀양육에 대한 내용(미국 보건복지부 홈페이지. <https://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/reproductive-health-and-teen-pregnancy/teen-pregnancy-and-childbearing/index.html>에서 2020년 5월 20일 인출)을 요약, 정리한 것이다.

(financial literacy), 부모-자녀 간 의사소통, 교육과 진로, 건강한 생활기술 교육까지 종합적인 접근을 지향한다. 이 프로그램은 또한 증거에 기반하고 의료적으로 정확하며 연령에 맞는 교육 제공을 위해 노력한다.

③ 비만¹⁰⁸⁾

이제 비만은 단순히 식습관의 문제에서 벗어나 사회적 요인이 영향을 미치는 중요한 건강문제가 되었다. 비만이 사회경제적으로 어려운 계층에서 주로 발생하고 있기 때문이다. 청소년 비만은 미국의 주요한 청소년 건강문제이다.

미국의 아동청소년 비만정책은 Healthy, Hunger-Free Kids Act(P.L. 111-296)와 Children Nutrition and WIC Reauthorization(P.L. 111-296)을 기반으로 세워졌다. 역대 행정부 가운데 오바마 정부는 아동청소년 과체중과 비만에 개입하기 위한 강력한 정책 제안을 제시한 것으로 알려져 있다. 당시 미 의회와 오바마 정부는 아동 비만 정책을 위해 보건복지부, 교육부, 농업부 등과 협력하여 정책을 폭넓게 추진했다.

보다 구체적으로 살펴보면 2010년 5월 대통령 직속 아동비만 TF가 2008년 17%였던 아동비만율을 2030년까지 5%로 줄이겠다는 행동계획을 발표하였다. 이후 보건복지부는 이 목표를 조금 수정해서 향후 10년간 아동비만율을 10% 정도로 줄이겠다는 목표를 '헬시피플 2020'에 담았다. 아동비만연구시범(CORD) 프로젝트는 2015년부터 포괄적이고 조직적인 아동비만감소 모델을 개발하기 시작했다. 위험행동요인 인식, 가족지원, 임상예방책 인식, 건강검진, 의료 지원 등의 방안을 제시했다. 미국 정부는 또한 학생체력수준, 영양관련 행동, 신체활동, 신체 교육기준 제시, 학교 체육시간 준수 확인 등에 관한 정확한 데이터를 수집하기 시작했다. 한편 미 의회는 학교급식프로그램 재정 확대, 학교급식영양기준 업데이트

108) 이 절의 내용은 Analysts in Health Policy(2014)의 일부 내용을 요약, 정리한 것이다.

트, ‘팜투스쿨(farm-to-school)’활동 권장, 학교 웰빙프로그램 지원 및 확대 등의 법안을 심사하고 통과시켰다. 이에 비만의 환경 결정요인을 바꾸기 위한 Communities Putting Prevention to Work(CPPW) 시범사업의 실시를 통해 학교급식을 더 건강한 식재료로 교체하고 걷기를 위한 보도와 자전거 도로를 설치하며 다양한 운동이 포함된 방과 후 교육을 활성화하였다.

(3) 노숙 및 가출 청소년 대상 보건프로그램¹⁰⁹⁾

미국 보건복지부 가족청소년국(Family & Youth Services Bureau, FYSB)은 7가지 노숙 및 가출 청소년 대상 프로그램을 운영하고 있다. 2008년 제정 노숙 청소년재활법(Reconnecting Homeless Youth Act)에 근거해 FYSB가 각 주에 보조금을 배정하면 단체들이 지원하여 3~5년간 재정지원을 받아 프로그램을 운영한다. 주 단위 보조금은 인구조사를 기반으로 주 인구 수 대비 18세 이하 청소년 인구 수를 기준으로 산정하여 배정한다. 이 가운데 가출 및 노숙 청소년에게 의료 및 정신건강 지원을 제공하는 프로그램은 아웃리치 프로그램(Street Outreach Program), 18세 이하 가출·노숙 청소년 지원 단기 프로그램(Basic Center Program), 16~22세 노숙 청소년 대상 장기 주거 프로그램(Transitional Living Program)이다. 각각의 프로그램에서 심리적 외상을 겪은 청소년들을 대상으로 개인·집단·가족 상담을 제공한다. 또한 아웃리치 및 단기 프로그램에서는 응급의료 지원을, 장기 주거프로그램에서는 응급치료 외에 건강검진과 물리적 치료를 제공하기도 한다.

그 외에 연방정부 차원에서는 노숙가정의 아동을 대상으로 하는 PEACH (Physical and Emotional Awareness for Children Who Are Homeless)

109) 이 절의 내용은 미국 보건복지부 가족청소년국(family & Youth services bureau, FYSB) 홈페이지 (www.adf.hhs.gov/programs/runaway-homeless-youth)에서 2020년 4월 1일 인출)의 일부 내용을 요약, 정리한 것이다.



* 출처: 미국 오간와이즈가이즈 홈페이지. <https://organwiseguys.com/>에서 2020년 5월 21일 인출. 재구성.

그림 IV-2 미국 PEACH 프로그램의 OrganWise Guys 캐릭터

Program¹¹⁰⁾을 운영한다. 이 프로그램은 총 16회기 과정으로 한 회기당 약 45분이 소요된다. 이 과정에서는 미국 영양교육 기관의 OrganWise Guys를 바탕으로 재미있고 상호작용하는 캐릭터들을 사용하여(그림 IV-2 참조) 영양 및 건강 간식, 신체활동, 신체적·정서적 건강, 홈리스 상황에서의 스트레스 대처 등을 다룬다. 모든 회기는 아동이 참여하기에 적절한 난이도로 구성되는데 컴퓨터 내 가족의 이동률이 높다는 점을 충분히 고려하여 융통성 있게 운영된다.

(4) 위기청소년 대상 보건 프로그램 조정을 위한 연방정부의 노력¹¹¹⁾

위기청소년을 위한 다양한 서비스와 활동 프로그램이 있음에도 불구하고 이 중 상당수는 하나의 정책 영역 내에서 또는 정책 영역들 간 조정하려는 시도가 부족하였다. 청소년 대상 프로그램의 확대, 청소년에게 영향을 미치는 정책의 복

110) 미국 약물남용 및 정신건강청 홈페이지. <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/children-experiencing-homelessness>에서 2020년 5월 21일 인출.

111) 이 절은 Fernandes-Alcantara(2018)의 일부 내용(pp.24-35)을 요약, 정리한 것이다.

표 IV-8 미국 정부의 위기청소년 대상 공공보건 정책 및 프로그램

프로그램명	근거 법령	목적	예산(\$) (2017년 기준)	대상
개럿 리 스미스 기념법(Garret Lee Smith Memorial Act) 청소년 자살방지 프로그램	1974년 제정 공공보건법(Public Health Service Act) 수정법	청소년 자살예방활동에 대해 주와 대학에 보조금 지급	4200만	25세 미만 대학생
전국 아동 심리적 외상 스트레스 네트워크	1974년 제정 공공보건법(Public Health Service Act) 수정법	다양한 심리적 외상 관련 정보 개발·홍보·배포를 담당하는 전국 네트워크 조직화	4900만	심리적 외상을 겪은 아동·청소년
Strategic Prevention Framework State Infrastructure Grant	1974년 제정 공공보건법(Public Health Service Act) 수정법	주차원에서 청소년 약물 및 알코올 중독 예방을 위한 5단계 전략실행에 필요한 인프라와 서비스 구축 지원	1억1900만	약물 남용·중독 위기 청소년
순결교육 프로그램	1935년 제정 사회보장법 수정법	주 차원에서 성교육 및 순결교육 제공 지원	7500만	미혼부모 가능성이 높은 청소년
순결교육 프로그램	2013년 일괄세출법	순결교육을 실시하는 법인이나 공공부문에 보조금 지급	1000만	
십대 임신예방 프로그램(TPP)	세출법: PL.112-74 P.L.113-6 P.L.113-76 P.L.113-164 P.L.113-235	10대 임신 예방을 위한 정확하고 연령 적절한 프로그램을 개발한 공공 및 민간법인에게 계약을 통한 보조금 지급	1억100만	12~18세 청소년
개인책임 교육프로그램 (PREP)	환자보호 및 부담적정진료법 (오바마케어)	주 차원에서 청소년 대상 임신예방 및 피임, 성전염병을 포함한 성교육 실시 보조금 지급	7500만	21세 미만 청소년

* 출처: Fernandes-Alcantara(2018). Appendix(pp.53-57). 재구성.

잡성과 관련성의 증가, 기관 간 정책결정의 분열, 새로운 정책 우선순위 수립 등으로 인해 조정이 필요하다는 주장이 정책입안자들과 청소년 옹호자들 사이에게 제기되었다. 여기서는 미국 연방정부의 프로그램 조정을 위한 노력을 살펴보고자 한다.

연방정부의 프로그램 조정 노력 중 위기청소년 보건 관련 계획으로는 첫째 ‘안전한 학교/건강한 학생 정책(Safe School/Healthy Students(SS/HS) Initiative)’이 있다. 2009년부터 미국 보건복지부를 비롯한 정부부처들이 학교폭력 예방과 약물 중독 예방을 위해 이를 실행하고 있으며 지역교육당국, 지역사법당국, 공립병원, 소년법원 등이 협력해서 SS/HS로부터 재정지원을 받아 프로그램을 진행한다. 이 사업의 목표는 1)안전한 학교 환경 제공, 2)폭력 및 약물 예방 활동과 문제 학생에 대한 조기개입활동, 3)학교와 공동체 차원의 정신건강 예방활동과 치료 개입프로그램 실시, 4)아동기 및 청소년 전기 심리 및 감정발달 프로그램 지원, 5)학교와 공동체 연결 및 지원, 6)안전한 학교 정책을 지원하는 학교와 공동체 후원이다. 이러한 목표 아래 위기청소년들에게 정신건강 돌봄 서비스, 또래 멘토링, 부모 워크숍 등과 같은 사회적 서비스와 학업 활동을 연계한 프로그램이 제공된다.

둘째 ‘약물 없는 지역사회 지원 프로그램(Drug Free Communities Support Program)’이 있다. 이 프로그램은 SAMSHA와 백악관 국가약물통제정책실이 공동 운영하는 것으로 약물중독 예방을 위해 기관 간 협력 및 연계활동을 강화하고 청소년 약물중독 예방을 위한 최우수사례를 배포한다. 이상과 같은 정책 및 프로그램을 포함하여 미국 연방정부 차원의 위기청소년 대상 공공보건 정책 및 프로그램을 <표 IV-8>에 제시하였다.

(5) 학교 밖 청소년을 위한 주정부 지원 프로그램

미국에서는 '학교 밖 청소년'만을 위한 관련 상위법이 존재하지 않아 이에 대한 정의도 명확하지 않다. 단 미국의 타이틀 42-공중보건과 복지(Title 42-The Public Health and Welfare)에서 정의하는 학교 밖 청소년은 27세 미만 청소년 중 대학 또는 그에 상응하는 과정을 졸업하지 않은 경우, 또는 초중등 또는 고등교육 기관에 등록하지 않은 개인을 의미한다. 이들 학교 밖 청소년은 큰 의미로 사회적으로 혜택을 받지 못하는 청소년(disadvantaged youth)에도 포함¹¹²⁾된다. 이러한 어려움이 있는 청소년들은 보건복지부(The U.S. Department of Health and Human Service)의 가족청소년서비스국(Family & Youth Services Bureau), 교육부(Department of Education) 등 중앙부처에서 담당하고 있다(백혜정, 송미경, 2015:78).

또한 미국에서는 주정부 또는 카운티정부에 따라 학교 밖 청소년이 다르게 정의되며 이에 관련 지원프로그램에도 차이를 보인다. 예를 들어, 캘리포니아주 산타클라라 카운티(Santa Clara County) 정부는 학교 밖 청소년(out of school youth, OSY)을 14~21세의 이민자 가정 청소년 중 고졸 이하의 학력을 가진 자로 정의한다. 이러한 그룹에는 미국 교육을 받을 의사가 없이 근로를 목적으로 이민 온 청소년도 포함된다. 이들 중에는 미성년자이지만 보호자 동반 없이 왔거나 모국에서 약간의 정규 교육을 받은 경우가 많다. 이들 학교 밖 청소년들은 저소득, 고립, 보건 서비스의 접근성 부족, 언어와 문화적 장벽, 자격 요건, 차별 등으로 인해 기존 서비스에 대한 접근성이 낮다. 이들에게는 동기를 부여하고 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 도와줄 수 있는 옹호자가 필요하며¹¹³⁾ 특히 건강과 관련해서는 특별한 지원이 요구된다. 양질의 건강지원을 위해서는 각각

112) USlegal 홈페이지. <https://definitions.uslegal.com/d/disadvantaged-youth/>에서 2020년 8월 1일 인출.

113) 산타 클라라 카운티 교육부(Migrant Education Program - region one) 홈페이지. <https://www.sccoe.org/depts/students/migrantED/Pages/osal.aspx>에서 2020년 8월 10일 인출.

특정한 책임 영역을 가진 다양한 기관들(예: 학교, 지역의 이민자 지원센터, 보건소, 지역사회 보건복지관련 부서 등) 간의 연계와 상호협력의 필요하다. 산타클라라 카운티는 건강관련 욕구가 있는 모든 학교 밖 청소년(out of school youth)들이 질 좋고 저렴한 치료를 받을 수 있는 적절한 기관에 의뢰될 수 있도록 지원한다.¹¹⁴⁾

캘리포니아에 위치한 산호아킨 카운티 교육부 역시 이민자 청소년에 대한 지원 프로그램 중의 하나로 학교 밖 청소년(out of school youth)을 지원하고 있다. 이들의 정의에 따르면 학교 밖 청소년은 18~21세 청소년 중 고졸 이하의 학력을 지닌 이들이다. 이들에 대한 지원 프로그램 중 건강과 관련된 것들을 살펴보면 건강 및 지원 서비스 제공, 건강프로그램 신청을 위한 사정·접근·옹호·지원, 타 기관으로의 건강 관련 의뢰 및 지원을 위한 사례관리, 건강 데이터 수집, 건강 관련 교육, 진료 및 처방·응급처치 등에 대한 의뢰 지원 등이 있다.¹¹⁵⁾ 이러한 프로그램은 보건건강전문가를 통해 이루어진다.

5) 캐나다¹¹⁶⁾

캐나다는 청소년 건강 문제에 있어서 흡연, 마리화나, 알코올·약물 오남용, 인공·자연적 피부태우기(tanning), 화장품 안전, 괴롭힘(bullying), 사이버폭력, 성 건강, 폭력 및 학대, 정신건강, 건강식습관, 여행 건강, 스포츠 안전, 신체활동, 근로 안전 및 건강 등의 이슈를 다루고 있다.¹¹⁷⁾ 캐나다 정부는 그 중에서도 위기 청소년들은 정신건강에 특히 취약하다는 점을 감안하여 위기청소년을 위한 정신

114) 산타 클라라 카운티 교육부(Migrant Education Program – region one) 홈페이지. <https://www.sccoe.org/depts/students/migrantED/Pages/osy.aspx>에서 2020년 8월 10일 인출.

115) 산호아킨 카운티 교육부(San Joaquin county office of education) 홈페이지. <https://www.sjcoe.org/migrateducation/HealthServices.aspx>에서 2020년 9월 20일 인출.

116) 이 절의 내용은 Schwan, Kidd, Gaetz, O'Grady, & Redman(2017)의 내용을 요약, 보완한 것이다.

117) 캐나다 정부 홈페이지. <https://www.canada.ca/en/services/health/youth-health.html>에서 2020년 6월 2일 인출.

건강정책을 강조하고 있다.

청소년 정신건강의 재정은 캐나다 건강법에 근거하여 연방 정부와 Canada Health Transfer(CHT)가 담당한다. 연방 정부는 90년대 말부터 National Homelessness Initiatives(NHI)와 Homelessness Partnering Strategy(HPS)를 통해 노숙인을 지원해왔다. 캐나다 정부는 청소년 정신건강의 중요성이 강조됨에 따라 기존의 노숙인에 대한 정책적 대응을 노숙 청소년에게로 확대하고 있다. 즉 2017년 향후 10년간 HPS를 노숙 청소년까지 확대하겠다고 밝히며 특히 지원이 필요한 25세 이하 아동청소년의 정신건강서비스를 위한 대기시간을 줄이겠다고 밝혔다.

노숙 청소년 정신건강을 위해서는 무엇보다 안정적인 주거가 필요하다는 인식 아래 캐나다 정부는 HF4Y(Housing First for Youth, 청소년 대상 주거지원)를 통해 이들에게 아무런 조건 없는 주거지원을 즉각 제공하고 있다. 성인 노숙자를 대상으로 한 ‘주거 우선(Housing First)’ 제도가 이들의 정신건강에 긍정적 영향을 미친다는 연구 결과에 따라 이를 확대하여 실시하는 것이다(Schwan, et al., 2017).

캐나다의 각 주 정부도 노숙 청소년 정신건강을 위한 전략과 계획을 추진하고 있다. 연방정부의 정책에 발맞추어 13~24세 이하 노숙 청소년 대상 홈리스니스 계획을 첫 번째로 발표한 앨버타주는 그 계획 안에 아동청소년의 정신건강을 위한 전략을 포함하였다. 온타리오주는 노숙 청소년 이슈를 정책 최우선순위에 두고 9개의 윈스톱 서비스 센터를 세워 노숙 및 가출 청소년의 정신건강문제를 다루겠다고 밝혔다. 캘거리는 ‘노숙종식을 위한 10년 계획(Ten Year Plan for End Homelessness)’을 발표했으며 마니토바주의 위니펙, 브리티시 컬럼비아주의 캄루프스, 앨버타주의 에드먼턴 등도 지자체 차원에서 노숙 청소년 정신건강 지원 및 향상 프로그램을 실행하고 있다(표 IV-9).

특히 ‘파운드리(Foundry)’라고 불리는 브리티시 컬럼비아주의 통합 청소년

표 IV-9 캐나다 주 및 지자체의 노숙 청소년 대상 정신건강 프로그램

전략/계획	지자체/주	정신건강 전략
Here and Now: The Winnipeg Plan to End Youth Homelessness	위니펙 (마니토바주)	- 가족기반의 접근 가능한 정신건강 및 중독치료 지원 - 법적 지위와 상관없이 아동가족서비스를 받는 모든 청소년은 25세까지 CFS(Child & Family Services)가 부담하는 정신건강, 멘토십 수혜 가능 - 커뮤니티 기반 일차 의료와 정신건강 지원서비스 접근성 향상 - 사회복지사, 시스템 대표자, 정신과 의사 등이 모여 긴밀하고 지속적인 관계 구축을 통해 범분야 협력 추진
A Way Home-A Plan to End Youth Homelessness in Kamloops	캠루프스 (브리티시 컬럼비아주)	- 청소년에게 적절한 정신건강 서비스 제공
Community Strategy to End Youth Homelessness in Edmonton	에드먼턴 (앨버타주)	- 청소년단체, 시스템, 커뮤니티 대상으로 심리적 외상, 정신건강, 중독에 대한 인식 제고 및 적절한 경로와 서비스에 대한 교육 실시 - 인종·종족적 배경, 가족 구성, 성적 지향, 정신건강과 중독, 젠더, 이민, 심리적 외상, 소통장애, 통합의 과정에 개인격차가 상당히 크다는 것을 이해시키는 교육 실시
Supporting Healthy and Successful Transitions to Adulthood: A Plan to Prevent and Reduce Youth Homelessness	앨버타주	- 청소년 중심 커뮤니티 기반/모바일 정신건강 및 중독예방서비스에 투자 - 청소년 대상 커뮤니티 주거 치료(Community Residential Treatment) 프로그램을 위해 지역사회 단체들과 협력 - 재개발 시 청소년 주거 안정화 확보 - 청소년 대상 접근 가능한 정신건강 서비스 지원 정보 제공 - 정보 제공, 협력, 자원 공유 등을 통해 청소년을 적절한 치료단계로 진료를 의뢰할 수 있는 지역사회 역량 확충

* 출처: Schwan, Kidd, Gaetz, O'Grady, & Redman(2017). Mental health Care for Homeless Youth: A Proposal for Federal, Provincial, and Territorial Leadership, Coordination, and Targeted Investment, p.10.

서 비스 이니셔티브(BC-IYSI)는 성공적인 모델로 언급되고 있다. 이 통합체계¹¹⁸⁾는 지원을 필요로 하는 12~24세 청소년들에게 신체건강, 상담, 정신건강, 약물 사용, 사회복지, 가족 지원 등에 대한 전문적인 서비스를 ‘원스톱’으로 제공한다. 전화나 온라인을 통한 상담도 가능하며 센터 방문 전에 온라인 사전 예약을 통해 사생활이 보장되는 공간을 선택할 수 있다. 상담은 사전 평가나 검사가 필요 없는 해결 중심의 단기 상담으로 간편하고 쉬운 치료를 제공한다.

6) 호주

(1) 가정 밖 보호 국가 표준안(National Standards of Out-of-Home Care)¹¹⁹⁾

가정 밖 보호¹²⁰⁾ 국가 표준안(National Standards of Out-of-Home Care)은 정부 주도의 2009-2020 호주 아동보호를 위한 국가프레임워크(the National Framework for Protecting Australia’s Children 2009-2020) 12개 프로젝트 중의 하나이다. 가정 밖 보호 국가 표준안은 아동법원에 의해 부모의 책임이 정부로 이관된, 가정 밖 보호가 필요한 아동청소년에게 살고 있는 지역이나 시설 유형에 관계없이 일관성 있는 최상의 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 표준안은 건강, 교육, 보호 계획, 원가족 관계, 안전과 보호 등의 영역에서 13가지 표준안을 제시하고 있는데 그 중 건강과 관련된 표준안은 3가지이다. “아동 각각에 대한 건강, 교육에 관한 구체적인 계획이 있어야”(표준안 4번) 하며 “아동의 신체적, 발달적, 심리적·정신적 건강영역의 욕구는 적시에 사정”되어야(표준안 5번) 한다.

118) 파운드리에 관한 자세한 내용은 파운드리 홈페이지(<https://foundrybc.ca/>)에서 2020년 5월21일 인출)를 참조하였다.

119) 본 내용은 An Outline of National Standards for Out-of-Home Care(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, 2011)"(https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/pac_national_standard.pdf)에서 2020년 8월 12일 인출)에 기초하여 작성하였다.

120) ‘가정 밖 보호(Out-of-home Care: OoHC)’는 생물학적 부모와 살 수 없는 18세 이하의 아동청소년에게 제공되는 대안보호체계로 단·장기 위탁보호, 친인척 위탁보호, 시설보호가 포함될 수 있다(호주 AIFS 홈페이지. <https://aifs.gov.au/cfca/publications/children-care>에서 2020년 10월 22일 인출).

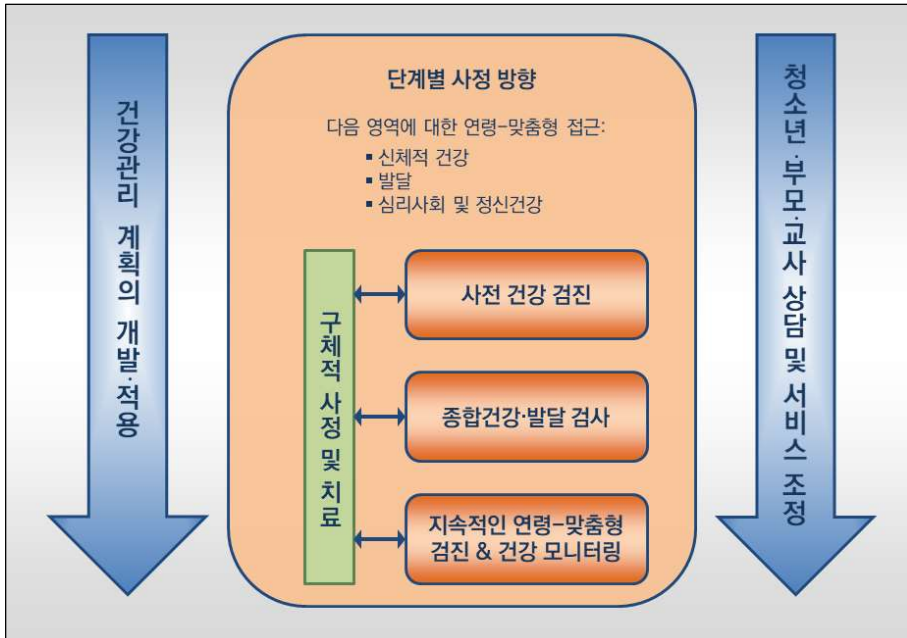
이로써 가정 밖 보호체제로 들어온 아동은 사전건강조사(Preliminary Health Check)와 종합 건강·발달 검사(Comprehensive Health and Developmental Assessment), 전문화된 서비스를 받을 수 있다. 표준안 13번은 보호종료와 관련된 표준안으로 “아동은 15세 시작하는 자립 계획에서 보호종료 후에 제공되는 상세한 지원의 종류를 기술해야”하는 것으로 지원의 종류에 건강 서비스를 명시하고 있다.

(2) 국가 임상 평가 체계(National Clinical Assessment Framework)¹²¹⁾

호주에서는 건강을 비롯하여 모든 영역에서 가정 밖 청소년에 대한 책임이 주와 지역 정부에 있기 때문에 각 관할권(jurisdictions)마다 가정 밖 아동청소년의 건강 욕구를 파악하고 해결하며 모니터링하는 방법을 다양하게 강구하고 있다. 한편 국가 임상평가체계(National Clinical Assessment Framework)는 건강보호의 연속성 확보를 위해 일반의(general practitioner)의 참여를 강조하며 가정 밖 아동청소년 건강문제의 조기발견, 관련서비스 연계, 지속적인 건강보호를 위한 청사진을 제공하고 있다. 이 체계는 연령에 맞는 평가에 대한 단계적 접근 방식을 제안하고 있으며, 신체건강·발달·정신건강 등의 핵심 영역을 포함한다. 그 구체적인 내용을 살펴보면 [그림 IV-3]과 같다.

사전 건강 검진(Preliminary Health Check)은 즉각적인 건강 요구 사항을 파악하고 종합 건강·발달 검사(Comprehensive Health and Developmental Assessment) 수행에 앞서 정보를 제공하기 위한 것으로 가정 밖 체계 진입 후 30일 이내에 받을 것을 권장한다. 종합 건강·발달 검사(Comprehensive Health and Developmental Assessment)에서는 건강관리 계획 수립을 위해 주요 영역에 대한 정밀 검사와 평가를 하는 것으로 가정 밖 보호 배치 후 3개월 이내에

121) 본 내용은 Children in Out of Home Care Fact Sheet의 정보(호주 건강부(Australian Government Department of Health) 홈페이지. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/children-in-out-of-home-care>에서 2020년 8월 13일 인출)에 기초하여 작성하였다.



* 출처: National Clinical Assessment Framework. 호주 건강부(Australian Government Department of Health) 홈페이지. <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ncaf-cyp-oohc-toc-ncaf-cyp-oohc-2>에서 2020년 8월 13일 인출. 세부보고서(류정희 외, 2020) p.117. 재인용.

그림 IV-3 호주의 국가 임상 평가 체계(National Clinical Assessment Framework)

완료해야 한다. 이러한 검사를 바탕으로 수립된 건강관리 계획은 아동청소년의 건강 상태를 문서화한 종합 건강 기록지로 개인의 건강상태 및 욕구, 연계 필요 서비스 및 향후 평가, 치료 일정 등이 포함된다. 사후 모니터링과 평가의 빈도는 아동청소년의 개별적 상황과 연령을 고려한 임상적 결과에 따라 결정된다.

(3) 거리 청소년을 위한 지역사회 건강서비스: Youthblock¹²²⁾

Youthblock은 현재 시드니(Sydney)의 지자체에서 제공하는 12~24세 거리청소년 대상 무료 상담 및 건강 서비스이다. Youthblock 서비스는 의료, 사례관리,

122) 본 내용은 Youthblock(Sydney Local Health District 홈페이지. <https://www.slhd.nsw.gov.au/communityhealth/YouthHealth/services.html>(2020년 9월 20일 인출)의 정보에 기초하여 작성하였다.

그리고 건강 교육 영역의 건강지원을 포함하는 아웃리치 프로그램(outreach program)으로 관련 전문가인 사회복지사, 심리학자, 의사, 간호사, 건강증진 교육담당자 등으로 팀을 구성하고 있다. Youthblock에서 주요하게 다루고 있는 건강 문제는 만성질환과 장애, 약물, 흡연 및 알코올, 손상과 상해, 정신건강, 영양과 신체 활동, 구강 건강, 성 건강 등이다.

또한 Youthblock은 아웃리치 활동도 하고 있는데 아웃리치 진료소에서는 건강 관련 상담 및 교육워크숍이 제공된다. 상담은 청소년 건강 간호사(Youth Health Nurse)가 Youthblock 의사, 상담사와의 협업을 통해 제공하며 다양한 주제의 건강 교육 워크숍은 건강 증진 담당자(Youthblock Health Promotion worker)가 맡고 있다. 아웃리치 진료소에서는 신체 및 정신 건강, 성 건강, 약물과 관련된 청소년 종합 건강 검진, 성 건강과 관련한 성 질환 검사 및 치료, 피임이나 임신 관련 건강서비스도 제공한다. 또한 건강이나 심리사회적 문제가 있는 청소년들에게는 주거지나 경제적 지원을 포함한 사례관리 서비스를 제공한다.

3. 정책적 시사점

위기청소년들은 교차적 취약성과 불평등으로 인해 건강 문제를 가지고 있을 가능성은 높은 반면 건강자원 접근성은 낮은 경향을 보이며 낙인, 차별, 소외될 가능성도 높은 집단이다. SDGs목표 달성과 보편적 건강보장(UHC)은 사회취약계층의 보건의료 접근성과 건강 향상이 이뤄질 때 가능한 것임을 감안할 때 국가차원에서 위기청소년 건강정책을 수립하고 실행할 필요가 높아진다. 지금까지 살펴본 해외 사례를 바탕으로 한국 정책에 적용할 수 있는 정책적 시사점을 제시하면 아래와 같다.

첫째 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화가 필요하다. 가정 밖 청소년을 비롯한 위기청소년 보호와 지원에 있어 호주와 독일 등은 국가적 책임성을

강조하고 있으며 국가가 책임져야 할 영역 안에는 건강이 포함되어 있다. 우리나라에서도 학교 밖 청소년 건강검진을 실시하는 등 위기청소년의 신체적, 정신적 건강문제에 관심을 기울이기 시작하였지만 아직도 보호 및 지원 정책과 서비스는 대부분 경제적 지원이나 교육·진로에 편중되어 있다.

또한 호주와 독일 등은 청소년의 거주 지역이나 관할 부처에 따른 건강서비스의 격차를 예방하기 위한 정책을 수립하고 법체계를 정비하고 있다. 보다 구체적으로 호주는 가정 밖 보호 국가 표준안(National Standards of Out-of-Home Care)과 국가 임상 평가 체계(National Clinical Assessment Framework)를 통해 가정 밖 보호체제로 진입하는 모든 청소년에게 표준화된 건강서비스를 제공하는 동시에 서비스의 분절화를 최소화하고자 하며 독일은 아동청소년지원법에 근거하여 청소년청을 통해 통합적인 정책과 서비스를 제공하는 법과 행정 체계를 구축하였다. 한편 우리나라는 청소년의 연령이 다르거나 소속 시설·기관 유형에 따라 보건복지부나 여가부 등 담당 부처가 다르므로 인해 건강 관련 서비스에서 격차가 발생하는 경우가 적지 않다. 이에 부처의 일원화 등을 통해 건강 영역을 포함하여 위기청소년 보호 및 지원 서비스의 표준안을 수립하고 연속성과 지속성을 확보할 필요가 있다.

둘째 기본 서비스로서의 건강지원과 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책의 수립이 필요하다. 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책의 수립은 선진국 사례에서 공통적으로 나타나고 있다. 일례로 캐나다 정부는 주거취약 청소년이 이미 정신건강 문제를 겪고 있을 확률이 높는데다 노숙 경험으로 인해 정신건강이 더 악화될 수 있다는 연구결과에 따라 이들에게 주거지원과 정신건강 서비스를 동시에 제공하고 있다. 영국 정부 역시 기존의 노숙인 주거지원을 위기청소년에게까지 확대하며 안정적 주거지원과 정신건강서비스를 동시에 제공하고자 노력한다. 핀란드에서는 고용 서비스와 정신건강 문제를 하나의 통합정책으로 재편하면서 청소년의 욕구에 부응하고자 한다. 호주 역시 가출 및 노숙 청소년들의 건강 지원에

서 주거 및 경제적 지원 서비스를 함께 제공한다.

이 같은 사례들은 모두 위기청소년 정신건강 서비스가 청소년들이 필요로 하는 다른 서비스와 통합되어 제공될 때에 보다 효율적일 수 있음을 시사한다. 동시에 위기청소년에게 필요한 주거, 취업, 교육 지원 서비스들은 건강지원 서비스가 뒷받침되지 않고서는 그 효과성을 극대화할 수 없다. 따라서 위기청소년에 대한 건강지원 정책은 가장 기본적인 정책이면서 다른 지원 정책과 통합적으로 운영되어야 한다.

셋째 위기청소년이 지닌 교차적인 문제들은 단순히 하나의 요인에서 비롯된 것이 아니라는 점에서 이들에 대한 지원 역시 다면적 관점에서, 총체적으로 이뤄질 필요가 있다. 미국에서는 위기청소년(vulnerable youth)을 가정 밖 청소년, 소년 사범, 장애 청소년, 이주배경 청소년, 미혼모, 고교중퇴자, 무업(NEET) 및 은둔(disconnectedness) 청소년 등을 포괄하는 것은 이런 맥락에서 이해될 수 있다. 캐나다의 앨버타주를 비롯한 몇몇 주에서 원스톱 서비스센터를 통해 청소년들에게 필요한 다양한 지원과 함께 정신건강서비스를 제공하거나 호주 시드니 Youthblock에서 건강 서비스와 함께 주거 및 경제적 지원을 하는 것 역시 이들이 복합적인 문제에 대한 통합적인 지원이 필요함을 시사한다.

그러나 통합적 접근이 간과할 수 있는 위기청소년의 개별적인 요구에 부응하기 위해 맞춤형 지원 역시 제공되어야 한다. 예를 들어 영국 정부는 위기청소년의 임신예방을 위해 추가적으로 맞춤형 예방 조치를 적용하고 있다. 개별적 맞춤형 지원이 제공되기 위해서는 지역별 위기청소년들의 특성 및 요구사항과 이를 지원할 수 있는 인프라에 대한 정기적이고 체계적인 정보 수집 및 검토가 필요하다. 또한 지원서비스의 효율성을 극대화하기 위해서는 실무자들의 역량강화를 위한 지속적인 노력과 지원 서비스에 대한 객관적인 평가를 위해 지표 개발 및 지속적인 모니터링도 이루어져야 한다.

넷째 공공 정책 및 프로그램 간 조정이 필요하다. 미국 사례를 보면 위기청소년

을 위한 다양한 지원 서비스와 활동을 보다 효율적으로 운영하기 위해 청소년 정책 간 조정을 시도하고 있다. 그 대표적인 예가 앞서 제시한 ‘안전한 학교/건강한 학생’ 보건계획이다. 이 계획을 보면 지역 내 관련 기관, 즉 교육청, 지역사법당국, 공립병원, 소년법원 등이 연계·협력하여 다양한 활동 프로그램을 개발하고 각 활동들은 역시 상호 연계되어 있음을 알 수 있다. 다시 말해 각 기관별로 별도의 건강서비스를 제공하는 것이 아니라 관련 기관들이 상호 연계하여 여러 가지 구성요소 안에서 건강서비스를 포함시키되 그것의 중요성을 간과하지 않는 방식으로 정책 및 프로그램을 구성하고 실행하도록 시도하고 있다.

이처럼 다양한 정책 및 프로그램들이 국가 보건정책 선상에서 상호 조정되는 것은 위기청소년 대상 정책 및 프로그램이 확대되면서 이러한 정책 간 상호관련성과 복잡성이 증가하고 있기 때문이다. 또한 다양한 프로그램들이 상호 조정되어 운영된다면 운영기관 간 정책이 파편화될 가능성이 감소하고 기관의 경계를 넘어서 새로운 정책우선순위 수립도 가능케 한다(Fernandes-Alcantara, 2018:24). 공공 프로그램 간 조정은 사업 간 중복과 그로 인한 예산 낭비, 기관 간 경쟁 등을 방지하기 위한 조치라 할 수 있다. 우리나라에서도 위기청소년 건강정책을 위해서는 관련 기관 간 연계 및 협력체계가 구축되어야 하며 청소년 정책과 국민 건강정책이라는 큰 틀 안에서 유기적으로 구성될 필요가 있다. 마찬가지로 청소년 건강 프로그램 역시 지역사회 내 다양한 청소년 활동 프로그램들과 상호 조정되어 쉽게 접할 수 있는 일상적인 활동이 될 수 있도록 하되 소홀히 다루지 않도록 해야 한다.

다섯째 실생활과 연계된 정책 수립이 이루어져야 한다. 위기청소년들을 위한 건강 증진을 위해서는 개개인의 자발적인 참여에만 기대해서는 정책의 효과를 충분히 거두기가 어려운 것이 현실이다. 개인이 건강행동을 증진할 수 있도록 이들을 둘러싼 환경을 적절하게 조성하여 자연스럽게 건강행동으로 이어지도록 해야 한다. 이러한 관점에서 핀란드의 사례는 좋은 본보기가 될 수 있다. 핀란드에

서는 주변의 여건을 조성함으로써 실생활에서 청소년들이 건강행동을 실천할 수 있도록 한다. 예를 들어 대학교 도서관의 야간시간 개관 폐지를 통해 학업부담감에 힘들어하는 대학생들의 수면권 및 휴식권 보장하기, 교내 자판기에서 건강식품 판매, 저렴한 비용으로 학내 신체 활동 및 운동 기회 제공 등을 실시하도록 권고한다. 그에 더하여 대학당국의 원활한 협조를 얻기 위해 건강정책을 실시하여 학생들의 정신건강을 증진한 대학교에 적절한 보상 계획도 수립하였다. 미국의 경우도 학교 내 걷기를 위한 보도와 자전거 도로 설치 등 건강 친화적 환경조성 지원·확대 제도를 운영하고 있다.

우리나라에서도 위기청소년들이 건강권을 보장받지 못하는 영역을 면밀히 파악하고 그를 보장할 수 있는 세심한 장치를 마련해야 한다. 예를 들어 중앙정부 및 지자체 등은 위기청소년들의 건강증진을 위한 구체적인 아이디어를 수집하여 반영하는 한편 이들이 주로 이용하는 청소년 시설이나 노동현장 등에서 건강 친화적인 환경을 조성할 수 있도록 적절한 보상체계를 마련할 필요가 있다.

여섯째 개인정보 보장 노력 및 문제해결 중심의 지원이 제공되어야 한다. 캐나다 브리티시 컬럼비아주에서는 ‘파운드리(Foundry)’ 제도를 통해 위기청소년들에게 원스톱 통합 지원 서비스를 제공하면서 청소년의 요구에 부응하여 사생활을 보장하면서 쉽고 간편한 개입을 지향한다. 가출 청소년 등 위기청소년들이 쉼터나 지원 센터 이용을 꺼려하는 이유 중 하나가 가족을 비롯한 타인에게 자신의 정보가 노출되는 것에 대한 두려움임을 감안할 때 개인정보에 대한 보안을 철저히 하는 것은 매우 중요한 사안이다. 또한 철저한 개인정보 보안에 대한 다각적인 홍보는 청소년들이 센터를 방문하여 도움을 청하는데 머뭇거림을 완화시켜 줄 것이다.

이와 더불어 여러 가지 환경적 제약으로 인해 장기간의 개입을 부담스러워하는 청소년들에게 문제해결 중심의 단기상담 및 지원은 분명한 목표와 비교적 즉각적인 효과를 통해 효율적인 개입이 이루어질 수 있다. 특히 정신건강 문제에 있어서 이러한 지원을 통해 당면 문제를 해결한 청소년들은 상황이 개선될 뿐 아니라

현장 실무자들과의 관계에서 신뢰관계를 보다 빠르고 쉽게 구축하여 이후 보다 장기간의 개입도 쉽게 받아들일 수 있을 것이다.

일곱째 연계 교육이 강화되어야 한다. 청소년 건강문제에 있어 보건교육은 절대적으로 필요한 것이다. 여러 가지 건강문제가 청소년기의 건강습관에 따라 달라질 수 있는 만큼 보건교육의 필요성과 중요성이 항상 강조되고 있다. 최근에는 음주·흡연·약물·비만·임신·성 건강 등 여러 가지 건강문제들을 연계하여 제공하는 방식이 선호된다. 영국 10대 임신 예방 전략에서도 확인할 수 있듯이 10대 임신은 단순히 임신·출산의 문제뿐만이 아니라 음주·흡연·우울증·정신건강·저체중·영아 발달 및 사망에 이르기까지 다양한 건강문제들이 결합될 수 있고 유발될 수 있다. 따라서 보건분야 교육을 연계해서 제공하는 ‘연계교육’이 확대되고 있는 추세이다. 연계교육의 또 다른 형태로 RSE(Relationship & Sex Education)를 들 수 있다. 영국 공공보건청이 제시한 RSE는 기존의 성교육을 관계 일반으로 확대해 건전하고 건강한 관계를 맺고 유지해 나갈 수 있도록 교육한다. 초등학교에서 집단 괴롭힘 등을 포함한 관계교육을 실시하고 중고등학교에서 이성 관계를 포함한 RSE로 확대해 나가는 동시에 아동성착취(CSE), 아동성학대(CSA), 정신건강 같은 주제에 대해서도 정보와 가치, 기술을 제공하는 방식이다. 위기청소년들의 건강문제는 앞서도 누누이 말했듯이 여러 가지 사회요인들과 결부되어 있는 만큼 다양한 주제의 건강 교육이 상호 연계되어 제공되어야 할 뿐만 아니라 일상생활에서 필요한 정보들이 함께 연계되어 제공될 필요가 있다. 예를 들어 사회적 관계 맺기 교육과 음주·흡연·약물·성교육이 연계되거나 직업교육과 건강행동 교육이 연계되는 것 등을 생각해 볼 수 있다.

여덟째 참여와 활동 중심의 발달 단계에 맞는 교육을 개발해야 한다. 미국에서는 노숙가정의 아동을 대상으로 하는 건강교육 프로그램을 운영하는데 이 프로그램에서는 아동들이 친숙하게 받아들일 수 있도록 캐릭터들을 사용한다. 이는 자칫 형식적이고 딱딱하게 흐를 수 있는 교육을 아동들의 눈높이에서 흥미롭게 만들어

줌으로써 아동들의 교육에 대한 집중도를 높일 수 있다. 이처럼 건강교육 프로그램을 구성할 때에는 대상자의 발달 단계에 맞도록 구성할 필요가 있다. 또한 교육의 효과를 높이기 위해서는 활동 중심의 교육이 일정 부분 포함되어 능동적인 참여가 이루어질 수 있도록 해야 한다.

아홉째 다양한 대상에 대한 촘촘한 정책 수립이 필요하다. 해외사례를 종합적으로 살펴보면 다양한 대상에 대한 지원책이 수립되고 있음을 알 수 있다. 학생 청소년은 물론이거니와 여자와 남자 청소년, 병역 의무 청소년, 청소년 부모, 주거 취약 청소년, 구직 청소년 등 다양한 환경이 청소년들의 건강을 더 악화시킬 수 있기 때문이다. 또한 건강하지 못한 청소년들에 대한 적절한 개입이 이루어지지 않는다면 이후 막대한 사회적 비용을 초래하기 때문이다.

이 중 청소년 부모에 대한 영국의 건강정책을 보면 기존에는 예방 위주의 성교육과 피임교육이었다면 최근에는 이미 부모가 된 청소년들이 건강하고 행복한 환경에서 자녀를 양육할 수 있도록 지원하는 정책이 추가되었다. 청소년 부모들이 정신건강에 취약한 점을 고려하여 경제적 곤란을 겪지 않고 양육과 학업을 지속할 수 있는 방안을 제시하는 한편 이들이 사회적으로 고립되지 않도록 가족 간호사나 개인 상담사 전담 지정 등 세심한 배려를 하고 있다. 특히 아버지가 된 남자 청소년들 중 상당수는 위기청소년인 동시에 정신건강상의 문제를 가지고 있다는 점을 고려하여 이들에 대한 지원이 함께 이루어지고 있다.

또한 영국은 2019년 9월부터 HPV 백신접종 무료 대상자를 여자 청소년들에서 12세~13세 모든 남자 청소년들에게로 확대하였다(NHS, 2019b). 이는 국가보건 의료비용 절감과 국민건강증진이라는 보건적 목표로도 설명할 수 있지만 동시에 주로 여성을 대상으로 실시됐던 임신, 출산, 양육, 성, 피임, 낙태 등 광범위한 성 및 재생산건강 서비스가 이제 남성에게로 확대되고 있음을 보여주는 정책적 조치라는 점에서 시사하는 바가 크다. 특히 우리나라의 경우 위기청소년들은 일반 청소년에 비해 성 건강에 취약하다는 점을 감안할 때 세심한 성 건강 관련 정책

서비스는 여자 청소년 뿐 아니라 남자 청소년에게도 필수적으로 제공될 필요가 있다.

병역의 의무가 있는 핀란드에서는 정신건강으로 인해 조기 제대 및 군 면제자들과 정신건강 문제로 구직이 어려운 청소년들을 위한 정신건강 지원 서비스를 제공한다. 이 같이 특정 집단 내에서 건강지원이 필요한 개인을 선별하여 서비스를 제공하는 것은 건강한 사회로 가기 위한 필수조건이다. 우리나라에서도 선별장치를 통해 구직 서비스를 신청하는 청소년이나 병무청 신체검사 대상자들 중에서 건강 지원이 필요한 이들을 위한 서비스가 보다 확대되어야 한다. 이러한 선별조치를 통한 개입은 일종의 조기개입으로도 볼 수 있는데 보다 능동적인 대처는 이후 발생할 수 있는 사회적 비용을 줄일 수 있다는 점에서도 장점이 있다.

미국의 사례에서 나타난 교육을 받지 못하는 이민자 가정의 청소년들에 대한 지원도 주목할 필요가 있다. 미국에서는 이민자 가정의 중도입국 청소년들이 교육 체계에서 배제됨으로써 건강 지원에서 소외되는 점을 인지하고 이들을 위한 건강 지원 정책을 수립, 수행해 나가고 있다. 현재 우리나라도 다문화 사회에 진입하여 외국에서 중도입국하는 청소년의 비율이 증가하고 있는 추세에 있다. 이들 중 특히 후기 청소년기에 해당하는 청소년 중에는 학교 밖 청소년을 포함, 니트족인 경우가 적지 않다. 즉 이들은 진학이나 취업을 하지 않은 채 부모에게 경제적으로 기대어 살며 자신들만의 집단에서 외부로 나오려 하지 않는다는 문제점이 제기되었다(이승미, 이해응, 이화용, 2017:11). 이처럼 한국사회에서 자신들만의 집단 안에 고립되어 생활하다보면 건강 관련 문제가 발생할 가능성이 높고 또한 건강 문제가 발생할 경우 적절한 조치를 하거나 지원을 받기 어려울 것으로 판단된다. 따라서 이들을 위기청소년의 범주에 포함시켜 건강권을 보장해야 한다. 이를 위해서는 먼저 이들의 건강권에 대한 실태파악이 선행되어야 할 것이다.

○ 제5장 위기청소년의 건강권 실태 분석: 설문조사

- 1. 조사개요
- 2. 조사결과
- 3. 요약 및 정책적 시사점

1. 조사개요

1) 조사대상

위기청소년의 건강실태 및 관련 환경 등을 알아보기 위하여 위기청소년들이 주로 이용하거나 생활하는 기관 및 시설을 중심으로 해당 시설의 위기청소년 및 종사자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 청소년 대상 설문조사는 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 청소년쉼터, 청소년자립지원관, 청소년회복지원센터, 소년원, 내일이룸학교, 미인가 대안학교 등 위기청소년들이 많이 이용하거나 생활하고 있는 기관 및 시설 내 청소년을 모집단으로 하여 총 167개 기관에서 청소년 2,001명을 표집하여 조사를 실시하였다. 그러나 불성실하게 응답한 설문지 등을 제외하고 최종 분석에 포함된 설문지는 총 1,994부이다. 종사자의 경우는 표집대상이 된 기관 및 시설의 종사자 중 각 기관 및 시설 당 1명에게 의뢰하여 총 166부의 설문지를 수거하였고 이를 대상으로 분석을 실시하였다.

2) 설문지 개발

(1) 설문영역

위기청소년들의 건강 행태 및 관련 환경 파악을 목적으로 위기청소년과 이들이 많이 이용하는 기관 및 시설 종사자를 대상으로 설문조사를 계획하였다. 이에

표 V-1 청소년 및 종사자 대상 주요 설문 영역

대상	주요 설문 영역
청소년	주관적 건강 인식*, 수면*, 영양 및 식습관*, 신체활동*, 개인위생*, 유해물질(음주, 흡연, 고카페인, 약물)에 대한 노출*, 신체적 건강 및 의료이용, 정신적 건강 및 서비스 이용, 성 건강, 사회적 자원 활용, 건강의식*, 건강 환경(거주 및 근로환경)*, 생활 경험(가정 밖 생활 및 학업 경험), 배경문화(인구 사회학적 특성)*
종사자	위기청소년들의 건강 문제에 대한 인식 정도, 각 기관·시설의 건강 관련 예산액, 건강 관련 서비스 제공 현황

* 주: 1) *는 1차년도 연구와 동일한 영역이다. 단 부분적으로 문항의 변경이 있는 영역도 있다.

두 집단에 대한 각각의 설문지를 구성하였다. 각 설문지의 주요 구성 영역은 〈표 V-1〉과 같다.

먼저 위기청소년 설문지의 영역은 크게 주관적 건강 인식, 수면, 영양 및 식습관, 신체활동, 개인위생, 유해물질(음주, 흡연, 고카페인, 약물)에 대한 노출, 신체적 건강 및 의료이용, 정신적 건강 및 서비스 이용, 성 건강, 사회적 자원 활용, 건강의식, 건강 환경(거주 및 근로환경), 생활 경험(가정 밖 생활 및 학업 경험), 배경문화(인구사회학적 특성)으로 구성되었다. 위기청소년용 설문지는 지난 1차년도에서 수행한 학생 조사와의 비교를 염두에 두고 1차년도 학생용 설문지를 기반으로 하여 위기청소년들의 특성을 반영한 새로운 영역 및 문항을 추가하는 방식으로 제작되었다. 1차년도 영역 중 그대로 사용된 영역은 건강 인식, 수면, 영양 및 식습관, 신체활동, 개인위생, 유해물질에 대한 노출, 건강의식, 건강 환경 등이지만 동일 영역이라 하더라도 청소년들의 특성에 따라 일부 문항이 변경, 삭제, 추가되었다. 예를 들어 유해물질에 대한 노출 영역에서 흡연과 약물 오남용 관련 문항은 새롭게 추가되었다. 건강 환경에서는 근로환경 관련 문항은 새롭게 추가된 반면 지역사회 및 학교 환경¹²³⁾은 위기청소년과 학생 청소년 간의 차이가 크지

123) 지역사회 관련 문항은 개인의 경제적 수준이나 지역 규모에 따른 차이로 위기청소년과 학생 청소년의

않을 것이라는 판단 아래 삭제되었다. 또한 위기청소년 특성을 반영하여 새롭게 추가된 영역은 신체적 건강 및 의료이용, 정신적 건강 및 서비스 이용, 성 건강, 사회적 자원 활용, 생활 경험 영역이다.

종사자용 설문지는 위기청소년들이 주로 이용하거나 생활하는 기관 및 시설 당 종사자 한 명이 기관 및 시설을 대표하여 응답하도록 설계하였다. 설문내용은 위기청소년들의 건강 문제에 대한 종사자들의 인식 정도, 각 기관 및 시설의 건강 관련 예산 책정 정도와 건강 관련 서비스 제공 현황, 기타 건의 사항 등으로 구성하였다.

(2) 개발과정

설문지 개발은 다음과 같은 과정을 거쳤다(그림 V-1). 가장 먼저 문헌검토를

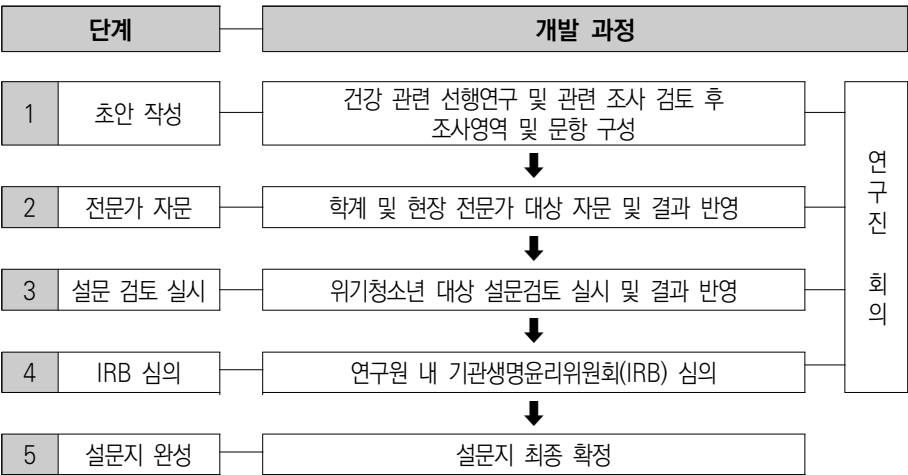


그림 V-1 설문지 개발 과정

비교가 불필요할 것이라는 가정아래 관련 문항을 삭제하였다. 학교환경 관련 문항 역시 학교 밖 청소년은 학교 환경 문항에 해당사항이 없으며 학교에 재학 중인 청소년은 학생 청소년이므로 학교 환경에 대한 응답이 비슷한 경향을 보여 비교가 불필요할 것이라는 가정 아래 관련 문항을 삭제하였다.

통해 청소년 건강 관련 선행연구 및 관련 조사 내용을 살펴보았다. 이후 문헌 검토를 바탕으로 연구진이 설문지 초안을 작성한 후 학계 및 현장 전문가와의 자문회의 및 연구진 회의를 통해 여러 차례에 걸쳐 설문지를 수정하였다. 자문회의에서는 조사 영역, 문항 및 세부 항목의 내용과 구성의 적절성에 대한 의견을 수렴하였다. 특히 현장 전문가들을 통해 최근 위기청소년들의 건강 행태 및 관련 환경에 대한 내용을 충분히 수렴하여 설문 내용에 반영하였다.

청소년 대상 설문검토에서는 설문지 응답 소요시간, 문항내용에 대한 이해도와 응답시 불편 사항, 설문지 구성의 논리 등을 확인하였다. 설문검토는 총 2개 기관에 의뢰, 검토에 참석한 청소년은 총 7명(남자 4명, 여자 3명)이다. 설문검토에 참여한 청소년들의 의견을 수렴한 후 연구진 회의를 통해 설문지를 보다 정교하게 다듬었다.

마지막 단계로 연구원 내 기관생명윤리상 별다른 문제가 없음을 최종적으로 확인하였다(202004-HR-고유-005). 이러한 일련의 절차를 거쳐 설문지를 확정하였다.

(3) 조사내용

최종 완성된 설문지의 영역별 조사항목과 문항 내용, 출처를 정리하면 <표 V-2>, <표 V-3>과 같다.

표 V-2 청소년용 설문문항 및 내용 출처

영역	문항 번호	설문조사 내용	출처
주관적 건강 인식	1	주관적 건강 상태*	2017년 청소년종합실태조사(여성가족부, 2017)
	2	주관적 자기 돌봄	연구진 신규 작성
수면	3	기상 및 취침 시간*	아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구(최창욱, 황세영, 유민상, 2018)의 문항을 참조하여 연구진 수정·보완
	4	수면부족 여부 및 이유**	

영역	문항 번호	설문조사 내용	출처
영양 및 식습관	5	식사여부**	제15차(2019년) 청소년건강행태조사(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2019)를 참조하여 연구진 수정
	6	섭취 음식	
	7	식사 행태**	2006년 중·고등학생 인권상황 실태 조사(조금주, 최윤진, 안승문, 권재원, 2006)를 참조하여 연구진 수정
	8	교육	제15차 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019) 를 참조, 연구진 수정
신체 활동	9	신체활동	
개인 위생	10	양치*	제15차(2019년) 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019)를 참조하여 연구진 수정
	11	씻기(샤워/목욕)	연구진 작성
	12	손씻기	제15차 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019) 를 참조하여 연구진 수정
	13	미세먼지 대처*	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I (임희진 외, 2019)
	14	교육	연구진 신규 작성
	15	코로나 바이러스 대처 행태	
	16	독감예방 접종 여부*	
	17	생리대 부족 여부 및 이유*	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I (임희진 외, 2019)
유해 물질	18	음주일수	제15차 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019), 학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구(백혜정, 임희진, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완
		음주 후 행태	
	19	흡연일수 및 금연 시도	
	20	간접흡연**	제15차(2019년) 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019)를 참조하여 연구진 수정·보완
	21	고카페인 음료*	제13차(2017년) 청소년건강행태온라인조사(교육부 외, 2017)를 참조하여 연구진 수정·보완
	22	약물	학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구(백혜정, 임희진, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완
	23	유해물질 관련 교육	제15차 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019) 를 참조하여 연구진 수정·보완

영역	문항 번호	설문조사 내용	출처
신체적 건강 및 의료 이용	24	신체적 증상 여부	거리청소년문진표(아름다운재단, 의정부일시청소년쉼터(이동형), 2018)를 참조하여 연구진 수정·보완
	25	질병 여부	연구진 신규 작성
	26	신체적 증상·질병 치료 여부 및 이유**	국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발 연구(김동진 외, 2017)를 참조하여 연구진 수정·보완
	27-28	신장/체중	제15차 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019)를 참조하여 연구진 수정
	29	교육	연구진 작성
정신적 건강 및 서비스 이용	30	행복도*	2017년 청소년종합실태조사(여성가족부, 2017)를 참조하여 연구진 수정
	31	스트레스 정도*	제15차(2019년) 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019)를 참조하여 연구진 수정
	32	정신건강*	학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼(교육부, 2017), 단 9)번 문항(자해문항)은 거리청소년문진표(아름다운재단, 의정부일시청소년쉼터(이동형), 2018)
	33	심리상담·치료 여부 및 이유	연구진 신규 작성
	34	교육	
성 건강	35	성경험·피임·임신·낙태	학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구(백혜정, 임희진, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완
		성매매 경험	연구진 작성
	36	교육	청소년건강행태조사(교육부 외, 2019)를 참조하여 연구진 수정·보완
사회적 자원 활용	37	아플 때 도움 여부	연구진 신규 작성
건강 의식	38	건강 의식**	청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I (임희진 외, 2019)의 문항을 일부 수정
거주 환경	39	거주 형태	연구진 작성
	40	거주 환경**	청소년의 물리적 환경과 정신건강과의 관계 연구 (이선민, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완

영역	문항 번호	설문조사 내용	출처
근로 환경	41	근로 경험	가정 밖 청소년의 실태와 자립지원 방안 연구(김희진 외, 2018)를 참조하여 연구진 수정
		근로 환경	연구진 신규 작성
가정 밖 생활 경험	42	가정 밖 생활 경험 유무 및 정도	가정 밖 청소년의 실태와 자립지원 방안 연구(김희진 외, 2018)를 참조하여 연구진 수정
		가정 밖 생활 시작 연령 및 기간	
		가정 밖 주요 생활장소	
		기관 이용(시설 입소) 전 생활 행태	학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구(백혜정, 임희진, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완
		가출 팜 경험 여부	단 42-8의 8)번 문항은 연구진 신규 작성, 42-8의 9)번 문항은 거리청소년문진표(아름다운재단, 의정부일시청소년쉼터(이동형), 2018) 연구진 작성
학업 (학교 밖) 경험	43	재학 여부 및 비재학 상황	가정 밖 청소년의 실태와 자립지원 방안 연구(김희진 외, 2018)를 참조하여 연구진 수정
		학교 밖 청소년 검진	학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구(백혜정, 임희진, 2014)를 참조하여 연구진 수정·보완
배경 문항	SQ1-2	성별/생년월	연구진 작성
	SQ3	가정형편*	아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구(김영지 외, 2017)를 참조하여 연구진 수정
	SQ4	동거가족**	

* 주: 1) * 1차년도 연구와 동일한 문항이다.

2) **1차년도 연구와 동일한 문항이나 부분적으로 내용의 변경이 있다.

표 V-3 종사자용 설문문항 및 내용 출처

영역	문항 번호	설문조사 내용	출처
배경문항	1	현원	연구진 신규 작성
	2-3	숙식 서비스 제공 여부	
건강 문항	4	청소년 건강문제에 대한 인식	
		건강 관련 예산	
		건강 관련 서비스 제공 여부	
		정책 제언	

3) 자료수집 및 분석

(1) 자료수집

자료수집은 조사전문기관에 위탁하여 실시하였다. 조사에 앞서 표본 배분은 변형비례배분 방식을 활용하였다. 단순비례배분으로 표본을 할당할 경우 특정 층에서 너무 적은 표본이 수집될 우려가 있기 때문이다. 또한 표본추출은 층화계통 추출법을 적용하였다. 17개 광역 시도, 9개 기관 유형별로 층화한 후 각 기관별 청소년의 평균인원 수를 근거로 하되 기관의 특성이나 기관별 응답률의 차이를 고려하여 기관별 표본 수를 배분하였다.

조사에 참여하는 청소년 및 종사자들은 모두 조사 동의¹²⁴⁾와 개인정보 수집 및 이용에 동의하였고 동의하지 않은 이들은 조사에서 제외하였다. 미성년자인 청소년들은 원칙상 ‘법정대리인 서면동의’도 받도록 되어 있으나 ‘가출 및 학교 밖 청소년’의 특성을 고려했을 때 법정대리인 서면동의가 어려운 측면이 있어 IRB 심의에서 법정대리인 서면동의 면제를 승인받았다.

조사는 조사전문기관에 의뢰하였다. 2020년 5월에서 6월까지의 일정으로 조사원이 기관 및 시설을 방문하여 일대일 대면 조사를 원칙으로 하였다. 단 예산상의 문제와 더불어 기관의 특성을 고려하여 30% 이내에서 유치조사 및 우편조사를 허용하였다. 그러나 2020년 코로나19¹²⁵⁾가 크게 확산됨에 따라 당초 조사협조를 약속했던 기관이 휴관하거나 청소년 수가 감소하는 기관, 감염예방차원에서 방문을 거절하는 기관이 많아져 불가피하게 조사 방법에 조정이 필요하였다. 그에 따라 당초 지역이나 기관 유형에 따라 할당된 100개 기관을 다시 조정하였고 유치조사 및 우편조사도 그 비율을 확대하여 전체 청소년 설문지의 57.5%가 우편

124) 1. 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.

2. 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.

3. 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.

125) 코로나19의 공식 한글 명칭으로 WHO가 정한 국제적 공식 명칭은 COVID-19이다(연합뉴스, 2020. 2.12).

조사로 대체되었다. 한편 대면조사로 진행된 경우에는 감염예방수칙 준수 및 생활 속 거리두기 지침에 따라 안전하게 수행되었다. 최종적으로 전국 167개 기관에서 2,001부의 설문지를 수거하였다. 이 중 분석에 활용된 설문지는 청소년용 1,994부, 종사자용 166부이다. 조사는 계획보다 다소 늦어진 6월부터 7월까지 약 두 달간 실시하였다.

조사 과정은 다음과 같다. 우선 위기청소년 이용기관별, 성별, 지역별 분포를 대표할 수 있도록 표본을 설계하였다. 표본의 크기는 조사의 비용 및 시간을 고려하여 2,000명을 목표크기로 하고 100개 기관을 추출하여 조사하기로 하였다. 또한 표본배분을 위해서는 17개 광역시도와 9개 기관(학교밖청소년지원센터, 일시·단기·중장기 청소년쉼터, 청소년자립지원관, 청소년회복지원센터, 소년원, 내일이룸학교, 비인가 대안학교)을 층화변수로 고려하여 기관 및 표본크기를 결정하는 변형비례배분을 하였다. 각 지역과 기관 유형별로 할당된 표본기관의 추출은 확률비례계통추출 방법을 적용하였다.

이러한 일련의 과정에 따라 선정된 각 기관·시설에 협조공문 및 조사 안내문을 발송하고 조사협조를 요청하였다. 이후 조사를 수락한 기관·시설에 조사원이 방문하여 면대면 자기기입식 방법으로 조사를 실시하였다. 기관의 특성상 조사를 수락하였으나 조사원의 면대면 조사를 원치 않는 기관은 유치조사 및 우편조사를 허용하였다. 조사에 앞서 5월 25일에는 선발된 조사원을 대상으로 교육을 실시하였다. 조사원 교육은 조사개요, 문항별 지침, 조사 진행 시 유의사항 등의 내용을 중심으로 조사전문기관에서 주최하였으며 연구진도 함께 참석하였다. 마지막으로 조사 완료된 자료는 입력 시 오류를 최소화하기 위하여 더블 펀칭 및 데이터 클리닝, 입력된 데이터에 대한 검수작업 등을 거쳐 분석에 활용되었다.

(2) 분석방법

설문조사 자료들은 청소년 응답자료를 중심으로 통계처리를 통해 기본적으로 항목별 응답 비율, 평균 및 표준편차 등의 기술 분석 결과를 제시하였다. 또한

청소년 응답자료의 경우 배경변인별 집단 간 응답의 차이를 살펴보기 위해 교차분석(χ^2 검정)이나 평균비교분석(t-test, One-way Analysis of Variance)을 실시하였고 일원변량분석에 한해 Scheffé 사후 검정을 실시하였다. 이 때 사용한 배경변인으로는 성별, 연령, 학교 재학 여부, 일 경험, 가정 밖 생활 여부, 현재 거주(가족)유형, 경제수준, 지역규모 등이다. 그 외에 보다 깊이 있는 분석이 필요하다고 판단된 경우에는 변인 간 관계를 보기 위해 공변량분석(ANCOVA)이나 회귀분석, 판별분석 등을 활용하기도 하였다.

2. 조사결과¹²⁶⁾

1) 응답자의 일반적 특성

(1) 청소년 응답자의 일반적 특성

설문조사에 응한 청소년들은 모두 2,001명이었으며 그 중 1,994명의 설문지가 분석되었다. 분석된 설문지 응답자들의 특성을 보면 <표 V-4>와 같다. 우선 남녀의 비율을 보면 남자 44.8%, 여자 55.2%로 남자에 비해 여자 청소년이 다소 많았다. 또한 연령별로 보면 19세 미만은 78.2%로 응답자의 대다수를 차지하였으며 19세 이상은 21.8%이다. 응답자들의 표집된 기관을 보면 학교밖청소년지원센터에서 표집된 인원이 1,423명(71.4%)으로 가장 많았고 그 다음으로는 청소년쉼터(317명, 15.9%), 소년원(112명, 5.6%), 내일이룸학교(74명, 3.7%) 등의 순으로 나타났다.

재학여부는 세 가지 유형-재학(미인가 대안학교 포함, 초중고), 비재학(고졸 이하), 고졸 이상 청소년으로 나누었다. 법령¹²⁷⁾에 따르면 미인가 대안학교에 재학

126) 응답자의 일반적 특성을 제외하고 이후의 절에서는 통계적으로 유의한 경우를 중심으로 통계표를 제시하였다. 통계적으로 유의하지 않는 경우를 포함한 보다 자세한 통계표는 기초분석보고서(별책 보고서)에 수록하였다.

127) 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=201174&efYd=20180717#0000>에서 2020년 5월 10일 인출.

중인 청소년도 학교 밖 청소년에 포함되지만 이 연구에서는 미인가 대안학교를 포함, 학교 재학 여부에 좀 더 관심을 가졌기 때문에 미인가 대안학교에 다니는 청소년이라도 재학생에 포함하였다. 응답자 중 비재학 청소년이 51.6%(1,000명)로 가장 많았고 그 다음이 고졸 이상의 청소년(611명, 31.5%)이었다. 재학 중인 청소년은 327명(16.9%)이었다. 일 경험 여부를 살펴보면 최근 6개월 간 일한 경험이 있는 경우는 41.1%(815명)로 일 경험이 없는 경우(1,167명, 58.9%)보다 그 비율이 낮았다.

표 V-4 청소년 응답자의 일반적 특성

구분			사례 수(명)	비율(%)
전체			1,994	100.0
성별	남자		893	44.8
	여자		1101	55.2
연령	19세 미만		1,559	78.2
	19세 이상		435	21.8
소속 시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터		1,423	71.4
	청소년 쉼터	일시	80	4.0
		단기	178	8.9
		중장기	59	3.0
	청소년 자립지원관		14	0.7
	청소년 회복지원시설		24	1.2
	소년원		112	5.6
	내일이룸학교		74	3.7
	미인가 대안학교		30	1.5
재학 여부	재학(미인가 대안학교 포함)		327	16.9
	비재학(고졸 이하)		1,000	51.6
	고졸 이상		611	31.5
일 경험	없음		1,167	58.9
	있음		815	41.1

	구분	사례 수(명)	비율(%)
가정 밖 생활	없음	1,319	67.1
	한 달 미만	289	14.7
	1년 미만	215	10.9
	1년 이상	142	7.2
현재 거주 유형	원가정 양부모	877	44.1
	원가정 한부모·조손	452	22.7
	청소년 시설	525	26.4
	기타	133	6.7
경제수준	상	294	14.8
	중	1,126	56.5
	하	573	28.8
지역규모	대도시	701	35.2
	중소도시	890	44.6
	읍면지역	403	20.2
시도	서울	262	13.1
	부산	150	7.5
	대구	145	7.3
	인천	62	3.1
	광주	51	2.6
	대전	21	1.1
	울산	47	2.4
	세종	0	0.0
	경기	344	17.3
	강원	103	5.2
	충북	140	7.0
	충남	155	7.8
	전북	105	5.3
	전남	63	3.2
	경북	142	7.1
	경남	178	8.9
	제주	26	1.3

가정 밖 생활 경험 여부는 전혀 없는 경우가 67.1%(1,319명)로 가장 높았고 그 뒤로 하루 이상~한 달 미만(14.7%), 한 달 이상~1년 미만(10.9%), 1년 이상(7.2%) 순으로 나타났다. 현재 거주 유형을 보면 양부모 가정에서 생활하는 청소년들(44.1%)이 가장 많았다. 그 외에 청소년쉼터나 청소년 회복지원시설, 소년원 등 시설 생활 청소년은 26.4%, 한부모 및 조손 가정에서 생활하는 청소년들은 22.7%, 기타 친척이나 친구·선후배 등 지인과 사는 경우나 혼자 사는 경우 등 기타에 해당하는 비율은 6.7%였다. 가정의 경제수준은 중(中)인 경우(56.5%)가 가장 많았고 상(上)인 경우(14.8%)가 가장 적었다. 하(下)라고 응답한 경우는 전체 응답자의 28.8%였다.

지역규모별 분포는 표집대상을 선정된 기관이 위치한 곳을 기준으로 구분하였다. 그 결과 대도시가 35.2%, 중소도시가 44.6%, 읍면지역이 20.2%로 나타났다.

(2) 종사자 응답자의 일반적 특성

설문에 참여한 종사자들의 일반적 특성을 보면 <표 V-5>와 같다. 총 166명의 종사자 설문지가 분석에 사용되었다. 이들이 속한 시설 유형에 따른 분포를 보면 학교밖청소년지원센터 종사자가 62.7%로 가장 많았고 일시·단기·중장기 청소년 쉼터 종사자가 25.3%로 두 번째로 많았다. 그 외에 내일이룸학교 3%, 청소년회복지원시설, 소년원, 미인가 대안학교 종사자가 각각 2.4%, 청소년자립지원시설 종사자 1.8%였다. 이들 시설이 소재한 지역규모별로는 중소도시 44.6%, 대도시 36.1%, 읍면지역 19.3%로 나타났다. 그 외에 시도별 분포를 보면 경기지역이 21.1%로 가장 많았고 그 뒤로 서울(15.7%), 경상남북도(각 7.8%) 순으로 나타났으며 세종 지역은 한 곳도 포함되지 않았다.

표 V-5 종사자 응답자의 일반적 특성

구분		사례 수(명)	비율(%)
전체		166	100.0
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터	104	62.7
	청소년 쉼터	일시	6.0
		단기	12.7
		중장기	6.6
	청소년 자립지원관	3	1.8
	청소년 회복지원시설	4	2.4
	소년원	4	2.4
	내일이룸학교	5	3.0
	미인가 대안학교	4	2.4
지역규모	대도시	60	36.1
	중소도시	74	44.6
	읍면지역	32	19.3
시도	서울	26	15.7
	부산	12	7.2
	대구	9	5.4
	인천	8	4.8
	광주	2	1.2
	대전	2	1.2
	울산	4	2.4
	세종	0	0.0
	경기	35	21.1
	강원	6	3.6
	충북	8	4.8
	충남	12	7.2
	전북	7	4.2
	전남	7	4.2
	경북	13	7.8
	경남	13	7.8
	제주	2	1.2

2) 수면

(1) 수면시간

위기청소년들은 평균적으로 평일 9시 13분에 일어나서 0시 58분에 잠자리에 드는 것으로 나타났으며 이들의 평균 수면시간은 8시간 15분이었다. 이를 2019년 학생 조사 결과(7시 10분 기상, 23시 52분 취침)와 비교해 볼 때 위기청소년들은 학생 청소년에 비해 좀 더 늦게 자고 좀 더 늦게 일어났으나 평균 수면시간은(중고생 평균시간 6시간 39분¹²⁸⁾, 전체 초중고생 7시간 18분) 훨씬 길었다(표 V-6).

표 V-6 기상 및 취침 시각과 총 수면 시간

구분	사례 수 (명)	기상시각		취침시각	
		평균	표준편차	평균	표준편차
2019년 학생 ¹⁾	8,171	7시 10분	0.603	23시 52분	1.447
전체(위기청소년)	1,894	9시 13분	2.364	24시 58분	2.234

구분	사례 수 (명)	총 수면시간		
		평균	표준편차	F 검증
전체(위기청소년)	1,894	495.30(8시간 15분)	105.752	
재학 여부	재학 ^a	306	461.85(7시간 42분)	23.371*** a<c<b
	비재학(고졸이하) ^b	949	508.01(8시간 28분)	
	고교졸업 ^c	583	491.28(8시간 11분)	
현재 거주 유형	양부모 ^a	854	486.09(8시간 6분)	7.584*** a<d
	한부모·조손 ^b	427	511.61(8시간 32분)	
	청소년 시설 ^c	479	491.31(8시간 11분)	
	기타 ^d	127	516.79(8시간 37분)	
지역 규모	대도시 ^a	664	500.83(8시간 22분)	4.688** b<c
	중소도시 ^b	842	487.08(8시간 7분)	
	읍면지역 ^c	388	503.69(8시간 24분)	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 분석하여 나온 수치이다.

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

128) 중고생 평균 수면시간은 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」의 자료를 재분석하여 도출하였다.

2020년 위기 청소년 결과를 2019년 학생 청소년의 결과와 비교할 때 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있음을 고려할 필요가 있다. 즉 올해는 학교에 가지 않고 가정에서 온라인 수업을 하거나 일자리 및 바깥 활동이 줄어드는 등의 이유로 가정에서 생활하는 시간이 늘어나면서 상대적으로 수면시간이 길어졌을 수 있다. 이러한 점을 감안하더라도 위기 청소년들은 학생 청소년에 비해 수면시간은 다소 길 것으로 예상된다. 하지만 이들의 수면형태를 사례별로 보면 밤낮이 바뀌거나 새벽에 잠자리에 드는 경우가 적지 않았기 때문에 평균 취침 및 기상시각과 총 수면시간 등에서 작년 중고생 대상의 조사결과와 사뭇 다른 결과를 보인 것으로 판단된다.

수면시간에 대한 하위집단별 차이를 살펴보면 재학생의 수면시간이 가장 짧았고 고졸 청소년, 비재학 청소년 순으로 수면시간이 늘어났다. 또한 양부모와 사는 청소년들보다는 기타 거주 유형에 사는 청소년들이, 중소도시보다는 읍면지역에 사는 청소년들의 수면시간이 상대적으로 길었다. <표 V-6>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(2) 수면 부족 정도 및 이유

수면이 부족하다고 응답한 청소년은 54.2%로 2019년 청소년의 55.2%가 수면이 부족하다고 응답한 비율과 크게 다르지 않았다(표 V-7). 2019년 중고생만의 응답률(61.2%)보다는 다소 낮은 수치이다(임희진 외, 2019:153). <표 V-7>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

이를 바탕으로 수면시간과 수면부족 여부에 대한 관련성을 알아보기 위해 판별 분석을 실시하였다. 그 결과 수면시간과 수면시간 부족 여부 간에는 통계적으로 유의한 수준에서 차이가 있었다(표 V-8). 즉 수면시간이 부족하다고 응답한 청소년들의 평균 수면시간은 8시간 1분, 부족하지 않다고 응답한 청소년들의 평균

표 V-7 수면 부족 여부

(단위: %)

구분		사례 수(명)	예	아니오	χ^2
2019년 학생 ¹⁾		8,193	55.2	44.8	
전체(위기청소년)		1,956	54.2	45.8	
성별	남자	876	50.0	50.0	11.232**
	여자	1,080	57.6	42.4	
일 경험	없음	1,145	47.7	52.3	46.431***
	있음	804	63.3	36.7	
가정 밖 생활	없음	1,295	48.5	51.5	50.096***
	한 달 미만	285	63.2	36.8	
	1년 미만	211	66.4	33.6	
	1년 이상	142	68.3	31.7	
현재 거주 유형	양부모	860	50.8	49.2	21.937***
	한부모·조손	441	57.6	42.4	
	청소년 시설	517	52.6	47.4	
	기타	132	71.2	28.8	
경제 수준	상	290	49.3	50.7	11.274**
	중	1,102	52.5	47.5	
	하	563	59.9	40.1	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

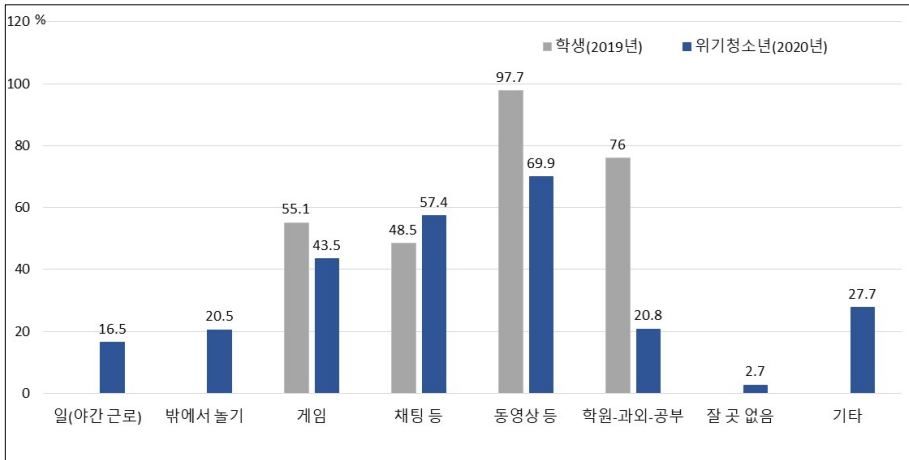
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

수면시간은 8시간 31분으로 나타났다. 수면시간이 부족하다고 응답한 청소년들의 평균 수면시간이 8시간 정도라는 것은 수면의 양보다는 질이 좋지 않음을 시사하

표 V-8 청소년들의 수면시간과 수면시간 부족에 대한 판별분석 결과

구분	수면 부족 여부		판별분석	
	부족함	부족하지 않음	Wilks's λ	$F(1,1856)$
수면시간 평균(분)	480.755	510.672	.980***	37.576
표준편차(분)	115.031	91.946		
사례 수	994	864		

* 주: 1) *** $p<.001$



* 주: 1) 2019년 자료는 위기청소년들의 수면 부족 이유를 기준으로 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I」 설문조사 결과 중 중고생만을 추려 재분석한 결과이다.

그림 V-2 수면부족 이유(복수 응답)

는 것으로 볼 수 있을 것이다.

이들이 수면이 부족한 이유를 살펴보면(그림 V-2) 동영상·만화·음악 시청이 69.9%로 가장 많은 비율을 차지하였고 그 다음으로 채팅·문자메시지·SNS(57.4%), 게임(43.5%) 순으로 나타났다. 한편 작년 조사 결과에서 수면이 부족한 중고생들의 주된 이유(공부 62.9%, 학원 및 과외 43.1%, 총합 76%)였던 학원·과외·공부 등 학습을 이유로 든 청소년은 20.8%에 불과하였다. 즉 위기청소년들은 중고생들과는 달리 학습으로 인한 수면부족은 적었으며 이는 학교 밖 청소년이 많은 집단에서 얼마든지 예측 가능한 결과이다. 수면부족 이유에서 한 가지 더 주목할 점은 기타를 이유로 든 경우 불면증이나 잠이 오지 않음을 언급한 사례가 절반에 가까웠다는 점이다. 이는 청소년들이 불규칙한 생활로 인해 신체리듬이 깨지면서 발생하는 수면문제가 적지 않음을 시사한다.

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 수면문제 정도를 물어본 결과 63.3%가 문제가 있다(있는 편이다 42.2%,

표 V-9 청소년 수면문제에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분			사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증
전체			166	10.2	25.9	42.2	21.1	0.6	2.75	0.908	
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터 ^a		104	1.9	15.4	51.9	29.8	1.0	3.11	0.726	10.431 *** f<a
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	10.0	30.0	40.0	20.0	0.0	2.70	0.949	
		단기 ^c	21	23.8	47.6	28.6	0.0	0.0	2.05	0.740	
		중장기 ^d	11	18.2	72.7	9.1	0.0	0.0	1.91	0.539	
	청소년 자립지원관 ^e		3	33.3	0.0	66.7	0.0	0.0	2.33	1.155	
	청소년 회복지원시설 ^f		4	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	1.25	0.500	
	소년원 ^g		4	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	1.50	0.577	
	내일이룸학교 ^h		5	0.0	60.0	20.0	20.0	0.0	2.60	0.894	
	미인가 대안학교 ⁱ		4	25.0	0.0	50.0	25.0	0.0	2.75	1.258	
지역 규모	대도시 ^a		60	10.0	26.7	41.7	21.7	0.0	2.75	0.914	4.235* b<c
	중소도시 ^b		74	13.5	28.4	43.2	13.5	1.4	2.58	0.896	
	읍면지역 ^c		32	3.1	18.8	40.6	37.5	0.0	3.13	0.833	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

- 2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다,
⑤ 잘 모르겠다
3) 평균계산 시 ⑤번 제외

매우 심각하다 21.1%)고 응답하였다(표 V-9). 시설별 응답률을 보면 회복지원시설보다 학교밖청소년지원센터의 종사자들이 더 큰 문제의식을 갖는 경향을 보였다. 이는 학교를 다니지 않는 경우 아무래도 규칙적인 생활양식에서 벗어나는 경우가 많고 이에 따라 수면도 영향을 받는 것으로 보인다.

3) 영양 및 식습관

(1) 최근 7일간 식사 횟수

① 아침식사

최근 일주일 동안 아침식사 횟수를 살펴본 결과 평균 일주일에 3회의 식사를

한 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 일주일 내내 아침 식사를 한 경우는 22.6%, 한 번도 하지 않은 경우는 28.4%였다(표 V-10).

표 V-10 최근 7일간 아침식사 횟수

(단위: %, 회)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,200	14.7	3.4	6.2	6.6	5.2	6.9	5.8	51.2	4.84	2.680
전체(위기청소년)		1,989	28.4	9.4	13.5	10.7	6.2	5.8	3.5	22.6	3.01	2.699
성별	남자	891	21.4	7.6	12.8	10.9	6.8	6.6	3.4	30.4	3.59	2.742
	여자	1,098	34.0	10.7	14.0	10.6	5.7	5.2	3.6	16.2	2.54	2.569
재학 여부	재학 ^a	326	23.6	7.1	11.3	10.7	7.4	9.8	6.1	23.9	3.45	2.681
	비재학(고졸이하) ^b	997	28.1	10.3	14.5	11.7	5.2	5.8	2.8	21.5	2.92	2.657
	고교졸업 ^c	610	31.0	8.9	12.3	9.7	7.2	4.1	3.3	23.6	2.97	2.754
일 경험	없음	1,164	23.8	8.8	12.3	9.7	6.4	6.6	4.8	27.6	3.43	2.758
	있음	813	34.8	10.3	15.1	12.2	6.0	4.8	1.5	15.3	2.41	2.486
가정 밖 생활	없음 ^a	1,318	27.5	8.7	12.1	10.2	6.8	6.2	3.6	24.8	3.17	2.745
	한 달 미만 ^b	287	30.7	8.4	16.7	11.8	4.2	5.9	4.9	17.4	2.75	2.594
	1년 미만 ^c	213	22.5	14.1	16.9	13.6	4.7	4.7	2.8	20.7	2.92	2.565
	1년 이상 ^d	142	40.8	10.6	12.7	7.7	8.5	4.9	1.4	13.4	2.20	2.485
현재 거주 유형	양부모 ^a	876	25.9	8.9	14.5	10.4	5.9	6.8	4.5	23.1	3.15	2.691
	한부모·조손 ^b	450	34.9	11.1	15.8	11.3	6.7	5.1	2.4	12.7	2.32	2.411
	청소년 시설 ^c	523	22.6	7.1	9.8	10.5	6.5	5.7	3.6	34.2	3.74	2.824
	기타 ^d	133	45.9	15.0	13.5	11.3	6.0	2.3	0.0	6.0	1.53	1.964
경제 수준	상 ^a	293	19.8	6.8	10.2	10.9	8.9	6.1	5.1	32.1	3.82	2.729
	중 ^b	1,123	28.2	8.9	13.4	10.8	5.6	6.6	2.9	23.6	3.06	2.719
	하 ^c	572	33.0	11.4	15.4	10.5	6.1	4.2	3.7	15.7	2.51	2.536
지역 규모	대도시 ^a	697	27.0	8.8	11.6	12.1	7.6	5.2	3.6	24.2	3.16	2.714
	중소도시 ^b	889	29.6	10.7	15.4	10.7	4.8	6.4	3.3	19.1	2.78	2.620
	읍면지역 ^c	403	28.0	7.4	12.4	8.4	6.9	5.7	3.7	27.3	3.27	2.809

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.
2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$
3) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1번, ③ 주 2번, ④ 주 3번, ⑤ 주 4번, ⑥ 주 5번, ⑦ 주 6번, ⑧ 매일 먹었다

하위집단별 차이를 보면 여자(2.54회)보다는 남자(3.59회)의 식사 횟수가 더 많았다. 또한 학교에 다니는 경우가 일 년 경험이 없는 경우, 가정 밖 생활이 일 년 이상 되지 않은 경우가 일 년 이상인 경우보다 식사를 더 자주 하였다. 거주유형별 차이를 보면 청소년 시설에 사는 경우가 식사 횟수가 가장 많았으며 양부모 가정, 한부모·조손 가정, 기타 순으로 식사 횟수가 감소하였다. 그 외에도 가정의 경제수준이 높을수록 식사를 더 자주 하였으며 읍면지역보다는 중소도시에 사는 경우 식사 횟수가 감소하였다.

② 점심식사

일주일 동안 점심식사에 대한 응답을 살펴보면 일주일 평균 점심식사 회수는 5.61회로 청소년들은 대부분의 날에 점심식사를 한 것으로 보인다. 그러나 횟수에 대한 응답률을 보면 매일 점심을 먹었다고 한 경우는 57.3%로 응답자의 절반에 가까운 이들이 일주일에 하루 이상 점심을 걸렀음을 알 수 있다. 특히 일주일에 3회 이하로 점심을 먹었다고 응답한 비율은 18.3%로 적지 않은 청소년들이 점심식사를 제대로 하고 있지 못함을 시사한다(표 V-11).

하위집단별 차이를 보면 이 역시 아침식사에서 나타난 결과와 크게 다르지 않다. 여자보다는 남자가, 재학생이 비재학생보다, 일 경험이 없을수록, 가정 밖 생활을 하지 않은 경우가, 양부모와 살거나 청소년에 시설에 거주하는 경우에, 경제적 수준이 높을수록 식사를 하는 경향이 높았다. 또한 중소도시에 거주하는 청소년들은 읍면지역 청소년들보다 점심을 거르는 경우가 많았다.

표 V-11 최근 7일간 점심식사 횟수

(단위: %, 회)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,977	2.4	2.0	4.9	9.0	8.0	9.7	6.8	57.3	5.61	1.946
성별	남자	885	1.8	1.6	4.1	7.2	6.6	8.0	6.4	64.3	5.86	1.822
	여자	1,092	2.8	2.4	5.5	10.4	9.2	11.0	7.1	51.6	5.40	2.018
재학 여부	재학 ^a	324	0.9	0.9	2.8	4.3	6.2	7.4	7.1	70.4	6.16	1.550
	비재학(고졸이하) ^b	990	3.0	3.0	5.8	11.6	8.7	9.8	6.5	51.6	5.33	2.082
	고교졸업 ^c	607	2.1	0.7	4.4	7.4	7.7	11.2	7.4	59.0	5.76	1.810
일 경험	없음	1,156	1.6	2.1	3.9	6.1	6.6	9.6	6.9	63.3	5.87	1.796
	있음	809	3.6	2.0	6.2	13.2	10.0	9.8	6.7	48.6	5.23	2.088
가정 밖 생활	없음 ^a	1,312	1.8	1.6	4.3	7.5	7.0	10.1	6.6	61.1	5.78	1.838
	한 달 미만 ^b	283	1.8	2.8	4.6	11.7	10.2	9.5	8.5	50.9	5.43	1.956
	1년 미만 ^c	213	4.2	1.9	5.2	13.6	9.4	10.3	5.6	49.8	5.24	2.114
	1년 이상 ^d	141	5.7	3.5	9.2	9.9	10.6	6.4	8.5	46.1	5.00	2.299
현재 거주 유형	양부모 ^a	872	1.9	2.2	4.0	8.4	6.1	9.7	7.3	60.3	5.75	1.878
	한부모·조손 ^b	448	3.6	2.9	7.4	11.8	12.7	12.7	5.4	43.5	5.04	2.103
	청소년 시설 ^c	519	1.0	0.6	2.9	6.6	5.4	6.7	6.9	69.9	6.13	1.586
	기타 ^d	131	6.9	3.8	9.9	13.0	16.0	9.2	7.6	33.6	4.53	2.268
경제 수준	상 ^a	292	1.4	1.4	6.5	5.5	6.2	7.5	5.5	66.1	5.89	1.831
	중 ^b	1,115	2.4	1.9	4.3	9.6	8.3	8.9	6.9	57.8	5.62	1.937
	하 ^c	569	2.8	2.6	5.1	9.7	8.6	12.3	7.2	51.7	5.43	2.005
지역 규모	대도시 ^a	693	2.2	1.7	5.5	8.2	8.9	8.5	6.2	58.7	5.64	1.933
	중소도시 ^b	882	2.3	2.8	4.4	10.4	8.2	10.5	7.7	53.6	5.50	1.973
	읍면지역 ^c	402	3.0	0.7	4.7	7.2	6.2	9.7	5.7	62.7	5.78	1.898

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1번, ③ 주 2번, ④ 주 3번, ⑤ 주 4번, ⑥ 주 5번,
⑦ 주 6번, ⑧ 매일 먹었다

③ 저녁식사

응답자들의 일주일 동안 저녁식사 횟수는 평균 5.78회로 대체로 7일 중 6일은 저녁을 먹는 것으로 나타났다. 그러나 7일 모두 저녁식사를 했다는 비율은 58.5%로 10명 중 4명 정도는 적어도 하루 이상 저녁을 걸렀음을 알 수 있다. 일주일에 3회 이하로 저녁식사를 한 경우는 13.8%로 점심식사를 3회 이하로 한 비율(18.3%)보다는 다소 낮았다. 하위집단별 차이를 보면 남자보다는 여자가, 학교에

표 V-12 최근 7일간 저녁식사 횟수

(단위: %, 회)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,978	1.6	1.6	4.0	6.6	8.2	10.7	8.7	58.5	5.78	1.782
성별	남자	885	1.2	0.7	2.1	4.7	5.8	7.5	7.2	70.7	6.18	1.539
	여자	1,093	1.8	2.3	5.6	8.1	10.2	13.3	10.0	48.7	5.46	1.896
재학 여부	재학 ^a	324	1.2	1.5	3.1	4.3	5.2	10.5	7.1	67.0	6.06	1.644
	비재학(고졸이하) ^b	991	1.5	1.8	4.7	7.5	8.8	11.7	8.7	55.3	5.66	1.828
	고교졸업 ^c	607	2.0	1.2	3.3	6.1	8.9	9.1	10.0	59.5	5.84	1.759
일 경험	없음	1,156	1.4	1.4	3.0	4.9	6.9	9.2	8.1	65.1	6.00	1.672
	있음	810	1.9	1.9	5.4	9.1	10.2	12.7	9.6	49.1	5.46	1.889
현재 거주 유형	양부모 ^a	872	1.4	1.7	3.6	6.2	7.9	10.3	8.6	60.3	5.85	1.748
	한부모·조손 ^b	448	1.8	2.5	6.0	10.7	11.6	11.6	8.3	47.5	5.33	1.951
	청소년 시설 ^c	519	1.2	0.6	2.1	4.0	4.4	8.7	9.4	69.6	6.22	1.477
	기타 ^d	132	3.8	1.5	7.6	6.1	14.4	18.2	8.3	40.2	5.14	1.989
경제 수준	상 ^a	292	1.0	1.0	3.8	4.1	8.6	8.9	6.2	66.4	6.02	1.644
	중 ^b	1,115	1.3	1.7	3.9	6.7	8.1	10.5	8.7	59.1	5.80	1.765
	하 ^c	570	2.3	1.6	4.6	7.7	8.4	11.9	10.2	53.3	5.62	1.868
지역 규모	대도시 ^a	693	1.7	1.3	4.2	5.3	6.9	10.8	8.9	60.8	5.86	1.754
	중소도시 ^b	883	1.4	2.2	4.0	8.6	8.8	11.7	8.4	55.0	5.65	1.827
	읍면지역 ^c	402	1.7	0.7	4.0	4.5	9.2	8.2	9.2	62.4	5.92	1.711

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1번, ③ 주 2번, ④ 주 3번, ⑤ 주 5번,
⑥ 주 6번, ⑦ 매일 먹었다

다니지 않거나 일을 하는 경우가 그렇지 않은 경우보다, 양부모 가정이나 시설에 사는 경우보다는 그렇지 않은 경우가, 경제수준이 낮은 경우, 그리고 중도소시에 사는 경우 식사를 거르는 경우가 더 많았다. <표 V-12>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(2) 섭취한 음식

① 과일(과일주스 제외)

최근 7일 동안 과일을 얼마나 섭취했는지 질문한 결과 전혀 먹지 않았다는 응답이 전체의 20.9%, 1~2번 먹었다는 응답이 40.1%로 연구 대상 청소년들의 과일 섭취율은 낮은 것으로 나타났다(표 V-13). 1일 1회 이상 과일 섭취율은 9.7%로 이는 2019년 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019:22)에서 나타난 중고등학생의 과일 섭취율(20.5%)에 한참 미치지 못하는 수치이다.

하위집단별 차이를 보면 남자보다는 여자가, 19세 이상보다는 19세 미만인, 비재학(고졸 이하) 청소년보다는 재학 청소년이, 일 경험이 있는 청소년보다는 일 경험이 없는 청소년이, 가정 밖 생활 경험이 한 달 이상인 청소년들보다는 가정 밖 생활경험이 없는 청소년들이, 경제수준이 높을수록 과일 섭취율이 높았다. 또한 거주 유형별로는 양부모 가정에 사는 청소년들의 과일 섭취율이 가장 높았고 시설 거주 청소년과 한부모·조손 가정 청소년이 그 다음, 기타 거중유형에 사는 청소년들의 섭취율이 가장 낮았다. 과일 섭취율은 일반 청소년의 경우에도 경제수준의 영향을 많이 받기 때문에(조지은, 박혜련, 전수빈, 김진실, 박고은, 이영, 임영숙, 황진아, 2013) 학교나 시설의 급식에서 과일을 충분히 제공할 필요성이 제기되고 있다. 이 연구의 결과에서도 재학생의 과일 섭취율이 높았는데 이는 급식의 중요성을 시사하는 결과라고 할 수 있다.

표 V-13 최근 7일간 음식 섭취: 과일(과일주스 제외)

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,986	20.9	40.1	22.7	6.6	5.0	2.2	2.5	1.51	1.364
성별	남자	890	22.8	42.5	20.8	4.8	4.8	2.2	2.0	1.41	1.327
	여자	1,096	19.4	38.2	24.2	8.0	5.1	2.2	2.8	1.59	1.388
연령	19세 미만	1,552	20.1	39.1	23.5	6.8	5.3	2.6	2.6	1.56	1.393
	19세 이상	434	24.0	43.8	19.8	5.8	3.9	0.9	1.8	1.32	1.237
재학 여부	재학 ^a	327	17.7	33.9	29.7	8.3	5.2	2.1	3.1	1.68	1.387
	비재학(고졸이하) ^b	992	22.5	41.0	21.1	6.1	4.9	2.2	2.1	1.45	1.345
	고교졸업 ^c	611	20.5	42.2	21.8	6.5	4.1	2.5	2.5	1.49	1.351
일 경험	없음	1,162	18.3	37.9	24.6	7.5	5.9	2.8	3.0	1.65	1.426
	있음	812	24.6	43.2	20.0	5.4	3.6	1.5	1.7	1.31	1.247
가정 밖 생활	없음 ^a	1,317	17.8	38.3	24.1	8.2	6.1	2.8	2.7	1.66	1.412
	한 달 미만 ^b	287	27.2	39.0	21.3	5.2	3.5	1.0	2.8	1.33	1.330
	1년 미만 ^c	215	22.3	53.5	18.6	1.4	2.3	1.4	0.5	1.14	1.000
	1년 이상 ^d	138	35.5	40.6	15.9	2.2	2.2	0.7	2.9	1.09	1.281
현재 거주 유형	양부모 ^a	875	16.0	36.3	24.7	10.5	6.7	2.9	2.9	1.76	1.427
	한부모·조손 ^b	450	25.6	39.1	22.7	4.2	4.0	2.4	2.0	1.37	1.329
	청소년 시설 ^c	522	20.1	46.6	22.6	3.3	3.3	1.5	2.7	1.38	1.274
	기타 ^d	132	42.4	41.7	9.1	2.3	3.8	0.0	0.8	0.86	1.061
경제 수준	상 ^a	293	15.0	34.8	24.2	8.2	10.2	3.4	4.1	1.90	1.550
	중 ^b	1,120	19.7	40.1	22.7	8.0	5.0	2.1	2.4	1.54	1.354
	하 ^c	572	26.4	42.8	21.9	3.0	2.3	1.9	1.7	1.25	1.222
지역 규모	대도시	697	23.1	41.8	21.1	5.9	5.0	1.4	1.7	1.39	1.280
	중소도시	886	19.0	39.7	24.0	7.3	4.6	2.7	2.6	1.57	1.376
	읍면지역	403	21.6	38.2	22.3	6.2	5.7	2.5	3.5	1.58	1.463

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

② 탄산음료

최근 7일 동안 탄산음료 섭취는 1~2번이 38.1%로 가장 많았고 다음으로는 3~4번이 23.4%, 전혀 먹지 않은 경우가 20.6%로 뒤를 이었다. 주 3회 이상 탄산음료 섭취율은 41.3%로 2019년 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019:22)에서 나타난 중고등학생의 섭취율(37%)보다 높은 수치이다. 하위집단별로는 남자가 여자보다, 재학 또는 비재학 청소년이 고졸 청소년보다, 일 경험이 있는 청소년이 일 경험이 없는 청소년보다, 가정 밖 생활이 1년 이상인 청소년이 가정 밖 생활

표 V-14 최근 7일간 음식 섭취: 탄산음료

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,986	20.6	38.1	23.4	7.3	5.7	1.8	3.1	1.57	1.411
성별	남자	890	18.0	33.0	24.5	9.4	8.4	2.2	4.4	1.82	1.534
	여자	1,096	22.7	42.2	22.4	5.6	3.6	1.5	2.1	1.38	1.269
연령											
연령	19세 미만	1,551	19.8	38.3	23.7	7.0	5.9	2.0	3.3	1.60	1.425
	19세 이상	435	23.4	37.2	22.1	8.5	5.1	1.1	2.5	1.48	1.356
재학 여부	재학 ^a	326	17.2	35.6	25.2	9.5	7.1	1.5	4.0	1.74	1.462
	비재학(고졸이하) ^b	994	20.1	36.2	24.6	7.7	6.0	2.3	2.9	1.62	1.421
	고교졸업 ^c	610	23.6	42.1	20.7	5.6	4.4	1.3	2.3	1.38	1.306
일 경험	없음	1,160	23.3	39.4	22.3	6.1	4.6	1.5	2.8	1.45	1.362
	있음	814	16.7	36.0	24.9	9.1	7.5	2.3	3.4	1.75	1.457
가정 밖 생활	없음 ^a	1,314	21.8	40.5	22.7	6.1	4.3	1.7	2.9	1.47	1.360
	한 달 미만 ^b	288	16.3	35.8	26.7	8.3	6.6	2.4	3.8	1.76	1.461
	1년 미만 ^c	215	19.5	32.6	22.8	10.2	9.8	2.3	2.8	1.76	1.487
	1년 이상 ^d	141	18.4	27.0	25.5	13.5	10.6	0.7	4.3	1.90	1.523
현재 거주 유형	양부모 ^a	874	21.3	43.4	21.4	6.2	3.8	1.7	2.3	1.42	1.298
	한부모·조손 ^b	449	16.9	34.5	28.7	7.6	7.1	2.2	2.9	1.72	1.404
	청소년 시설 ^c	523	23.9	33.3	21.6	8.0	7.6	1.5	4.0	1.63	1.524
	기타 ^d	133	15.8	34.6	25.6	9.8	6.8	2.3	5.3	1.85	1.545

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

경험이 없는 청소년보다, 기타 거주 유형 청소년들이 양부모 가정 청소년들보다 탄산음료 섭취율이 높았다. <표 V-14>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

③ 패스트푸드

피자, 햄버거, 치킨 같은 패스트푸드를 최근 7일 동안 얼마나 먹었는지를 질문한 결과 1~2회 섭취가 54.1%, 3~4회 섭취가 18.9%였고, 3회 이상 패스트푸드 섭취율은 26.1%였다(표 V-15). 이 수치는 2019년 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019: 22)의 중고등학생의 섭취율(25.5%)과 큰 차이를 보이지 않았다. 하위집단 별로 남자가 여자보다, 19세 미만이 19세 이상보다, 일 경험이 있는 경우가 일 경험이 없는 경우보다, 청소년 시설 거주 청소년보다 기타 거주 유형 청소년들이 패스트푸드 섭취율이 높았다. 이는 가정이나 시설의 보호를 받지 못하는 청소년

표 V-15 최근 7일간 음식 섭취: 패스트푸드

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,987	19.8	54.1	18.9	3.9	2.0	0.4	0.9	1.19	0.989
성별	남자	889	18.6	50.2	21.8	4.8	2.7	0.7	1.2	1.30	1.081
	여자	1,098	20.9	57.3	16.5	3.1	1.5	0.2	0.6	1.10	0.899
연령	19세 미만	1,552	18.4	55.0	18.9	4.3	2.2	0.4	1.0	1.22	0.998
	19세 이상	435	25.1	51.0	18.9	2.5	1.4	0.5	0.7	1.08	0.952
일 경험	없음	1,162	20.6	55.5	17.3	3.7	1.5	0.4	0.9	1.15	0.974
	있음	813	18.7	52.0	21.3	4.2	2.7	0.2	0.9	1.24	1.004
현재 거주 유형	양부모 ^a	874	17.3	58.1	19.1	3.7	1.4	0.1	0.3	1.15	0.846
	한부모·조손 ^b	450	16.4	54.2	19.8	4.2	3.6	0.4	1.3	1.31	1.078
	청소년 시설 ^c	523	27.7	49.9	14.7	3.6	1.7	0.8	1.5	1.10	1.105
	기타 ^d	133	17.3	44.4	30.1	4.5	2.3	0.8	0.8	1.35	1.024

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,

⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

들의 식생활이 열악함을 보여주는 결과이다. <표 V-15>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

④ 라면이나 컵라면

최근 7일 동안 라면이나 컵라면을 얼마나 먹었는지에 대한 응답을 살펴보면 전혀 먹지 않았다는 응답이 21.5%, 1~2회 먹었다는 응답이 44%로 많았으나 매일

표 V-16 최근 7일간 음식 섭취: 라면이나 컵라면

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,988	21.5	44.0	21.9	7.9	2.9	0.5	1.3	1.33	1.140
성별	남자	890	20.1	42.0	21.6	9.1	4.4	0.7	2.1	1.46	1.267
	여자	1,098	22.6	45.5	22.2	7.0	1.7	0.4	0.5	1.23	1.013
재학 여부	재학	327	20.2	48.6	19.9	6.4	3.1	0.0	1.8	1.31	1.140
	비재학(고졸이하)	995	20.9	42.5	22.3	8.9	3.4	0.8	1.1	1.38	1.165
	고교졸업	610	24.1	44.3	21.1	7.0	2.3	0.2	1.0	1.24	1.077
일 경험	없음	1,161	23.0	45.9	20.2	7.4	2.0	0.3	1.2	1.25	1.095
	있음	815	19.4	41.0	24.5	8.8	4.3	0.6	1.3	1.45	1.189
가정 밖 생활	없음 ^a	1,317	23.8	44.3	21.2	6.9	2.4	0.5	0.9	1.25	1.086
	한 달 미만 ^b	288	15.3	43.8	28.5	7.3	3.1	0.0	2.1	1.48	1.144
	1년 미만 ^c	214	17.8	41.6	20.1	13.6	4.7	0.9	1.4	1.54	1.247
	1년 이상 ^d	141	17.0	43.3	19.1	10.6	5.7	1.4	2.8	1.60	1.373
현재 거주 유형	양부모 ^a	876	21.7	48.2	22.0	6.1	1.6	0.0	0.5	1.20	0.949
	한부모·조손 ^b	448	17.4	38.6	25.4	12.7	4.0	0.9	0.9	1.54	1.175
	청소년 시설 ^c	524	26.1	44.1	18.1	5.3	3.1	0.6	2.7	1.27	1.272
	기타 ^d	133	15.0	36.1	24.1	12.8	7.5	2.3	2.3	1.77	1.385
경제 수준	상 ^a	293	26.3	46.4	18.1	4.1	2.7	0.7	1.7	1.19	1.164
	중 ^b	1,121	20.8	45.9	21.2	7.4	2.9	0.4	1.3	1.32	1.130
	하 ^c	573	20.2	38.9	25.3	11.0	3.1	0.5	0.9	1.43	1.139

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001
 2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
 ⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

1번 이상 라면이나 컵라면을 먹는 청소년도 4.7%였다. 하위집단별 차이를 보면 여자보다는 남자가, 일 경험이 없는 경우보다는 있는 경우가, 가정 밖 생활 경험이 한 달 이상인 경우가 경험이 없는 경우보다, 한부모·조손 가정이거나 기타 거주 유형인 경우가 양부모 가정이나 청소년 시설에 거주하는 경우보다, 그리고 가정의 경제수준이 하(下)인 경우가 상(上)인 경우보다 라면이나 컵라면을 더 자주 먹는 것으로 나타났다. <표 V-16>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

⑤ 과자

최근 7일 동안의 과자 섭취율은 1~2회가 41.6%로 가장 많았다. 다음으로는

표 V-17 최근 7일간 음식 섭취: 과자

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,978	23.6	41.6	20.9	7.7	4.0	0.8	1.5	1.35	1.220
재학 여부	재학 ^a	327	19.0	36.4	23.9	8.0	7.3	1.2	4.3	1.69	1.484
	비재학(고졸이하) ^b	988	25.4	41.3	20.5	7.8	3.5	0.7	0.7	1.28	1.142
	고교졸업 ^c	607	23.4	44.0	20.6	7.7	2.6	0.5	1.2	1.28	1.130
일 경험	없음	1,155	21.1	42.0	21.7	7.8	4.9	0.7	1.7	1.42	1.245
	있음	811	27.5	40.7	19.7	7.5	2.6	0.7	1.2	1.24	1.173
가정 밖 생활	없음	1,310	23.8	42.2	21.7	7.2	3.1	0.8	1.2	1.31	1.165
	한 달 미만	286	23.8	41.3	19.9	7.3	4.9	1.0	1.7	1.38	1.278
	1년 미만	214	23.8	38.3	19.2	9.3	7.0	0.0	2.3	1.47	1.345
	1년 이상	140	23.6	34.3	20.0	12.1	5.7	1.4	2.9	1.58	1.435
현재 거주 유형	양부모 ^a	872	23.3	43.8	21.4	7.2	2.6	0.6	1.0	1.28	1.116
	한부모·조손 ^b	446	25.8	40.8	21.7	7.6	2.5	0.9	0.7	1.26	1.119
	청소년 시설 ^c	522	19.7	41.0	19.7	7.9	7.5	1.0	3.3	1.58	1.419
	기타 ^d	131	35.1	32.1	18.3	8.4	4.6	0.8	0.8	1.21	1.251

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 매일 1번,
⑤ 매일 2번, ⑥ 매일 3번 이상

전혀 먹지 않았다가 23.6%, 3~4번이 20.9%인 것으로 나타나 청소년들이 과자를 아주 자주 먹는 것은 아님을 보여주었다. 하위집단별 차이를 보면 재학 청소년이 그렇지 않은 청소년보다, 일 경험이 없는 경우가 있는 경우보다, 청소년 시설에 거주하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 섭취율이 높았다. 특히 청소년 시설에서 과자섭취율이 높았다는 것은 시설에서 간식거리로 과자를 제공하기 때문인 것으로 추측된다. <표 V-17>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

⑥ 채소반찬(김치 제외)

채소는 과일과 더불어 비타민의 중요한 섭취원이다. 이에 김치를 제외한 채소반찬을 최근 7일 동안 얼마나 먹었는지를 질문한 결과 3~4번 먹었다는 응답이 26.1%로 가장 많았다. 다음으로 주 1~2번 22.3%, 주 5~6번 13.6%, 전혀 먹지 않았다 11.9%의 순이었다. 조사대상 청소년들의 1일 3회 이상 채소 섭취율은 8%로 청소년건강행태조사의 대상인 중고등학생 1일 3회 이상 채소 섭취율 10.9%(교육부 외, 2019:151)보다 다소 낮았다.

하위집단별 차이를 살펴보면 남자, 재학 청소년, 일 경험이 없는 경우가 그렇지 않은 경우보다 채소 섭취율이 높았다. 거주유형별에서는 청소년 시설 거주 청소년의 섭취율이 가장 높았고 기타 거주 유형의 청소년들 섭취율이 가장 낮았다. 또한 가정의 경제수준이 높은 경우와 읍면지역에 거주하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 채소 섭취율이 각각 높았다. 특히 시설 청소년의 채소 섭취율이 높다는 것은 식사 중 채소반찬 제공이 채소 섭취율을 높이는 근본적인 수단임을 시사한다. <표 V-18>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-18 최근 7일간 음식 섭취: 채소반찬(김치 제외)

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,981	11.9	22.3	26.1	13.6	10.9	7.3	8.0	2.43	1.738
성별	남자	886	9.6	19.9	28.2	12.4	11.5	8.0	10.4	2.62	1.780
	여자	1,095	13.7	24.2	24.4	14.5	10.4	6.7	6.1	2.28	1.689
재학 여부	재학 ^a	326	6.7	20.2	25.2	14.1	11.7	9.8	12.3	2.82	1.806
	비재학(고졸이하) ^b	993	12.9	23.2	27.3	13.7	10.0	6.0	6.9	2.31	1.688
	고교졸업 ^c	606	13.0	21.8	24.9	13.0	12.4	7.8	7.1	2.42	1.741
일 경험	없음	1,156	11.4	20.8	25.9	13.7	11.3	7.5	9.3	2.53	1.776
	있음	813	12.5	24.1	26.7	13.4	10.3	6.8	6.2	2.30	1.673
현재 거주 유형	양부모 ^a	873	9.9	22.0	26.5	14.1	11.6	8.2	7.8	2.51	1.716
	한부모·조손 ^b	447	12.3	27.3	24.6	14.1	11.6	4.7	5.4	2.21	1.617
	청소년 시설 ^c	523	11.5	18.4	26.6	12.6	10.5	9.6	10.9	2.65	1.839
	기타 ^d	131	26.0	21.4	26.7	13.0	5.3	0.8	6.9	1.80	1.657
경제 수준	상 ^a	292	8.6	15.8	26.4	14.4	13.0	13.4	8.6	2.82	1.754
	중 ^b	1,118	11.5	22.7	25.6	15.0	10.7	5.8	8.6	2.42	1.728
	하 ^c	570	14.0	24.7	27.0	10.4	10.2	7.0	6.7	2.26	1.720
지역 규모	대도시 ^a	697	12.8	23.5	25.1	13.9	11.3	6.2	7.2	2.35	1.710
	중소도시 ^b	885	11.9	22.3	27.1	14.6	9.7	7.0	7.5	2.39	1.705
	읍면지역 ^c	399	10.3	20.1	25.6	10.8	12.8	9.8	10.8	2.68	1.838

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

⑦ 우유

최근 7일 동안 우유를 얼마나 먹었는지를 질문한 결과 전혀 먹지 않았다는 청소년이 34.9%로 가장 많았다. 1일 1회 이상 우유 섭취율은 10.9%로 청소년건강행태조사의 중고등학생 섭취율 22.8%의 절반에도 미치지 못하였다(교육부 외, 2019:155).

하위집단별로는 남자가 여자보다, 19세 미만 청소년이 19세 이상 청소년보다, 재학 청소년이 비재학 청소년보다, 일 경험이 없는 경우, 양부모 가정 청소년이

표 V-19 최근 7일간 음식 섭취: 우유

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,986	34.9	32.0	14.9	7.4	5.9	2.2	2.8	1.35	1.502
성별	남자	888	31.6	33.4	13.9	7.0	6.1	3.6	4.4	1.51	1.644
	여자	1,098	37.5	30.8	15.7	7.7	5.8	1.0	1.5	1.23	1.364
연령	19세 미만	1,552	33.6	32.3	14.8	7.4	6.1	2.6	3.2	1.40	1.540
	19세 이상	434	39.4	30.6	15.2	7.1	5.3	0.7	1.6	1.17	1.341
재학 여부	재학 ^a	326	30.4	33.7	12.0	9.5	6.1	3.1	5.2	1.57	1.682
	비재학(고졸이하) ^b	994	35.9	32.6	14.9	6.6	5.1	2.0	2.8	1.30	1.475
	고교졸업 ^c	610	34.9	30.0	16.1	7.7	7.5	2.1	1.6	1.36	1.457
일 경험	없음	1,160	32.2	32.0	16.5	8.3	5.8	2.4	2.9	1.43	1.509
	있음	814	38.8	31.9	12.5	6.1	6.3	1.8	2.5	1.24	1.475
가정 밖 생활	없음	1,315	33.0	31.3	15.4	8.7	6.5	2.5	2.5	1.42	1.509
	한 달 미만	288	38.2	31.9	14.9	4.5	5.6	0.7	4.2	1.26	1.518
	1년 미만	215	36.3	38.6	13.5	4.2	2.8	2.8	1.9	1.14	1.347
	1년 이상	140	44.3	27.1	12.1	4.3	6.4	1.4	4.3	1.23	1.606
현재 거주 유형	양부모 ^a	876	31.5	28.7	17.6	9.1	7.6	2.7	2.7	1.52	1.549
	한부모·조손 ^b	448	42.9	31.0	11.8	5.6	4.7	1.6	2.5	1.13	1.430
	청소년 시설 ^c	523	29.1	40.7	13.8	5.7	5.0	2.1	3.6	1.38	1.487
	기타 ^d	132	52.3	22.7	11.4	8.3	3.0	0.8	1.5	0.95	1.324
경제 수준	상 ^a	294	29.3	30.3	14.6	7.8	10.2	4.8	3.1	1.66	1.665
	중 ^b	1,120	33.8	32.1	15.6	7.6	5.7	2.0	3.2	1.38	1.512
	하 ^c	571	39.9	32.6	13.5	6.7	4.2	1.2	1.9	1.14	1.356

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

- 2) ① 전혀 먹지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

기타 거주 유형 청소년보다, 가정의 경제수준이 높을수록 우유를 더 자주 섭취하는 것으로 나타났다(표 V-19). 우유는 성장기 청소년들의 중요한 무기질 섭취원으로 정부에서 발표한 국민공통생활지침¹²⁹⁾에서도 매일 우유를 섭취할 것을 권장하고

129) 보건복지부 보도자료(2016.4.8). 정부, 건강한 식생활 위해 [국민 공통 식생활 지침] 제정. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=330959&page=1에서 2020년 9월 24일 인출.

있다. 이에 위기청소년들의 우유 섭취율을 늘리기 위한 노력이 필요하다.

(3) 식사시간의 규칙성

식사시간이 규칙적인지를 4점 척도로 질문한 결과 그런 편이다(34.6%)와 매우 그렇다(12.4%)를 합산한 긍정 응답률은 47%였다. 한편 20.3%의 청소년은 식사

표 V-20 내 식사시간은 규칙적이다

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,992	20.3	32.7	34.6	12.4	2.39	0.945	
성별	남자	892	16.8	29.0	37.4	16.7	2.54	0.959	6.385***
	여자	1,100	23.1	35.7	32.3	8.9	2.27	0.915	
재학 여부	재학 ^a	327	10.7	25.7	42.8	20.8	2.74	0.909	37.268*** b<c<a
	비재학(고졸이하) ^b	998	26.0	34.0	30.1	10.0	2.24	0.951	
	고교졸업 ^c	611	16.2	33.9	37.5	12.4	2.46	0.907	
일 경험	없음	1,165	15.5	30.4	38.8	15.4	2.54	0.930	8.626***
	있음	815	27.2	36.1	28.6	8.1	2.18	0.923	
가정 밖 생활	없음	1,319	18.0	33.2	36.6	12.1	2.43	0.921	2.768*
	한 달 미만	288	25.3	34.7	28.8	11.1	2.26	0.961	
	1년 미만	215	24.2	29.8	33.0	13.0	2.35	0.988	
	1년 이상	142	24.6	29.6	28.2	17.6	2.39	1.044	
현재 거주 유형	양부모 ^a	877	18.7	35.3	37.1	8.9	2.36	0.885	88.365*** d,b<a<c
	한부모·조손 ^b	451	30.6	39.0	25.3	5.1	2.05	0.873	
	청소년 시설 ^c	524	9.2	22.1	41.4	27.3	2.87	0.919	
	기타 ^d	133	39.1	36.1	23.3	1.5	1.87	0.820	
경제 수준	상 ^a	294	18.7	24.1	39.8	17.3	2.56	0.985	9.935*** c,b<a
	중 ^b	1,125	18.2	34.9	34.5	12.4	2.41	0.924	
	하 ^c	572	25.2	32.9	32.2	9.8	2.27	0.947	

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

시간이 전혀 규칙적이지 않다고 응답하였다.

식사시간의 규칙성 정도를 하위집단별로 살펴본 결과, 남자 청소년이 여자 청소년보다, 재학 청소년, 고졸 청소년, 비재학 청소년의 순으로, 일 경험이 없는 경우, 청소년 시설, 양부모 가정, 한부모·조손 가정 및 기타 거주 유형 순으로, 가정의 경제수준이 높은 경우 규칙성 정도가 높았다. <표 V-20>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(4) 식사량의 충분 정도

하루식사량이 충분한지에 대한 긍정 응답률은 82.3%, 부정 응답률은 17.7%였다. 이는 5명 중 1명꼴로 청소년이 식사를 충분히 하지 못하고 있음을 의미한다.

하위집단별 차이를 살펴보면 남자 청소년보다 여자 청소년에게서, 19세 미만 청소년보다 19세 이상 청소년에게서, 재학 청소년보다 비재학 및 고졸 청소년에게서, 일 경험이 없는 경우보다 있는 경우에게서, 가정 밖 생활 경험이 없는 경우보다 한 달 이상인 경우에게서 식사량이 충분치 않다는 응답률이 높았다. 또한 시설 거주나 양부모 가정 청소년, 한부모·조손 가정 청소년, 기타 거주 유형 청소년 순으로, 그리고 가정의 경제수준이 낮을수록 식사량이 충분하지 않다는 응답률이 높았다(표 V-21).

이상과 같은 결과들을 종합해보면 위기청소년들은 일반 청소년에 비해 상대적으로 건강하지 못한 상태로 식생활을 하는 것으로 보인다. 또한 전반적으로 여자보다는 남자가, 비재학 및 고졸 청소년보다 재학 청소년이 거의 모든 음식물을 더 많이 섭취하였을 뿐 아니라 끼니를 거르는 일이 적고 규칙적이며 충분한 식사를 하였다. 한편 일 경험이 있는 경우는 없는 경우에 비해 상대적으로 탄산음료, 패스트푸드, (컵)라면 등 비건강 식품의 섭취비율이 높았고 끼니를 거르는 일이 더 많으며 식사가 규칙적이지 않았다. 이에 더하여 식사량도 충분치 않았다. 가정의

표 V-21 나의 하루식사량은 충분하다

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,966	4.4	13.3	55.7	26.6	3.04	0.758	
성별	남자	881	3.4	12.6	52.3	31.7	3.12	0.751	4.124***
	여자	1,085	5.3	13.8	58.4	22.5	2.98	0.757	
연령	19세 미만	1,534	4.3	12.8	54.2	28.7	3.07	0.763	3.122**
	19세 이상	432	4.9	15.0	60.9	19.2	2.94	0.732	
재학 여부	재학 ^a	321	2.8	12.8	49.2	35.2	3.17	0.752	5.172** b,c<a
	비재학(고졸이하) ^b	988	5.5	13.3	55.9	25.4	3.01	0.778	
	고교졸업 ^c	603	3.6	13.6	57.9	24.9	3.04	0.728	
일 경험	없음	1,154	2.9	11.8	55.5	29.8	3.12	0.721	5.349***
	있음	802	6.5	15.5	56.0	22.1	2.94	0.795	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,301	3.5	11.1	56.9	28.6	3.11	0.724	9.156*** d,c<a
	한 달 미만 ^b	283	5.3	14.5	56.2	24.0	2.99	0.774	
	1년 미만 ^c	213	7.0	19.7	50.2	23.0	2.89	0.837	
	1년 이상 ^d	141	7.8	20.6	49.6	22.0	2.86	0.850	
현재 거주 유형	양부모 ^a	864	3.0	12.0	58.9	26.0	3.08	0.704	27.512*** d<b<a,c
	한부모·조손 ^b	444	7.0	17.6	54.5	20.9	2.89	0.809	
	청소년 시설 ^c	519	2.3	10.4	50.9	36.4	3.21	0.718	
	기타 ^d	132	13.6	18.2	56.8	11.4	2.66	0.855	
경제 수준	상 ^a	292	2.4	10.3	48.3	39.0	3.24	0.730	18.983*** c<b<a
	중 ^b	1,106	3.9	13.1	56.1	26.9	3.06	0.744	
	하 ^c	567	6.5	15.2	58.9	19.4	2.91	0.775	

* 주: 1) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

경제수준이 높은 경우나 양부모 가정 및 청소년 시설에 거주하는 청소년들은 그렇지 않은 경우에 비해 대체로 과일, 채소, 우유 등의 섭취비율이 높은 경향을 보였으며 식사의 규칙성 정도나 식사량, 끼니를 거르는 정도에서 양호한 수준을 보였다. 즉 가정이나 사회의 지원이 이루어지는 경우, 다시 말해 학생 청소년, 시설 거주 청소년

표 V-22 하위집단별 청소년들의 음식 섭취 및 식생활 정도

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
아침식사	남>여	-	재>비재·졸	없음>있음	없음·1미>1이	시>양>한>기	높을수록	읍>중
점심식사	남>여	-	재>졸>비재	없음>있음	없음>1미·1이	양·시>한>기	상>하	읍>중
저녁식사	남>여	-	재>비재	없음>있음	-	양·시>한·기	상>하	읍>중
과일	여>남	미만>이상	재>비재	없음>있음	없음>1미,1이	양>시·한>기	높을수록	-
탄산	남>여	-	재>비재>졸	있음>없음	1이>없음	기>양	-	-
패스트푸드	남>여	미만>이상	-	있음>없음	-	기>시	-	-
(컵)라면	남>여	-	-	있음>없음	1미,1이>없음	기·한>시·양	하>상	-
과자		-	재>비재·졸	없음>있음	-	시>양·한·기	-	-
채소	남>여	-	재>비재·졸	없음>있음	-	시>한>기	상>중하	읍>중·대
우유	남>여	미만>이상	재>비재	없음>있음	-	양>기	높을수록	-
규칙적인 식사	남>여	-	재>졸>비재	없음>있음	-	시>양>한·기	상>나머지	-
식사량	남>여	미만>이상	재>비재·졸	없음>있음	없음>1미,1이	양·시>한>기	높을수록	-

* 주: 1) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의의가 있는 결과만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 1이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

년, 그리고 양부모 가정 및 경제적 수준이 높은 가정에서 생활하거나 일 경험이 없는 청소년들은 상대적으로 건강한 식생활을 하고 있음을 알 수 있다(표 V-22).

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 영양 및 식습관 문제 정도를 물어본 결과 60.6%가 문제가 있다(있는 편)이다 54.5%, 매우 심각하다 6.1%)고 응답하였다(표 V-23). 시설별 응답률을 보면 일시쉼터의 종사자들이 가장 큰 문제의식을 갖는 경향을 보였다. 이는 아무래도 일시쉼터를 이용하는 청소년들이 다른 시설의 청소년에 비해 사회적 보호망에서 벗어나 있는 경우가 많고 이에 따라 평소 식사의 질을 담보하지 못하고 건강한 식습관도 형성하지 못한 경우가 많기 때문인 것으로 판단된다.

표 V-23 청소년 영양 및 식습관 문제에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증	
전체		165	5.5	33.9	54.5	6.1	0.0	2.61	0.686		
시설 유형	학교 밖 청소년 자원센터 ^a	103	1.0	26.2	67.0	5.8	0.0	2.78	0.559	6.763*** f,g<b	
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	0.0	10.0	70.0	20.0	0.0	3.10		0.568
		단기 ^c	21	9.5	57.1	28.6	4.8	0.0	2.29		0.717
		중장기 ^d	11	9.1	63.6	27.3	0.0	0.0	2.18		0.603
		청소년 자립지원관 ^e	3	0.0	66.7	0.0	33.3	0.0	2.67		1.155
	청소년 회복지원시설 ^f	4	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	1.50	0.577		
	소년원 ^g	4	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	1.50	0.577		
	내일이룸학교 ^h	5	0.0	40.0	60.0	0.0	0.0	2.60	0.548		
	미인가 대안학교 ⁱ	4	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0	2.25	0.957		

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다.

⑤ 잘 모르겠다

3) 평균계산 시 ⑤번 제외

(5) 교육 및 정보 제공

최근 12개월 동안 영양 및 식습관에 대한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있다고 응답한 청소년은 24%에 불과했다. 이는 중고등학생 경험률 48%의 절반에 해당하는 매우 낮은 수치이다(교육부 외, 2019:171). 여자보다 남자 청소년에게서, 고졸 및 비재학 청소년보다 재학 청소년에게서, 그리고 시설 거주 청소년에게서 교육 경험률이 더 높게 나타났다. 특히 재학 청소년과 시설 거주 청소년에게서 경험률이 높았다는 점은 청소년 대상 정보 제공 및 교육이 어디에서 주로 이루어지고 있는지 알 수 있는 대목이다. 한편 청소년들의 불건강한 식생활을 개선하기 위해서는 이들의 식생활 공간인 가정, 학교, 시설에서 올바른 먹거리를 제공하는 것도 중요하지만 그와 더불어 청소년들에게 관련 정보 및 교육을 제공함으로써 청소년들 스스로 식생활 관련 역량을 키우는 것도 중요할 것이다. 또한

표 V-24 영양 및 식습관에 관한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,992	76.0	24.0	
성별	남자	892	72.8	27.2	9.333**
	여자	1,100	78.6	21.4	
재학 여부	재학	326	64.1	35.9	41.377***
	비재학(고졸이하)	999	81.2	18.8	
	고교졸업	611	74.0	26.0	
일 경험	없음	1,166	74.4	25.6	3.990*
	있음	814	78.3	21.7	
현재 거주 유형	양부모	877	79.8	20.2	54.729***
	한부모·조손	451	80.0	20.0	
	청소년 시설	524	64.1	35.9	
	기타	133	82.7	17.3	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

교육은 일방향의 강의식 교육보다는 다양한 방식의 양방향적 교육이 보다 효과적일 것으로 예상된다. <표 V-24>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

청소년들의 식습관과 영양 및 식습관에 대한 교육 및 정보를 제공 받은 경우 간의 관련성을 알아보기 위해 판별분석을 실시하였다. 식습관의 건전성 정도는

표 V-25 청소년들의 식습관과 관련 교육 및 정보 제공 여부에 대한 판별분석 결과

구분	교육 및 정보 제공 여부		판별분석	
	받음	받지 않음	Wilks's λ	$F(1,1933)$
식습관 평균	6.43	6.04	.978***	43.867
표준편차	1.18	1.09		
사례 수	994	864		

* 주: 1) *** $p<.001$

최근 7일 동안 섭취한 식품들(과일, 탄산음료, 패스트푸드, 라면, 과자, 채소, 우유)과 식사시간 및 식사량에 대한 총점을 기준으로 하였고 식품 중 탄산음료, 패스트푸드, 라면, 과자에 대한 점수는 역산하였다. 그 결과 식습관 건정성과 교육 및 정보 제공 여부 간에는 통계적으로 유의한 수준에서 차이가 있었다(표 V-25). 즉 관련 교육이나 정보를 제공받는 청소년들은 그렇지 않은 청소년에 비해 식습관이 더 바람직한 경향을 보였다.

4) 신체활동

청소년들에게 최근 7일 동안 조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등의 숨이 많이 차거나 몸에 땀이 날 정도의 고강도 신체활동을 20분 이상 한 날은 며칠인지 질문한 결과 전혀 없었다는 응답이 35.5%로 가장 많았고 일주일에 3일 이상이라는 응답은 31.5%로 중고등학생의 주 3일 이상 고강도 신체활동 실천율 32%와 비슷한 수준이었다(교육부 외, 2019:115). 단 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있으므로 2019년의 결과와 비교할 때에는 보다 주의를 기울일 필요가 있음을 밝힌다.

주 3일 이상 고강도 신체활동 실천율은 특히 성차가 현저한 지표이다. 이 조사의 결과도 남자 청소년은 40.6%, 여자 청소년은 24.2%로 성차가 뚜렷하였다. 중고등학생을 대상으로 조사한 청소년건강행태조사의 결과(남학생 44.8%, 여학생 18%) 보다는(교육부 외, 2019:20) 성차가 적었으나 남녀차가 16.4%p로 여전히 적지 않아 여자 청소년들의 신체활동 증진을 위한 대책이 필요하다.

성차 이외에도 재학 여부, 가정 밖 생활 경험 여부, 거주 유형 및 경제수준별 고강도 신체활동 실천율에는 차이가 있었다. 주 3일 이상 고강도 신체활동 실천율을 기준으로 살펴보면 고교를 졸업한 청소년의 신체활동 실천율은 36.6%, 재학

표 V-26 최근 7일간 격렬한 신체활동 여부

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	χ^2
전체		1,980	35.5	17.6	15.4	31.5	
성별	남자	882	25.1	18.4	16.0	40.6	91.378***
	여자	1,098	43.9	16.9	14.9	24.2	
재학 여부	재학	322	29.2	21.4	18.0	31.4	21.397**
	비재학(고졸이하)	993	38.8	16.8	15.9	28.5	
	고교졸업	610	33.8	15.7	13.9	36.6	
가정 밖 생활	없음	1,308	32.7	18.0	15.3	33.9	25.805**
	한 달 미만	287	41.5	15.7	15.3	27.5	
	1년 미만	215	34.4	16.3	19.5	29.8	
	1년 이상	141	47.5	19.9	9.2	23.4	
현재 거주 유형	양부모	875	34.2	15.9	17.6	32.3	35.187***
	한부모·조손	447	41.4	20.4	11.2	27.1	
	청소년 시설	520	30.2	18.3	15.4	36.2	
	기타	131	46.6	14.5	16.0	22.9	
경제 수준	상	292	22.3	19.5	14.4	43.8	45.616***
	중	1,116	35.0	17.8	15.9	31.3	
	하	571	43.1	16.1	15.1	25.7	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 없었다, ② 일주일에 1일, ③ 일주일에 2일, ④ 일주일에 3일 이상

청소년의 신체활동 실천율은 31.4%, 고졸 이하 비재학 청소년의 실천율은 28.5%로 고졸 이하 비재학 청소년의 고강도 신체활동 실천율이 가장 낮았다. 가정 밖 생활 경험 여부에 따라서는 경험이 없는 경우가 33.9%, 1년 이상 가정 밖 생활 경험을 한 경우가 23.4%로 10%p 이상의 차이를 보였다. 거주 유형별로는 청소년 시설에 거주하는 청소년의 고강도 신체활동 실천율이 36.2%로 가장 높았고, 양부모 가정 32.3%, 한부모·조손 가정 27.1%, 기타 거주 유형 22.9%로 나타났다. 표로는 제시하지 않았으나 시설에 거주하는 청소년들의 신체활동 정도를 시설별 평균의 차이로 살펴본 결과 집단 간 차이가 통계적으로 유의하였다($F(8, 511)$

=11.338, $p < .001$). Scheffé검증($p < .05$)에 따르면 일시쉼터 청소년들(평균값 1.74)이 학교밖청소년지원센터 청소년들(평균값 3.17), 소년원 청소년들(평균값 3.25)보다 신체활동을 적게 하는 것으로 드러났다. 경제수준별로는 경제수준이 높은 집단에서 43.8%, 중간 집단에서 31.3%, 낮은 집단에서 25.7%의 실천율을 보여 경제수준에 따른 집단 간 차이가 매우 큰 것을 알 수 있다. 이에 저소득층 위기청소년의 신체활동 증진 방안을 적극적으로 모색할 필요가 있다. <표 V-26>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 신체활동 부족 정도를 물어본 결과 68.1%가 문제가 있다(있는 편이다 48.2%, 매우 심각하다 19.9%)고 응답하였다(표 V-27). 시설별 응답률을 보면 소년원이나 회복지원시설보다 학교밖청소년지원센터, 일시쉼터, 미인가 대안학교

표 V-27 청소년 신체활동 부족 문제에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증
전체		166	6.0	24.1	48.2	19.9	1.8	2.83	0.818	
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터 ^a	104	0.0	16.3	57.7	24.0	1.9	3.08	0.640	
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	0.0	20.0	50.0	20.0	3.00	0.707	
		단기 ^c	21	9.5	42.9	42.9	4.8	0.0	2.43	0.746
		중장기 ^d	11	0.0	63.6	27.3	9.1	0.0	2.45	0.688
	청소년 자립지원관 ^e	3	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	3.00	1.732	8.260***
	청소년 회복지원시설 ^f	4	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	1.25	0.500	f, g < b, e, i, a
	소년원 ^g	4	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	1.25	0.500	
	내일이룸학교 ^h	5	20.0	40.0	20.0	20.0	0.0	2.40	1.140	
	미인가 대안학교 ⁱ	4	0.0	25.0	50.0	25.0	0.0	3.00	0.816	

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

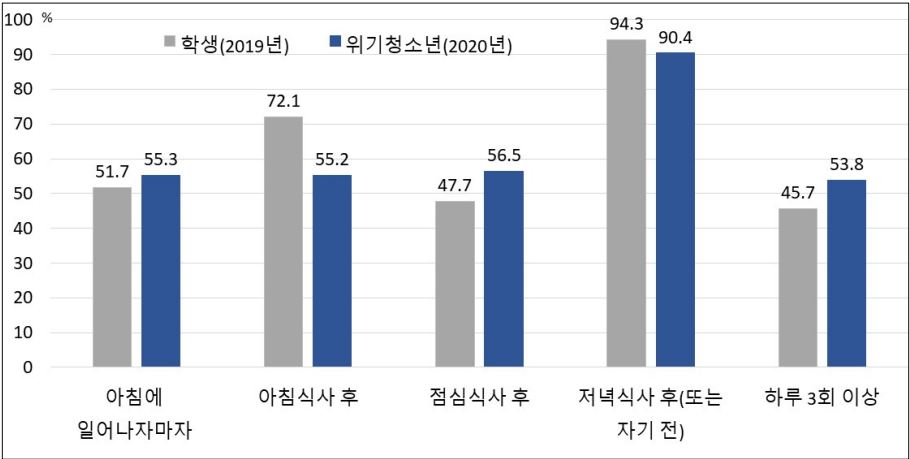
- 2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다,
 ⑤ 잘 모르겠다
 3) 평균계산 시 ⑤번 제외

등의 종사자들이 더 큰 문제의식을 갖는 경향을 보였다. 이는 소년원이나 회복지원 시설의 청소년들은 신체활동을 할 수 있는 여건이 상대적으로 좀 더 나은 상황임을 시사한다. 실제로 청소년들의 응답을 분석한 결과¹³⁰⁾ 회복지원시설(평균값 2.76), 학교밖청소년지원센터(평균값 3.17), 소년원(평균값 3.25)은 신체활동 비율이 가장 높은 세 집단인 것으로 나타났다.

5) 개인위생

(1) 칫솔질 습관

칫솔질 습관을 알아보기 위하여 최근 7일 동안 아침에 일어나자마자, 아침식사 후, 점심식사 후, 저녁식사 후(또는 자기 전)에 각각 칫솔질을 얼마나 자주 했는지 조사하였다. 칫솔질을 항상 또는 대부분 한 경우에 칫솔질을 실천한 것으로 정의하였다. 칫솔질 실천율은 아침에 일어나자마자 55.3%, 아침식사 후 55.2%, 점심식



* 주: 1) 2019년 자료는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

그림 V-3 칫솔질 실천율

130) 결과값을 본문에서만 서술하였고 표로 제시하지는 않았다.

사 후 56.5%, 저녁식사 후(또는 자기 전) 90.4%였다. 이 결과를 2019년에 조사한 학생 청소년의 결과와 비교해 보면 [그림 V-3]과 같다. 올해 조사대상 청소년들은 작년에 조사한 학생 청소년에 비해 아침에 일어나자마자와 점심식사 후의 칫솔질 실천율은 다소 높고 아침식사 후와 저녁식사 후(또는 자기 전)의 실천율은 더 낮은 것으로 나타났다. 하루 3회 이상 칫솔질 실천율은 53.8%로 2019년에 조사한 학생 청소년의 45.7%보다 높았다. 하루 3회 이상 칫솔질을 실천하기 위해서는 점심식사 후 칫솔질을 할 수 있는 물리적 환경이나 시간적 여유가 영향을 미치는 것으로 보인다. 이 결과는 학생 청소년의 칫솔질 실천에도 시사하는 바가 크다.

(2) 샤워·목욕 횟수

조사대상 청소년들의 개인 위생을 알아보기 위한 항목으로 최근 7일 동안의 샤워·목욕 일수를 조사하였다. 샤워나 목욕은 매일 한다는 청소년이 61.3%로 많았고 평균 샤워·목욕 횟수는 6.01회였다.

하위집단별 차이를 살펴보면 남자 청소년의 샤워·목욕 횟수는 6.26회로 여자

표 V-28 최근 7일간 샤워 여부

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,970	1.0	2.4	5.1	9.3	12.2	8.4	61.3	0.3	6.01	1.483	
성별	남자	881	0.5	1.8	4.2	7.4	7.9	7.0	70.9	0.2	6.26	1.343	7.034***
	여자	1,089	1.4	2.8	5.9	10.9	15.6	9.6	53.5	0.3	5.80	1.558	
일 경험	없음	1,155	1.2	2.9	5.1	10.2	12.1	8.6	59.5	0.3	5.94	1.538	-2.698**
	있음	803	0.5	1.6	5.0	8.2	12.1	8.3	64.1	0.1	6.12	1.383	
경제 수준	상 ^a	290	0.3	1.4	4.8	5.9	12.8	9.3	65.5	0.0	6.19	1.314	5.657** c<a
	중 ^b	1,112	1.0	2.2	5.6	9.4	10.6	7.6	63.5	0.1	6.04	1.489	
	하 ^c	567	1.2	3.4	4.4	10.9	15.0	9.5	54.9	0.7	5.85	1.542	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$
 2) ① 1일, ② 2일, ③ 3일, ④ 4일, ⑤ 5일, ⑥ 6일, ⑦ 매일 하였다. ⑧ 전혀 하지 않았다
 3) 평균계산 시 ⑧번은 0회로 계산

청소년의 5.80회보다 많았고, 일 경험이 있는 경우가 6.12회로 일 경험이 없는 경우 5.94회보다 더 자주 목욕·샤워를 하는 것으로 나타났다. 가정의 경제수준이 높은 청소년의 평균 횟수는 6.19회, 낮은 청소년의 평균 횟수는 5.85회로 경제수준에 따른 차이를 보였다. <표 V-28>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(3) 손씻기

최근 7일 동안 비누나 거품이 나는 손세정제를 이용하여 식사 전과 화장실에 다녀온 후에 얼마나 손씻기를 실천했는지를 4점 척도(전혀, 가끔, 대부분, 항상)로 조사하고 대부분과 항상 씻은 경우 손씻기를 실천한 것으로 정의하였다. 조사대상 청소년의 손씻기 실천율은 식사 전 68.3%, 화장실에 다녀온 후 89.6%였다. 이 결과를 중고등학생을 대상으로 한 청소년건강행태조사의 결과와 비교해 보면 중고등학생의 손씻기 실천율은 학교에서 식사 전 48.2%, 학교에서 화장실 사용

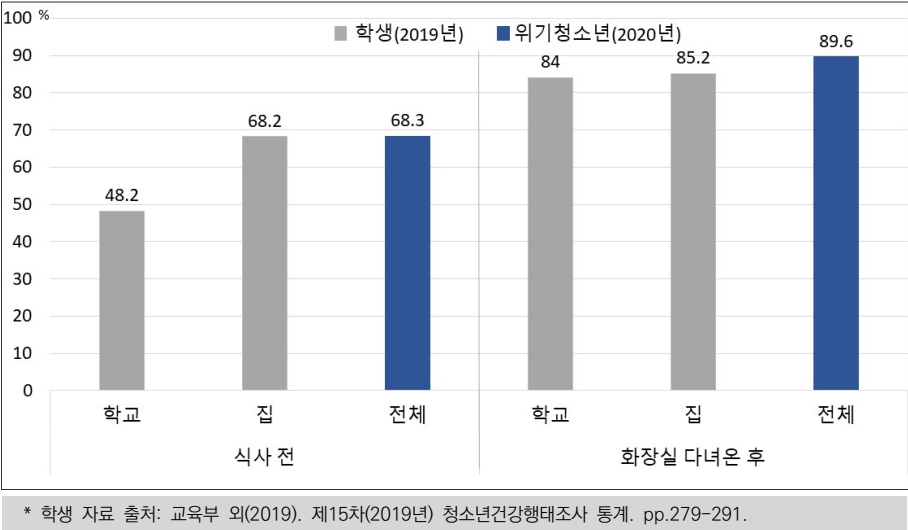


그림 V-4 손씻기 실천율

후 84%, 집에서 식사 전 68.2%, 집에서 화장실 사용 후 85.2%로(교육부 외, 2019:279-291) 위기청소년의 손씻기 실천율은 학생 청소년보다 양호한 수준이었다. 이 조사의 결과에서도 재학 청소년의 손씻기 실천율이 비재학 청소년보다 낮아 일관된 결과였다(그림 V-4).

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 개인위생 및 청결문제를 물어본 결과 38.5%가 문제가 있다(있는 편이다 30.7%, 매우 심각하다 7.8%)고 응답하였다(표 V-29). 시설별 응답률을 보면 일시쉼터의 종사자들이 청소년 회복지원시설의 종사자들보다 이 문제를 좀 더 심각하게 생각하는 경향을 보였다. 이는 일시쉼터 청소년들이 개인위생 및 청결을 신경쓰기에 가장 열악한 상황에 처해 있음을 시사한다.

표 V-29 청소년 개인위생 및 청결 문제에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증	
전체		166	11.4	50.0	30.7	7.8	0.0	2.35	0.785		
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터 ^a	104	5.8	54.8	31.7	7.7	0.0	2.41	0.719	3.922*** f<b	
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	0.0	10.0	60.0	30.0	0.0	3.20		0.632
		단기 ^c	21	23.8	42.9	28.6	4.8	0.0	2.14		0.854
		중장기 ^d	11	18.2	36.4	45.5	0.0	0.0	2.27		0.786
	청소년 자립지원관 ^e	3	33.3	33.3	0.0	33.3	0.0	2.33	1.528		
	청소년 회복지원시설 ^f	4	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	1.25	0.500		
	소년원 ^g	4	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	1.50	0.577		
	내일아름학교 ^h	5	0.0	80.0	20.0	0.0	0.0	2.20	0.447		
	미인가 대안학교 ⁱ	4	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	2.00	0.000		

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$
 2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다,
 ⑤ 잘 모르겠다
 3) 평균계산 시 ⑤번 제외

(4) 독감 예방접종 여부

최근 12개월 동안 인플루엔자(독감) 예방 접종을 받은 적이 있는 청소년은 25.1%로 2019년에 조사한 학생 청소년의 접종률 51%의 절반 수준이었다. 하위 집단별로는 재학 청소년, 일 경험이 없는 청소년, 가정 밖 생활 경험이 길수록, 청소년 시설 거주 청소년, 가정의 경제수준이 높을수록 접종률이 높았다. <표 V-30>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다. 이 연구의 조사대상기간에는 12세 어린이까지 무료접종 대상자였으나 2020년에는 만18세 이하 아동청소년까지 무료접종 대상을 확대하여 지원하

표 V-30 독감 예방접종 여부

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
2019년 학생 ¹⁾		8,195	49.0	51.0	
전체(위기청소년)		1,978	74.9	25.1	
재학 여부	재학	326	61.3	38.7	40.874***
	비재학(고졸이하)	989	79.0	21.0	
	고교졸업	607	75.8	24.2	
일 경험	없음	1,157	72.8	27.2	6.913**
	있음	809	78.0	22.0	
가정 밖 생활	없음	1,307	76.9	23.1	15.652**
	한 달 미만	286	75.2	24.8	
	1년 미만	215	68.4	31.6	
	1년 이상	141	64.5	35.5	
현재 거주 유형	양부모	868	76.0	24.0	29.174***
	한부모·조손	447	78.5	21.5	
	청소년 시설	524	67.0	33.0	
	기타	132	85.6	14.4	
경제 수준	상	293	68.3	31.7	14.075**
	중	1,118	74.2	25.8	
	하	566	79.7	20.3	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

고 있다(질병관리청 보도참고자료, 2020.9.17). 국가예방접종 지원사업의 대상 확대가 접종률의 향상으로 이어질 수 있도록 적극적인 홍보와 독려가 필요하다.

(5) 미세먼지가 ‘나쁨’ 이상인 날의 보건행동

미세먼지가 ‘나쁨’ 이상인 날, 되도록 바깥 활동이나 외출을 안 하려고 한다(그런 편이다 또는 매우 그렇다고 응답)는 청소년은 51.7%, 외출할 때 KF80 이상의 보건용 마스크를 한다고 응답한 청소년은 64.1%였다. <표 V-31>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다. 이 결과를 2019년에 조사한 학생 청소년의 결과와 비교해 보면 외출 자제 경향은 위기청소년(2020) 51.7%, 학생 청소년(2019) 50.7%로 비슷한 수준이었으나, 마스크 착용은 위기청소년(2020) 64.1%, 학생 청소년(2019) 36.9%로 차이가 컸다. 이러한 결과는 위기청소년의 마스크 착용률이 높은 것일 수도 있지만 2020년 들어 유행하고 있는 코로나19 예방 행동으로 마스크 착용이 일상화된 데 기인하는 결과일 수도 있다.

하위집단별로는 남자 청소년보다 여자 청소년이, 일 경험이 없는 경우, 가정 밖 생활 경험이 없는 경우, 양부모 가정 또는 청소년 시설에 거주하는 경우, 대도시보다는 읍면지역에 거주할 경우 미세먼지가 나쁠 때 외출을 자제하는 경향이 높았다. 보건용 마스크는 가정 밖 생활 경험이 없거나 한 달 미만인 경우, 양부모가정 또는 청소년 시설에 거주하는 경우, 읍면지역보다는 중소도시에 거주하는 경우 더 잘 착용하는 것으로 나타났다.

표 V-31 미세먼지 나쁠 때

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
되도록 바깥활동이 나 외출을 안 하려고 한다	2019년 학생 ¹⁾	8,192	18.0	31.4	35.6	15.1	2.48	0.954	
	전체(위기청소년)	1,989	19.7	28.6	36.8	14.9	2.47	0.971	
	성별								-4.504***
	남자	890	23.3	30.9	32.4	13.5	2.36	0.983	
	여자	1,099	16.8	26.8	40.3	16.1	2.56	0.952	
	일 경험								8.042***
	없음	1,164	15.0	26.5	40.5	18.0	2.61	0.947	
	있음	813	26.2	32.0	31.1	10.7	2.26	0.966	
	가정 밖 생활								16.536***
	없음 ^a	1,317	16.9	26.3	39.7	17.1	2.57	0.962	
외출시 마스크 (KF 80 이상) 를 쓴다	한 달 미만 ^b	287	27.2	31.0	31.4	10.5	2.25	0.972	
	1년 미만 ^c	214	25.2	38.8	28.5	7.5	2.18	0.898	c,b(a)
	1년 이상 ^d	142	22.5	31.7	31.0	14.8	2.38	0.995	
	양부모 ^a	877	16.0	29.3	38.9	15.8	2.55	0.941	
	현재 거주 유형								5.346**
	한부모·조손 ^b	448	25.9	23.9	34.2	16.1	2.40	1.040	
	청소년 시설 ^c	524	18.1	31.5	36.3	14.1	2.46	0.946	d(c,a)
	기타 ^d	133	28.6	29.3	33.1	9.0	2.23	0.966	
	지역 규모								4.737**
	대도시 ^a	698	23.1	28.7	35.7	12.6	2.38	0.975	
외출시 마스크 (KF 80 이상) 를 쓴다	중소도시 ^b	888	17.6	29.2	37.4	15.9	2.52	0.959	a(c)
	읍면지역 ^c	403	18.6	27.3	37.2	16.9	2.52	0.981	
	2019년 학생 ¹⁾	8,187	30.4	32.7	24.5	12.4	2.19	1.005	
	전체(위기청소년)	1,992	14.2	21.8	33.9	30.2	2.80	1.023	
	가정 밖 생활								5.923**
	없음 ^a	1,317	12.5	22.1	34.4	31.1	2.84	1.002	
	한 달 미만 ^b	289	16.6	16.6	35.3	31.5	2.82	1.056	
	1년 미만 ^c	215	19.5	29.8	28.8	21.9	2.53	1.040	c(b,a)
	1년 이상 ^d	142	18.3	19.7	32.4	29.6	2.73	1.078	
	양부모 ^a	877	12.4	23.7	31.8	32.0	2.83	1.014	
	현재 거주 유형								2.973*
외출시 마스크 (KF 80 이상) 를 쓴다	한부모·조손 ^b	450	13.8	22.9	34.7	28.7	2.78	1.011	
	청소년 시설 ^c	525	15.2	18.5	35.2	31.0	2.82	1.037	d(c,a)
	기타 ^d	133	22.6	19.5	37.6	20.3	2.56	1.055	
	지역 규모								3.976*
	대도시 ^a	699	14.7	20.2	33.8	31.3	2.82	1.036	
외출시 마스크 (KF 80 이상) 를 쓴다	중소도시 ^b	890	12.1	23.1	32.8	31.9	2.84	1.007	c(b)
	읍면지역 ^c	403	17.6	21.6	36.5	24.3	2.67	1.030	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

(6) 코로나19 대처 행동

최근 유행하고 있는 코로나19 예방 행동에 대해 알아보았다. 긍정 응답률(그런 편이다 또는 매우 그렇다)을 기준으로 볼 때 사람들과 만날 수 있는 기회를 줄인 청소년이 78.1%, 다른 사람들이 있는 곳에서 마스크를 썼다는 청소년이 95.1%, 비누로 손을 씻거나 손소독제를 사용하였다는 청소년이 94.5%로 비교적 바람직한 코로나19 예방 행동을 하고 있는 것으로 나타났다.

개별 항목을 하위집단별로 살펴보면 사람들과 만날 수 있는 기회를 줄이는 경향은 여자 청소년이 남자 청소년보다, 고졸자가 비재학 청소년이나 중고교에 재학 중인 청소년보다, 일 경험이 없는 청소년이 일 경험이 있는 청소년보다, 가정 밖 생활 경험이 없는 청소년이 가정 밖 생활 경험이 1년 미만인 청소년보다, 청소년 시설에 거주하는 청소년이 기타 유형에 거주하는 청소년보다 더 높았다. 마스크 착용은 여자 청소년이 남자 청소년보다, 고졸자가 비재학 청소년보다, 가정 밖 생활 경험이 없거나 한 달 미만이거나 1년 이상인 청소년이 한 달 이상 1년 미만의 가정 밖 생활을 경험한 청소년보다, 양부모 가정 또는 청소년 시설에 거주하는 청소년이 기타 유형에 거주하는 청소년보다 더 잘 착용하였다. 비누로 손씻기와 손소독제 사용은 남자 청소년보다 여자 청소년이, 비재학 청소년이나 중고에 재학 중인 청소년보다 고졸자가, 일 경험이 없는 경우, 가정 밖 생활 경험이 없거나 1년 이상인 경우가 한 달 이상 1년 미만의 가정 밖 생활 경험자보다, 기타 유형에 거주하는 청소년보다는 양부모 가정, 한부모·조손 가정, 청소년 시설에 거주하는 경우 더 잘 실천하고 있는 것으로 나타났다. <표 V-32>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

청소년들은 코로나19 예방 행동을 비교적 잘 실천하고 있었으나 상대적으로 취약한 집단은 남자 청소년, 비재학 청소년, 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 경험이 한 달 이상 1년 미만인 청소년, 기타 유형에 거주하는 청소년이었다. 이들 집단을 대상으로 마스크나 손세정제를 지원하고 교육을 실시하는 등의 방안이 모색되어야 한다.

표 V-32 코로나19 유행 시 행동

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증	
사람들과 만날 수 있는 기회를 줄였다	전체	1,986	6.9	15.0	43.0	35.1	3.06	0.881		
	성별	남자	888	9.6	19.5	39.9	31.1	2.92	0.940	-6.264***
		여자	1,098	4.8	11.3	45.4	38.4	3.17	0.813	
	재학 여부	재학 ^a	325	9.2	13.8	38.8	38.2	3.06	0.943	9.140*** b,a<c
		비재학(고졸이하) ^b	995	7.6	16.7	43.7	32.0	3.00	0.890	
		고교졸업 ^c	610	4.3	12.0	44.1	39.7	3.19	0.807	
	일 경험	없음	1,162	5.0	12.5	42.3	40.2	3.18	0.834	6.991***
		있음	812	9.7	18.6	43.7	28.0	2.90	0.920	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,313	5.3	13.6	43.3	37.8	3.14	0.842	10.639*** c,b<a
		한 달 미만 ^b	287	10.1	16.4	45.6	27.9	2.91	0.918	
		1년 미만 ^c	215	10.2	21.4	41.9	26.5	2.85	0.932	
		1년 이상 ^d	142	11.3	16.2	35.9	36.6	2.98	0.993	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	874	5.0	13.7	45.7	35.6	3.12	0.825	12.018*** d<c
		한부모·조손 ^b	449	9.8	18.3	40.1	31.8	2.94	0.944	
		청소년 시설 ^c	523	6.1	12.8	40.3	40.7	3.16	0.870	
		기타 ^d	133	13.5	20.3	44.4	21.8	2.74	0.951	
다른 사람들이 있는 곳에서 마스크를 썼다	전체	1,984	1.2	3.7	24.6	70.5	3.64	0.614		
	성별	남자	885	1.8	5.4	26.7	66.1	3.57	0.680	-4.640***
		여자	1,099	0.7	2.4	22.9	74.0	3.70	0.548	
	재학 여부	재학 ^a	324	1.9	2.8	22.2	73.1	3.67	0.625	6.145** b<c
		비재학(고졸이하) ^b	993	1.2	4.6	26.7	67.5	3.60	0.636	
		고교졸업 ^c	611	0.7	2.5	21.9	75.0	3.71	0.542	
	일 경험	없음	1,160	1.0	2.9	24.3	71.7	3.67	0.586	1.974*
		있음	812	1.5	4.8	24.9	68.8	3.61	0.650	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,312	0.5	2.6	23.4	73.6	3.70	0.538	20.853** c<b,d,a
		한 달 미만 ^b	286	2.4	5.2	24.5	67.8	3.58	0.705	
		1년 미만 ^c	215	3.7	9.8	33.5	53.0	3.36	0.807	
		1년 이상 ^d	142	2.1	2.8	22.5	72.5	3.65	0.642	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	872	0.5	2.2	22.9	74.4	3.71	0.525	8.900*** d<c,a
		한부모·조손 ^b	449	2.7	4.9	24.5	67.9	3.58	0.710	
		청소년 시설 ^c	523	1.3	4.4	24.9	69.4	3.62	0.635	
		기타 ^d	133	0.8	7.5	34.6	57.1	3.48	0.670	

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증	
비 누 로 손 을 씻 거 나 손 소 독 제 를 사 용 하 였 다	전체	1,981	1.1	4.4	33.2	61.3	3.55	0.633		
	성별	남자	883	1.5	6.8	36.2	55.5	3.46	0.688	-5.592***
		여자	1,098	0.7	2.6	30.8	65.9	3.62	0.575	
	재학 여부	재학 ^a	323	1.2	4.6	33.7	60.4	3.53	0.646	8.619*** b,a<c
		비재학(고졸이하) ^b	993	1.0	5.0	36.2	57.8	3.51	0.641	
		고교졸업 ^c	609	0.5	3.4	27.8	68.3	3.64	0.574	
	일 경험	없음	1,158	0.5	3.9	31.8	63.8	3.59	0.593	3.358***
		있음	811	1.8	5.2	35.1	57.8	3.49	0.682	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,310	0.5	3.9	31.8	63.8	3.59	0.594	8.384*** c<d,a
		한 달 미만 ^b	286	1.4	4.5	35.3	58.7	3.51	0.653	
		1년 미만 ^c	215	2.3	6.5	43.7	47.4	3.36	0.709	
		1년 이상 ^d	141	2.8	7.1	24.8	65.2	3.52	0.752	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	870	0.8	3.7	30.2	65.3	3.60	0.602	9.529*** d<b,c,a
		한부모·조손 ^b	449	1.6	4.9	35.0	58.6	3.51	0.665	
		청소년 시설 ^c	522	0.6	4.6	33.5	61.3	3.56	0.612	
기타 ^d		133	3.0	7.5	45.9	43.6	3.30	0.738		
경제 수준	상	293	1.4	5.8	28.0	64.8	3.56	0.667	3.130*	
	중	1,117	0.5	3.8	33.6	62.0	3.57	0.595		
	하	570	1.9	4.9	35.3	57.9	3.49	0.682		

* 주: 1) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

한편 현장전문가들¹³¹⁾은 최근 코로나19로 인해 위기청소년들이 쉼터 등 생활 시설에 새로 입소하기 어려운 상황을 언급하였다. 이들 시설은 단체생활을 하는 시설이므로 감염예방을 위해 입소 전 2주간의 자가격리를 거쳐 확진자가 아님을 증명해야 하는 등의 절차를 거쳐야 하지만 시설 내 공간이 협소하여 자가격리 공간을 제공하지 못하는 경우가 많았기 때문이다. 즉 거리 및 노숙 청소년들은 이미 청소년시설에 입소한 청소년들에 비해 코로나19에 더욱 취약한 상황임을 시사한다.

131) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

(7) 생리대 부족 여부

여자 청소년을 대상으로 최근 12개월 동안 생리대가 없어서 곤란했던 적이 있었는지 질문하였다. 곤란했던 적이 있다는 응답은 18.5%로 2019년에 조사한 학생 청소년의 응답 40.6%에 비해 현저히 낮은 수치였다. 하위집단별로는 가정의 경제수준이 낮은 청소년의 곤란했던 경험이 있다는 응답이 28.4%로 경제수준이 중간이거나 높은 청소년의 14.1%, 15.1%보다 높았고, 지역규모별로는 대도시 21.2%, 중소도시 19.8%, 읍면지역 11.5%로 유의한 차이를 보였다. <표 V-33>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

생리대가 없었던 가장 중요한 이유(그림 V-5)로는 생리일을 예측하지 못해서라는 응답이 52.1%로 가장 많았고 다음으로 생리대 챙기는 것을 잊어버려서 34.5%, 평소에 생리대 살 돈이 없어서 9.3% 순이었다. 2019년 조사에서 학생 청소년들은 생리대 챙기는 것을 잊어버려서 58.8%, 생리일을 예측하지 못해서 38.9%, 평소에 생리대 살 돈이 없어서 1.6%로 응답하였다. 위기청소년들에게서 생리일을 예측하지 못해서라는 응답이 많은 것은 위기청소년들이 학생 청소년에 비해 상대적으로

표 V-33 생리대가 없어 곤란했던 적

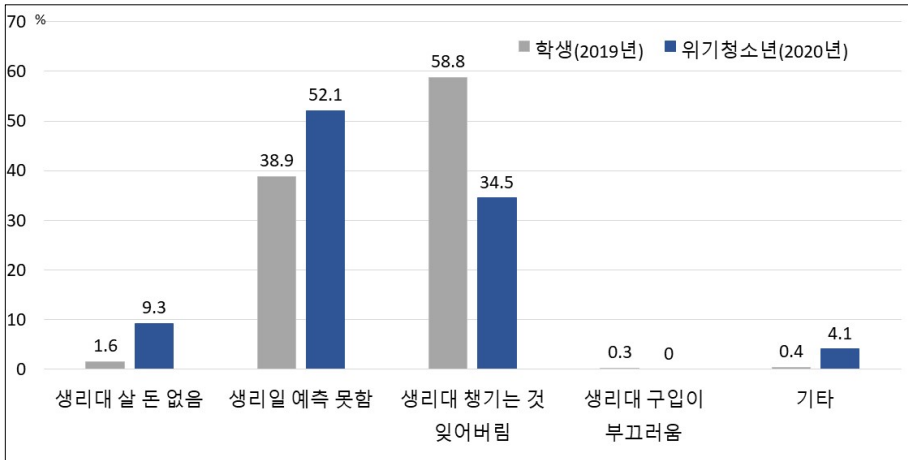
(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	해당 없음	χ^2
2019년 학생 ¹⁾		2,660	53.9	40.6	5.4	
전체(위기청소년) ²⁾		1,082	80.3	18.5	1.2	
경제 수준	상	146	83.6	15.1	1.4	30.033***
	중	615	84.7	14.1	1.1	
	하	320	70.3	28.4	1.3	
지역 규모	대도시	349	77.7	21.2	1.1	11.821*
	중소도시	506	78.7	19.8	1.6	
	읍면지역	227	88.1	11.5	0.4	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

2) 여자만 응답

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



* 주: 1) 2019년 자료는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

그림 V-5 생리대가 없었던 가장 중요한 이유

성 건강에 취약함을 보여주는 결과이다. 또한 평소에 생리대를 살 돈이 없어서라는 응답은 위기청소년 9.3%, 학생 청소년 1.6%였다. 위기청소년들이 성 건강을 증진할 수 있도록 지원하고 생리대 바우처 지원의 대상을 현재 「국민기초생활 보장법」 따른 생계·의료·주거·교육 급여 수급자, 「국민기초생활 보장법」 따른 법정차상위 계층, 「한부모가족지원법」 제5조 및 제5조의2에 따른 지원대상자에서 보편지급으로 확대하는 것이 필요하다.¹³²⁾

(8) 교육 및 정보 제공

최근 12개월 동안 개인위생 및 청결에 관한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있는 청소년은 41.7%였다. 한편 청소년건강행태조사 결과 중고등학생들의 연간 개인위생 교육 경험률은 33.7%였다(교육부 외, 2019:295). 작년에 조사한 중고등학생의 교육 경험률보다 올해 조사한 위기청소년의 교육 경험률이 높았는데 이 차이는 위기청소년과 학생 청소년의 차이라기보다는 최근 유행하고 있는 코로나

132) 여성가족부 홈페이지. http://www.mogef.go.kr/sp/yth/sp_yth_f017.do에서 2020년 8월 13일 인출.

19와 관련하여 개인위생 및 청결에 관한 교육이 증가한 데 기인한 것으로 보는 것이 타당할 것이다.

하위집단별로는 재학 청소년 57.5%, 비재학 청소년 36.3%, 고졸자 42.6%로 집단 간에 유의한 차이를 보였고, 가정 밖 생활 1년 이상인 청소년들의 교육 경험률은 52.1%로 가정 밖 생활 경험이 없거나 1년 미만인 청소년들에 비해 높았다. 현재 거주 유형별로는 청소년 시설 거주 청소년의 교육 경험률이 56.5%로 높았다. <표 V-34>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-34 개인위생 및 청결에 대한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,984	58.3	41.7	
재학 여부	재학	322	42.5	57.5	44.744***
	비재학(고졸이하)	996	63.7	36.3	
	고교졸업	611	57.4	42.6	
가정 밖 생활	없음	1,311	59.6	40.4	8.068*
	한 달 미만	287	59.2	40.8	
	1년 미만	215	55.3	44.7	
	1년 이상	142	47.9	52.1	
현재 거주 유형	양부모	873	61.4	38.6	66.985***
	한부모·조손	450	65.8	34.2	
	청소년 시설	522	43.5	56.5	
	기타	132	68.9	31.1	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6) 유해물질

(1) 음주

① 음주 경험

표 V-35 최근 30일 동안 술을 마신 날

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,926	61.3	14.3	9.7	6.9	5.2	1.7	0.9	1.89	1.397	
성별	남자	856	59.3	13.0	10.4	8.2	5.5	2.6	1.1	1.99	1.482	2.796**
	여자	1,070	62.8	15.3	9.2	5.9	5.0	1.0	0.8	1.81	1.320	
연령	19세 미만	1,501	66.0	12.3	8.6	6.0	4.7	1.6	0.8	1.79	1.351	-5.711***
	19세 이상	425	44.7	21.2	13.6	10.1	6.8	2.1	1.4	2.25	1.495	
재학 여부	재학 ^a	306	76.5	9.8	5.9	4.9	2.0	0.7	0.3	1.49	1.063	14.878*** a<b,c
	비재학(고졸이하) ^b	970	59.3	14.1	10.2	6.6	6.3	2.3	1.2	1.98	1.483	
	고교졸업 ^c	606	58.4	17.0	10.6	7.4	4.8	1.3	0.5	1.89	1.320	
일 경험	없음	1,127	76.3	10.7	6.1	3.7	2.3	0.4	0.4	1.48	1.038	-15.357***
	있음	794	40.2	19.1	14.9	11.3	9.3	3.5	1.6	2.48	1.610	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,283	67.4	13.7	7.9	5.8	3.2	1.4	0.6	1.70	1.251	28.509*** a<b<c
	한 달 미만 ^b	281	51.2	15.7	16.0	8.5	7.1	0.4	1.1	2.10	1.406	
	1년 미만 ^c	209	46.4	14.4	9.1	11.0	13.4	3.8	1.9	2.50	1.749	
	1년 이상 ^d	138	47.1	16.7	15.2	7.2	8.0	3.6	2.2	2.32	1.634	
현재 거주 유형	양부모 ^a	846	67.3	13.6	8.0	6.3	3.8	0.5	0.6	1.70	1.215	51.140*** c,a<b<d
	한부모·조손 ^b	439	48.1	16.6	13.2	8.7	8.2	4.6	0.7	2.29	1.588	
	청소년 시설 ^c	507	70.8	12.0	7.7	5.1	3.4	0.6	0.4	1.62	1.158	
	기타 ^d	129	30.2	19.4	17.1	11.6	10.9	4.7	6.2	2.92	1.840	
경제 수준	상 ^a	284	65.5	11.3	8.1	4.6	6.7	1.8	2.1	1.89	1.526	5.667** b<c
	중 ^b	1,085	64.6	13.9	7.4	6.8	5.0	1.8	0.6	1.81	1.351	
	하 ^c	556	52.5	16.5	15.1	8.3	4.9	1.6	1.1	2.06	1.405	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$
2) ① 최근 30일 동안 없다, ② 월 1~2일, ③ 월 3~5일, ④ 월 6~9일, ⑤ 월 10~19일,
⑥ 월 20~29일, ⑦ 매일

최근 30일간 1잔 이상 음주를 한 적이 있는지 물어 본 결과 한 번도 없었다는 응답은 61.3%였다. 즉 지난 한 달간 한 잔 이상의 음주를 경험한 경우는 전체 응답자의 38.7%이다. 반면 월 10일 이상(3일에 1회 정도) 음주를 한 경우는 7.8%였고 전체 응답자의 0.9%는 매일 마신다고 응답하였다.

연령별 차이를 보면 19세 이상이 19세 미만보다 술을 더 자주 마셨으나 19세 미만 미성년 중에도 34%가 한 달에 1일 이상 술을 마셔 본 경험이 있다고 응답하였다. 참고로 2019년 청소년건강행태조사의 결과에서는 지난 한 달간 한 잔 이상 음주를 했다고 응답한 비율이 15%였다(교육부 외, 2019:89). 이는 일반 중고생들에 비해 위기청소년들의 음주율이 상당히 높음을 보여준다.

그 밖의 하위집단별 차이를 보면 여자보다는 남자가, 고졸이나 비재학일 경우, 일을 하는 경우에, 가정 밖 생활 경험이 있는 경우, 양부모 가정이나 시설에서 생활하지 않는 경우, 경제수준이 낮을수록 술을 마신 날이 더 많았다. <표 V-35>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

② 음주 후 유해행동

지난 한 달 간 음주 경험이 있다고 응답한 청소년들을 대상으로 음주 후 유해행동을 한 적이 있는지 질문하였다. 이들 중 지난 12개월 간 음주 운전을 했거나 음주자가 운전한 차에 탑승한 경험이 있는 경우는 15.2%였다. 여기서 주목해야 할 점은 19세 이상의 경험률은 10.1%인데 비해 19세 미만은 17.5%로 그 비율이 더 높았다는 점이다. 또한 여자보다는 남자에게서, 그리고 비재학, 재학, 고졸 청소년 순으로, 일 경험이 있는 경우에 그 비율이 높게 나타났다. 가정 밖 생활경험 여부에서는 그 기간이 1년 미만(한 달 미만 포함)인 경우가 가정 밖 생활 1년 이상이거나 경험이 없는 경우보다 그 비율이 높았다.

지난 12개월 간 술을 마시고 기억이 끊긴 경험은 지난 한 달간 음주 경험이 있는 청소년 중 30.9%가 있다고 응답하여 위기청소년들의 폭음문제가 심각할

수 있음을 보여준다. 음주 후 기억이 끊기는 경험, 즉 블랙아웃의 경험은 뇌의 손상을 불러일으키고 이 같은 현상이 반복될 경우 알코올성 치매로 이어질 수 있기 때문이다.¹³³⁾ 이 역시 19세 이상보다는 19세 미만에서, 고졸인 경우보다는 학생이나 비재학 청소년인 경우에, 가정 밖 생활 경험이 있는 경우에 그 응답률이 높았다. 또한 기타 거주유형이나 한부모·조손가정 청소년들의 경험률이 가장 높았고 양부모 가정 청소년들의 경험률이 가장 낮았다.

지난 12개월 간 술을 마시고 다른 사람과 시비를 벌인 경험에서는 지난 한 달간 음주 경험이 있는 청소년 중 16.3%가 있다고 응답하였다. 이 역시 여자보다

표 V-36 음주 후 유해행동

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
술을 마시고 운전하거나 술을 마신 사람이 운전하는 것에 탑승한 경험	전체	724	84.8	15.2	8.664**
	성별	남자	341	80.6	
		여자	383	88.5	
	연령	19세 미만	496	82.5	6.733**
		19세 이상	228	89.9	
	재학 여부	재학	69	85.5	17.766***
		비재학(고졸이하)	383	80.4	
		고교졸업	245	92.7	
	일 경험	없음	257	90.7	10.466**
		있음	463	81.6	
	가정 밖 생활	없음	403	89.8	22.410***
		한 달 미만	135	79.3	
		1년 미만	109	73.4	
		1년 이상	72	86.1	

133) 정신의학신문(2019.3.4). 미래의 내가 보내는 경고, 블랙아웃. <http://m.psychiatricnews.net/news/articleView.html?idxno=14399>에서 2020년 9월 10일 인출.

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
술을 마시고 기억이 끊긴 경험	전체	725	69.1	30.9	8.820**
	연령	19세 미만	498	65.7	
		19세 이상	227	76.7	
	재학 여부	재학	70	60.0	9.898**
		비재학(고졸이하)	382	66.8	
		고교졸업	246	76.4	
	가정 밖 생활	없음	403	77.2	29.559***
		한 달 미만	135	63.7	
		1년 미만	110	52.7	
		1년 이상	72	62.5	
	현재 거주 유형	양부모	268	75.7	12.221**
		한부모·조손	223	62.8	
		청소년 시설	145	71.0	
		기타	86	61.6	
술을 마시고 다른 사람과 시비를 벌인 경험	전체	724	83.7	16.3	10.960**
	성별	남자	341	78.9	
		여자	383	88.0	
	재학 여부	재학	69	82.6	9.162*
		비재학(고졸이하)	382	80.9	
		고교졸업	246	89.8	
	일 경 험	없음	258	88.8	7.778**
		있음	462	80.7	
	가정 밖 생활	없음	403	90.8	42.125***
		한 달 미만	135	82.2	
		1년 미만	109	67.0	
		1년 이상	72	75.0	

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

는 남자에게서, 고졸인 경우보다는 학생이나 비재학 청소년인 경우에, 일경험이 있는 경우에, 그리고 가정 밖 생활 경험이 있는 경우에 그 응답률이 높았다. <표 V-36>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-37 청소년들의 재학여부에 따른 음주 위험행동의 차이에 대한 공변량 분산분석 결과

구분	재학 여부			ANCOVA					
	재학	비재학	고졸	소스	SS	df	MS	F	ϵ^2
음주 위험행동				수정모형	1.715	3	.572	7.087***	.030
평균	1.228	1.236	1.114	절편	9.904	1	9.904	122.810***	.151
표준편차	.035	.015	.019	연령	.085	1	.085	1.052	.002
사례 수	69	382	245	재학여부	1.114	2	.557	6.908**	.020
				오차	55.808	692	.081		
				합계	1064.889	696			
				수정합계	57.522	695			

* 주: 1) ** $p < .01$ *** $p < .001$

이상과 같이 음주 관련 응답결과를 종합해 볼 때 청소년들은 19세 이상인 경우 술을 더 자주 마셨지만 음주 후 위험행동은 19세 미만에게서 더 높음을 알 수 있다. 또한 대체적으로 고졸자보다는 학생이나 비재학 청소년의 경우에 음주 후 위험행동 비율이 더 높았다. 음주 위험행동과 재학 여부 간 관련성에 연령에 따른 차이도 어느 정도 관련이 있는지 살펴보기 위해 연령을 공변량으로 통제하고 분산 분석을 실시한 결과 연령의 공변량 효과는 없는 것으로 나타났다(표 V-37).

세부항목별로 재학생과 비재학 청소년을 비교하였을 때는 기억이 끊긴 경험은 학생에게서, 음주 운전 관련이나 시비 경험에서는 비재학 청소년의 유해행동 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 비재학 청소년이 학생에 비해 음주 후 반사회적 행동을 할 가능성이 더 높음을 시사한다. 이러한 결과를 고려해볼 때 10대 청소년을 대상으로 과도한 음주폐해에 대한 인식 제고를 할 필요성이 제기된다.

음주일수와 음주 위험행동 간의 관련성을 살피기 위해 중다회귀분석을 실시하였다. 그 결과 음주일수가 많을수록 위험행동도 증가하는 경향을 보였다. 회귀분석 결과를 보면 성별에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 연령에서는 19세 미만이 19세 이상보다, 그리고 음주일수가 많을수록 위험행동 경향이 높아졌다. 음주일수의 위험행동 정도의 설명변량은 약 13%로 나타났다(표 V-38).

표 V-38 음주 위험행동에 대한 중다회귀분석 결과

N=723

변인	위험행동 (DV)	성별	연령	음주일수	B	β	R^2 변화량
(상수)					1.091		
성별	-.085*				-.030	-.052	.007
연령	-.130***	.026			-.075**	-.119	.016
음주일수	.364***	-.086*	-.029		.079***	.356	.126
평균	1.21	1.53	1.31	3.31	$R^2 = .146^{***}$		
표준편차	0.29	0.50	0.46	1.32	교정된 $R^2 = .149^{***}$ $R = .386^{***}$		

* 주: 1) * α .05 ** α .01 *** α .001

한편 해당 모델의 Durbin-Watson test 결과는 1.957, 분산팽창지수(VIF)는 1.000~1.008 수준으로 자기상관과 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났다.

위기청소년들의 음주 문제와 관련하여 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들에게 관련 문제에 대해 질문하였다. 그 결과 종사자의 53.1%가 문제가 있다(있는 편이다 38.6%, 매우 심각하다 14.5%)고 응답하였다.¹³⁴⁾

③ 음주 관련 교육 및 정보 제공 경험률

음주 관련 교육이나 정보를 제공받은 적이 있는 경우는 31.5%로 여자보다는 남자에게서, 19세 이상보다는 미만에게서, 그리고 중고교생에게서 그 응답률이 높았다. 또한 가정 밖 생활을 경험한 경우가 그렇지 않은 경우보다, 청소년 시설에서 생활하는 경우가 다른 거주유형에서 생활하는 경우보다 음주 관련 교육을 받은 비율이 더 높았다. (표 V-39)에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

134) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

표 V-39 음주에 관한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,992	68.5	31.5	
성별	남자	892	63.7	36.3	17.217***
	여자	1,100	72.4	27.6	
연령	19세 미만	1,557	66.8	33.2	9.308**
	19세 이상	435	74.5	25.5	
재학 여부	재학	327	52.6	47.4	47.471***
	비재학(고졸이하)	998	70.8	29.2	
	고교졸업	611	73.3	26.7	
가정 밖 생활	없음	1,318	71.0	29.0	11.296*
	한 달 미만	288	65.3	34.7	
	1년 미만	215	62.3	37.7	
	1년 이상	142	62.7	37.3	
현재 거주 유형	양부모	875	74.6	25.4	75.866***
	한부모·조손	452	69.5	30.5	
	청소년 시설	525	53.9	46.1	
	기타	133	80.5	19.5	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(2) 흡연

① 흡연 경험

응답자의 64%는 최근 30일간 한 번도 흡연 경험이 없다고 응답한 반면 한번 이상 흡연을 했다는 응답률은 36%였고 25.5%는 매일 담배를 피운다고 응답하였다. 연령별 차이를 보면 19세 미만 응답자 중에서는 35.3%, 19세 이상에서는 38.7%가 지난 한 달간 흡연 경험이 있다고 응답하였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 한편 2019년 청소년건강행태조사의 결과에서는 지난 한 달간 궤련형 일반담배 흡연 경험률은 6.7%, 액상형 전자담배는 3.2%, 궤련형 전자담배는 4.3%였다(교육부 외, 2019: 89). 이는 일반 중고생들에 비해 위기청소년들의 흡연율이 상당히 높음을 보여준다.

표 V-40 최근 30일 동안 담배를 피운 날

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,925	64.0	1.9	1.4	1.6	3.2	2.6	25.5	2.88	2.649	
성별	남자	855	57.1	1.3	0.8	1.3	2.9	3.3	33.3	3.35	2.818	6.968***
	여자	1,070	69.5	2.3	1.8	1.8	3.4	2.1	19.2	2.50	2.442	
연령	19세 미만	1,502	64.8	1.8	1.5	1.6	3.5	2.7	24.2	2.82	2.618	-1.685
	19세 이상	423	61.2	2.1	0.9	1.4	2.1	2.4	29.8	3.07	2.750	
재학 여부	재학 ^a	309	65.4	2.6	1.9	1.6	3.9	1.9	22.7	2.72	2.561	14.708*** c,a<b
	비재학(고졸이하) ^b	970	58.8	2.0	1.4	1.8	3.9	3.4	28.8	3.15	2.727	
	고교졸업 ^c	602	73.3	1.5	0.5	1.2	1.7	1.5	20.4	2.43	2.472	
일 경험	없음	1,128	77.4	1.5	1.3	1.4	2.0	1.5	14.9	2.13	2.230	-14.881***
	있음	793	45.1	2.4	1.4	1.8	4.9	4.0	40.4	3.92	2.832	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,282	76.1	1.6	0.8	0.9	2.0	1.2	17.4	2.24	2.340	86.745*** a<b<d
	한 달 미만 ^b	284	45.4	2.5	2.1	2.5	6.3	4.9	36.3	3.82	2.780	
	1년 미만 ^c	206	34.0	1.9	2.9	3.9	6.3	8.7	42.2	4.42	2.691	
	1년 이상 ^d	138	36.2	2.2	2.2	2.2	3.6	1.4	52.2	4.48	2.826	
현재 거주 유형	양부모 ^a	847	77.6	1.4	1.2	1.1	2.5	2.2	14.0	2.12	2.217	56.138*** a<c,b<d
	한부모·조손 ^b	437	53.3	2.1	1.1	3.0	3.4	3.7	33.4	3.46	2.794	
	청소년 시설 ^c	508	58.7	2.0	1.6	1.2	4.1	2.4	30.1	3.18	2.749	
	기타 ^d	127	32.3	3.9	1.6	1.6	2.4	2.4	55.9	4.69	2.797	
경제 수준	상 ^a	284	70.1	1.1	0.7	1.1	1.8	1.1	24.3	2.64	2.602	3.240* a<c
	중 ^b	1,084	64.9	1.5	1.7	1.6	3.2	2.9	24.4	2.83	2.624	
	하 ^c	556	59.2	3.1	1.1	1.8	3.8	2.9	28.2	3.10	2.711	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) ① 최근 30일 동안 없다, ② 월 1~2일, ③ 월 3~5일, ④ 월 6~9일, ⑤ 월 10~19일,

⑥ 월 20~29일, ⑦ 매일

그 외에 하위집단별 차이를 보면 남자가 여자보다, 비재학 청소년이 학생이나 고졸자보다, 일 경험이 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 흡연율이 높았다. 또한 가정 밖 생활 기간이 대체로 길수록, 그리고 경제수준이 하(下)인 경우에 흡연율이 높았다. 거주 유형별 차이를 보면 양부모가정에서 사는 경우 흡연율이 가장 낮았고

한부모·조손 가정과 청소년 시설에 사는 경우가 그 다음으로 낮았다. <표 V-40>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들의 응답결과를 보면 응답자의 73.5%가 청소년들이 흡연문제가 있다(있는 편이다 51.2%, 매우 심각하다 22.3%)고 응답하였다.¹³⁵⁾ 이는 종사자들이 위기청소년들의 흡연문제를 심각하게 보고 있으며 이에 따라 위기청소년들의 흡연 문제를 최소화하기 위한 정책적 지원이 필요함을 시사한다.

② 금연 시도 여부

지난 한 달간 흡연 경험이 있다고 응답한 이들을 대상으로 최근 일 년간 금연시도를 한 적이 있는지 물어 본 결과 56.1%가 있다고 응답하였고 특히 19세 미만 집단의 응답률(58.7%)이 19세 이상 집단의 응답률(47.4%)보다 높았다. 이로써 현재 흡연 중인 청소년의 절반 정도는 금연의사가 있음을 알 수 있다. <표 V-41>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-41 담배를 끊으려고 시도한 적

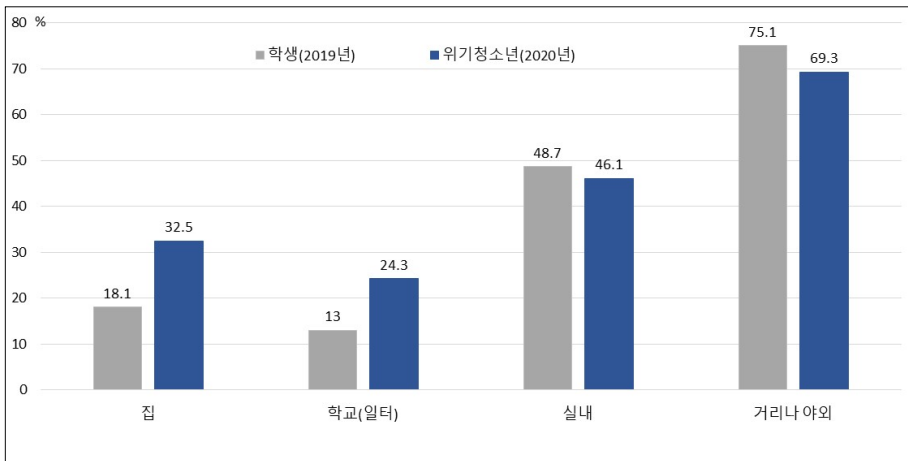
					(단위: %)
구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		672	43.9	56.1	6.138*
연령	19세 미만	518	41.3	58.7	
	19세 이상	154	52.6	47.4	
없음		298	49.0	51.0	8.995*
가정 밖 생활	한 달 미만	148	34.5	65.5	
	1년 미만	132	41.7	58.3	
	1년 이상	86	46.5	53.5	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

135) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

③ 간접흡연 경험

청소년들의 지난 일주일 동안 간접흡연 경험을 살펴본 결과 간접흡연이 가장 많이 일어나는 곳은 길거리 등 실외 공간(69.3%)이었으며 가정·학교·일터 이외의 실내공간(46.1%)이 그 뒤를 이었다. 한편 가정에서의 간접흡연 경험률은 32.5%, 학교나 일터에서의 경험률은 24.3%였다. 2019년 학생 조사에서 나타난 결과를 보면 가정에서 간접흡연 경험자가 18.1%, 학교에서는 13%, 기타 실내에서는 48.7%, 거리 등 실외에서는 75.1%였다. 이 같은 결과를 비교해 볼 때 위기청소년들은 가정이나 학교 및 일터에서 학생 청소년에 비해 간접흡연율이 높음을 알 수 있다(그림 V-6). 단 학교 및 일터 관련해서 2019년도 학생 청소년에게는 학교에서만 경험률을 물어본 반면 올해 위기청소년에게는 학교 외에도 일터를 포함한 공간에서의 경험률을 질문하였기 때문에 그 비율이 학생에 비해 높은 것은 자연스러운 현상이라 할 수 있다.



*주: 1) 2019년 자료는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

그림 V-6 청소년들의 간접흡연 경험 정도

각 공간별 하위집단의 응답률을 살펴보면 다음과 같다. 우선 집에서 간접흡연율에서는 가정의 경제수준이 낮을수록 경험률이 높은 반면 양부모 가정이나 청소년 시설에서의 경험률은 한부모·조손 가정이나 기타 거주 유형보다 상당히 낮았다. 또한 가정 밖 생활 경험이 없는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 간접흡연율이 낮아 가정 밖 생활 경험이 있는 청소년들의 가정환경이 상대적으로 열악함을 시사한다. <표 V-42>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-42 간접 흡연: 집 안에서

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,192	81.8	3.0	3.3	2.9	1.9	1.4	0.6	5.0	0.72	1.797
전체(위기청소년)		1,934	67.5	3.1	4.3	3.3	1.9	2.1	1.3	16.5	1.63	2.690
재학 여부	재학	320	70.6	2.8	4.7	2.2	0.9	1.6	0.9	16.3	1.50	2.652
	비재학(고졸이하)	975	65.6	3.0	4.0	3.0	2.2	2.3	1.6	18.4	1.78	2.791
	고교졸업	584	69.3	3.3	4.5	4.6	2.2	2.2	1.0	12.8	1.42	2.489
일 경험	없음	1,138	71.1	3.4	4.7	3.3	1.6	2.1	0.8	13.0	1.35	2.476
	있음	785	62.5	2.5	3.7	3.3	2.4	2.0	2.0	21.4	2.02	2.920
가정 밖 생활	없음 ^a	1,281	72.4	3.0	4.8	3.6	1.8	1.7	0.5	12.2	1.28	2.409
	한 달 미만 ^b	277	59.2	3.2	5.1	2.5	1.4	3.2	2.2	23.1	2.18	2.983
	1년 미만 ^c	211	55.9	3.8	2.4	2.4	0.9	2.8	4.3	27.5	2.52	3.151
	1년 이상 ^d	137	57.7	2.2	2.2	3.6	5.8	1.5	2.2	24.8	2.35	3.038
현재 거주 유형	양부모 ^a	847	72.6	4.3	4.0	3.8	1.7	2.4	0.8	10.5	1.21	2.323
	한부모·조손 ^b	435	58.2	2.3	7.4	3.2	3.0	1.8	3.2	20.9	2.14	2.900
	청소년 시설 ^c	518	72.0	1.9	2.9	2.7	1.2	1.5	0.6	17.2	1.52	2.699
	기타 ^d	127	47.2	2.4	2.4	2.4	3.1	2.4	0.8	39.4	3.19	3.304
경제 수준	상 ^a	288	76.4	3.5	1.7	2.4	1.0	1.0	0.7	13.2	1.20	2.458
	중 ^b	1,091	68.7	3.0	5.1	2.5	1.9	2.5	1.9	14.4	1.53	2.606
	하 ^c	554	60.6	2.9	4.2	5.2	2.3	1.8	0.4	22.6	2.05	2.911

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.
2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$
3) ① 최근 7일 동안 없다, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 매일

학교나 일터에서의 간접흡연율에 대한 하위집단별 차이를 보면 일 경험이 없는 경우가 있는 경우보다 경험률이 낮았는데 이는 일터에서의 경험률이 학교에서의 경험률보다 높을 수 있음을 시사한다. 한편 가정 밖 생활이 한 달 미만인 경우가 그 이상인 경우보다 경험률이 낮았으며 양부모 가정의 청소년이 한부모·조손 가정 및 기타 유형에 거주하는 경우보다 낮았다. <표 V-43>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

그 외에 실내에서의 간접흡연율을 보면 여자보다 남자에게서, 고졸자보다 학생이나 비재학 청소년에게서, 일 경험이나 가정 밖 생활 경험이 있는 경우, 양부모 가정이나 청소년 시설에서 살고 있지 않을 경우에 그 경험률이 증가하였다. 한편

표 V-43 간접 흡연: 학교나 일터에서

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,192	87.1	4.1	2.8	2.1	1.0	0.8	0.2	2.0	0.39	1.260
전체(위기청소년)		1,927	75.8	2.7	3.6	3.1	2.1	2.0	0.8	10.0	1.12	2.280
성별	남자	866	72.5	2.9	2.9	3.3	1.7	2.0	1.5	13.2	1.37	2.519
	여자	1,061	78.5	2.5	4.1	2.8	2.4	2.1	0.2	7.4	0.92	2.043
일 경험	없음	1,130	81.9	2.8	3.0	2.3	1.4	1.8	0.5	6.2	0.77	1.914
	있음	787	67.2	2.5	4.4	4.1	2.9	2.4	1.1	15.2	1.61	2.634
가정 밖 생활	없음 ^a	1,279	79.3	2.7	4.0	3.1	1.9	1.6	0.5	6.9	0.87	1.994
	한 달 미만 ^b	276	74.3	3.3	2.5	2.5	1.8	2.2	0.7	12.7	1.27	2.465
	1년 미만 ^c	208	64.9	2.4	2.9	2.9	3.4	2.4	2.9	18.3	1.88	2.838
	1년 이상 ^d	136	64.0	2.2	2.9	2.9	2.9	5.9	0.0	19.1	1.92	2.844
현재 거주 유형	양부모 ^a	843	80.4	2.7	4.4	3.4	1.4	1.8	0.7	5.1	0.76	1.833
	한부모·조손 ^b	433	72.5	2.8	3.5	1.8	3.7	2.8	1.4	11.5	1.33	2.453
	청소년 시설 ^c	517	74.5	3.1	2.9	2.9	1.5	1.7	0.6	12.8	1.25	2.449
	기타 ^d	127	62.2	0.8	1.6	5.5	2.4	1.6	0.0	26.0	2.20	3.053

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.
 2) * α .05, ** α .01, *** α .001
 3) ① 최근 7일 동안 없다, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 매일

표 V-44 간접 흡연: 집이나 학교, 일터가 아닌 실내에서

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,195	51.3	11.7	12.2	8.4	5.1	3.5	1.5	6.3	1.52	2.087
전체(위기청소년)		1,940	53.9	7.5	7.8	7.2	4.8	3.7	2.0	13.1	1.86	2.531
성별	남자	869	52.0	6.4	7.2	6.8	4.7	4.4	2.1	16.3	2.09	2.686
	여자	1,071	55.4	8.4	8.2	7.6	4.9	3.1	2.0	10.5	1.68	2.383
재학 여부	재학 ^a	318	54.7	9.1	6.9	6.6	2.8	3.8	1.3	14.8	1.84	2.587
	비재학(고졸이하) ^b	976	49.1	6.9	7.9	7.9	5.5	4.4	3.0	15.4	2.16	2.651
	고교졸업 ^c	592	61.8	7.3	8.6	6.4	4.4	2.7	0.8	7.9	1.35	2.177
일 경험	없음	1,140	62.1	7.3	7.5	6.6	3.6	2.5	1.5	8.9	1.40	2.257
	있음	790	42.2	7.6	8.2	8.0	6.7	5.3	2.8	19.2	2.53	2.752
가정 밖 생활	없음 ^a	1,285	58.3	8.4	8.2	7.2	4.2	3.0	1.5	9.2	1.52	2.287
	한 달 미만 ^b	280	45.0	5.0	8.2	9.3	6.4	2.9	2.9	20.4	2.49	2.791
	1년 미만 ^c	209	45.0	3.8	5.7	4.8	7.7	7.7	4.3	21.1	2.72	2.891
	1년 이상 ^d	138	44.2	8.7	5.1	8.0	4.3	5.1	2.2	22.5	2.56	2.877
현재 거주 유형	양부모 ^a	852	57.0	8.2	9.5	7.9	5.0	2.9	1.5	7.9	1.50	2.208
	한부모·조손 ^b	437	42.1	7.3	9.2	9.2	4.6	5.7	3.7	18.3	2.50	2.734
	청소년 시설 ^c	516	63.0	6.2	4.3	3.5	3.5	3.7	1.2	14.7	1.68	2.620
	기타 ^d	128	35.9	8.6	6.3	10.9	10.2	0.8	3.1	24.2	2.87	2.824
지역 규모	대도시	683	57.8	6.3	6.9	7.6	4.8	2.6	2.2	11.7	1.71	2.467
	중소도시	868	49.8	8.8	8.1	6.8	5.5	4.0	2.3	14.7	2.05	2.606
	읍면지역	389	56.0	6.9	8.7	7.5	3.3	4.6	1.0	11.8	1.72	2.448

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이며 일터를 제외하고 집이나 학교가 아닌 실내에서의 간접흡연 경험에 대한 응답률이다.

2) * α .05, ** α .01, *** α .001

3) ① 최근 7일 동안 없다, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 매일

청소년 시설에서 거주하는 청소년들의 무경험률은 다른 집단에 비해 상당히 높았는데 이는 부분적으로는 소년원 등 외출이 제한되는 경우가 포함되기 때문인 것으로 추측된다. <표 V-44>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

거리나 야외에서 간접흡연을 경험한 비율을 보면 일 경험이나 가정 밖 생활 경험이 있는 경우, 양부모 가정이나 청소년 시설에서 살고 있지 않을 경우, 가정의 경제수준이 하(下)인 경우, 중소도시 이상의 규모에서 사는 경우에 그 경험률이 증가하였다. 이러한 경향은 앞서 실내에서의 간접흡연 경험 경향과 비슷하다. 여기에서도 청소년 시설에서 거주하는 청소년들의 무경험률은 다른 집단에 비해 높았는데 이 역시 부분적으로는 소년원 등 외출이 제한되는 경우가 포함되기 때문

표 V-45 간접 흡연: 거리나 야외에서

(단위: %, 일)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,192	24.8	13.6	14.2	13.9	9.3	7.3	2.8	14.0	2.72	2.393
전체(위기청소년)		1,952	30.6	10.1	13.0	12.6	7.9	5.9	2.1	17.7	2.72	2.561
일 경험	없음	1,150	35.8	11.1	14.2	13.2	6.9	4.5	1.9	12.3	2.27	2.384
	있음	792	23.0	8.5	11.2	11.6	9.6	8.1	2.4	25.6	3.38	2.668
가정 밖 생활	없음 ^a	1,293	32.7	12.0	14.2	13.2	7.9	4.9	1.9	13.1	2.40	2.400
	한 달 미만 ^b	282	28.7	3.9	11.3	11.3	8.5	8.2	1.8	26.2	3.30	2.750
	1년 미만 ^c	210	22.9	8.1	8.6	11.4	9.0	10.0	4.3	25.7	3.51	2.688
	1년 이상 ^d	139	26.6	7.9	11.5	10.1	6.5	5.8	1.4	30.2	3.36	2.831
현재 거주 유형	양부모 ^a	859	28.9	12.5	16.6	15.8	8.3	5.6	1.3	11.1	2.39	2.257
	한부모·조손 ^b	440	23.9	10.2	11.8	12.0	8.9	7.0	3.9	22.3	3.20	2.633
	청소년 시설 ^c	516	43.4	6.2	8.7	8.7	5.6	5.6	1.6	20.2	2.51	2.768
	기타 ^d	130	13.8	10.8	9.2	8.5	10.8	5.4	3.8	37.7	4.12	2.698
경제 수준	상 ^a	288	33.7	9.0	12.5	13.2	7.3	4.2	1.4	18.8	2.63	2.602
	중 ^b	1,102	32.6	10.2	13.4	13.4	7.9	4.9	2.7	14.9	2.54	2.483
	하 ^c	562	25.3	10.7	12.3	10.5	8.4	8.9	1.2	22.8	3.12	2.649
지역 규모	대도시 ^a	689	31.6	8.0	11.2	13.2	8.9	5.8	2.3	19.0	2.81	2.613
	중소도시 ^b	871	27.8	11.1	14.6	11.9	7.8	6.3	2.1	18.4	2.80	2.552
	읍면지역 ^c	392	35.2	11.7	12.5	12.8	6.6	5.4	1.8	14.0	2.37	2.464

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이며 일터를 제외하고 집이나 학교가 아닌 실내에서의 간접흡연 경험에 대한 응답률이다.
2) * α .05, ** α .01, *** α .001
3) ① 최근 7일 동안 없다, ② 1일, ③ 2일, ④ 3일, ⑤ 4일, ⑥ 5일, ⑦ 매일

인 것으로 추측된다. <표 V-45>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

④ 흡연 예방 및 금연교육 및 정보 제공 경험률

흡연 예방 및 금연교육과 관련해서는 39.6%가 최근 12개월 동안 교육이나 정보를 제공받은 경험이 있다고 응답하였다. 이는 음주 관련 교육·정보 제공 경험률(31.5%)보다 다소 높은 수치이다(표 V-39 참조). 흡연 예방 및 금연 관련해서도 음주 관련 교육과 마찬가지로 여자보다는 남자에게서, 19세 이상보다는 미만에게서, 그리고 중고교생에게서 그 응답률이 높았다. 또한 가정 밖 생활을 경험한 경우

표 V-46 흡연에 관한 교육/정보

					(단위: %)
구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,990	60.4	39.6	
성별	남자	892	55.4	44.6	16.692***
	여자	1,098	64.4	35.6	
연령	19세 미만	1,556	58.5	41.5	10.410**
	19세 이상	435	67.1	32.9	
재학 여부	재학	327	42.5	57.5	56.622***
	비재학(고졸이하)	997	62.0	38.0	
	고교졸업	610	67.2	32.8	
가정 밖 생활	없음	1,317	64.5	35.5	27.770***
	한 달 미만	288	56.3	43.8	
	1년 미만	215	49.8	50.2	
	1년 이상	142	50.0	50.0	
현재 거주 유형	양부모	874	66.9	33.1	94.401***
	한부모·조손	451	62.5	37.5	
	청소년 시설	525	43.2	56.8	
	기타	133	75.9	24.1	
지역 규모	대도시	700	63.1	36.9	9.480**
	중소도시	887	56.6	43.4	
	읍면지역	403	63.8	36.2	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

가 그렇지 않은 경우보다, 청소년 시설에서 생활하는 경우가 다른 거주유형에서 생활하는 경우보다, 중소도시에 거주하는 경우가 대도시나 읍면지역에 거주하는 경우보다 교육이나 정보 제공을 받았다는 응답률이 높았다. 이 같은 경향은 관련 교육이 학교나 청소년 시설을 중심으로 이루어지고 있음을 시사한다. <표 V-46>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(3) 고카페인 음료

① 고카페인 경험률

표 V-47 고카페인 음료 섭취

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		5,566	65.8	22.3	6.8	1.9	1.9	0.7	0.6	-	-	
전체(위기청소년)		1,989	62.2	20.4	8.6	2.5	3.5	2.0	0.8	1.74	1.252	
성별	남자	890	58.9	20.3	9.6	2.8	4.8	2.4	1.2	1.86	1.379	4.002***
	여자	1,099	65.0	20.4	7.9	2.3	2.4	1.6	0.5	1.63	1.130	
일 경험	없음	1,165	67.0	18.8	7.6	2.3	2.3	1.4	0.6	1.61	1.124	-5.397***
	있음	813	55.5	22.6	10.0	2.8	5.2	2.8	1.1	1.92	1.400	
가정 밖 생활	없음	1,316	65.4	19.8	6.8	1.8	3.9	1.6	0.7	1.66	1.208	4.490**
	한 달 미만	288	56.6	21.5	12.8	2.8	2.8	2.8	0.7	1.85	1.287	
	1년 미만	215	55.3	20.9	14.0	5.1	1.9	1.9	0.9	1.87	1.259	
	1년 이상	142	55.6	23.2	7.0	4.9	3.5	4.2	1.4	1.96	1.477	
현재 거주 유형	양부모 ^a	873	63.8	20.3	8.2	2.6	2.6	1.9	0.5	1.68	1.177	5.919**
	한부모·조손 ^b	452	58.0	22.6	8.6	2.7	5.1	2.2	0.9	1.85	1.336	
	청소년 시설 ^c	525	66.5	17.5	8.6	2.5	2.5	1.1	1.3	1.66	1.214	
	기타 ^d	133	49.6	25.6	10.5	1.5	7.5	4.5	0.8	2.08	1.503	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.
 2) * α .05, ** α .01, *** α .001
 3) ① 최근 7일 동안 마시지 않았다, ② 주 1~2번, ③ 주 3~4번, ④ 주 5~6번, ⑤ 매일 1번,
 ⑥ 매일 2번, ⑦ 매일 3번 이상

최근 7일 동안 고카페인 음료를 마셨는지 질문한 결과 응답자의 62.2%는 한번도 마시지 않았다고 응답하였으며 주 3회 이상 마셨다는 응답은 17.4%, 매일 1회 이상 마셨다는 응답은 6.3%였다. 하위집단별 차이를 보면 여자보다는 남자에게서, 일 경험에 있는 경우에, 가정이나 시설 밖에서 생활하는 경우에 그 경험률이 높았다.

한편 2019년도 동일 문항에 대한 학생 청소년의 응답률을 보면 무경험자는 65.8%, 주 3회 이상은 11.9%, 매일 1회 이상 마신다는 응답률은 3.2%였다. 이러한 결과는 위기청소년의 고카페인 음용률이 다소 높을 수 있음을 보여준다. <표 V-47>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

② 고카페인에 대한 교육 및 정보 제공 경험률

고카페인과 관련해서는 18%가 최근 12개월 동안 교육이나 정보를 제공받은 경험이 있다고 응답하였다. 이는 음주나 흡연 관련 교육 및 정보 제공 경험률과 비교할 때 상당히 낮은 수치로 청소년에 대한 고카페인의 위험성과 관련하여 사회적 인식이 아직 충분하지 못함을 반영하기 때문인 것으로 파악된다. 하위집단별 차이는 앞서 음주·흡연 관련 교육과 비슷한 양상을 보였다. 즉 여자보다는 남자에게서, 19세 이상보다는 미만에게서, 그리고 중고교생에게서 그 응답률이 높았다. 또한 청소년 시설에서 생활하는 경우에서 다른 거주유형에서 생활하는 경우보다 교육이나 정보 제공을 받았다는 응답률이 높았다. <표 V-48>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-48 고카페인에 관한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,989	82.0	18.0	
성별	남자	891	79.5	20.5	7.054**
	여자	1,098	84.1	15.9	
연령	19세 미만	1,555	80.9	19.1	5.850*
	19세 이상	434	85.9	14.1	
재학 여부	재학	326	72.4	27.6	25.290***
	비재학(고졸이하)	997	84.4	15.6	
	고교졸업	610	83.6	16.4	
현재 거주 유형	양부모	874	86.4	13.6	45.770***
	한부모·조손	451	82.7	17.3	
	청소년 시설	524	72.5	27.5	
	기타	133	87.2	12.8	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(4) 약물 오남용

① 약물·부탄가스·본드 오남용 경험률

약물 오남용과 관련하여 대부분의 청소년들은 약물이나 부탄가스, 본드에 대한 경험이 없다고 응답하였으나 6.2%의 청소년들은 경험이 있다고 응답하였다. 하위 집단별 차이를 보면 남자보다는 여자에게서, 중고교생이나 고졸자보다는 비재학 청소년에게서, 일 경험이 없는 경우보다는 있는 경우에서 경험이 있다는 응답률이 높았다. <표 V-49>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 약물문제 정도를 물어본 결과 9%가 문제가 있다고 응답하였다.¹³⁶⁾ 이는 약물이 아직까지는 청소년들에게 만연해 있지

136) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

표 V-49 약물, 부탄가스, 본드 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,991	93.8	6.2	13.134***
성별	남자	890	96.0	4.0	
	여자	1,101	92.0	8.0	
재학 여부	재학	326	94.8	5.2	6.604*
	비재학(고졸이하)	999	92.4	7.6	
	고교졸업	610	95.4	4.6	
일 경험	없음	1,167	95.3	4.7	11.013**
	있음	812	91.6	8.4	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

는 많음을 시사하는 것이라 할 수 있다. 그러나 문제가 아주 없는 것은 아니기 때문에 향후에도 지속적인 관심을 보이는 것이 필요하다.

② 약물 오남용에 대한 교육 및 정보 제공 경험률

약물 오남용과 관련해서는 26.6%가 최근 12개월 동안 교육이나 정보를 제공 받은 경험이 있다고 응답하였다. 이는 음주나 흡연 관련 교육 및 정보 제공 경험률보다는 낮은 수치이나 고카페인 관련 교육·정보 제공보다는 높은 수치이다. 하위집단별 차이는 앞서 음주·흡연 관련 교육과 비슷한 양상을 보였다. 즉 여자 보다는 남자에게서, 그리고 중고교생에게서 그 응답률이 높았다. 또한 가정 밖 생활 경험자에게서, 그리고 청소년 시설에서 생활하는 경우에서 다른 거주유형에서 생활하는 경우보다 교육이나 정보 제공을 받았다는 응답률이 높았다. <표 V-50>에서는 하위집단별 차이 중 통계적으로 유의한 수준에서 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-50 약물 오·남용 및 예방 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,989	73.4	26.6	
성별	남자	891	69.0	31.0	15.481***
	여자	1,098	76.9	23.1	
재학 여부	재학	327	58.1	41.9	48.072***
	비재학(고졸이하)	996	76.4	23.6	
	고교졸업	610	77.0	23.0	
가정 밖 생활	없음	1,316	76.0	24.0	13.192**
	한 달 미만	288	69.4	30.6	
	1년 미만	215	67.4	32.6	
	1년 이상	142	67.6	32.4	
현재 거주 유형	양부모	874	79.3	20.7	94.041***
	한부모·조손	451	76.7	23.3	
	청소년 시설	524	57.4	42.6	
	기타	133	84.2	15.8	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

7) 신체건강 및 의료서비스 이용

(1) 신체 증상

최근 30일 동안 청소년들이 신체적으로 아픈 증상이 있는지 살펴보았다(그림 V-7). 청소년들이 가장 많이 호소한 증상은 쉽게 피로함(66.8%)이었으며 속쓰림·복통(61.6%), 변비 및 설사(40.5%), 배변과 상관없는 복통 및 허리통증(37.5%)이 그 뒤를 이었다. 그 외에 코막힘(28%), 잇몸염증·치통(27.2%), 참기 힘든 두통(26.9%), 아토피 등 피부질환(24.8%), 안질환(23.3%), 감기(23.2%), 신체 외상(21.3%) 등도 적지 않은 청소년들이 경험한 증상이다. 또한 귀에 통증이 있거나 고름이 나온 적이 있다는 응답은 13.1%였다. 한편 치아가 손상된 채 적절한 치료를 받지 못한 경우는 12.3%, 안경 등을 사용하여 좋지 않은 시력을 적절히 교정하

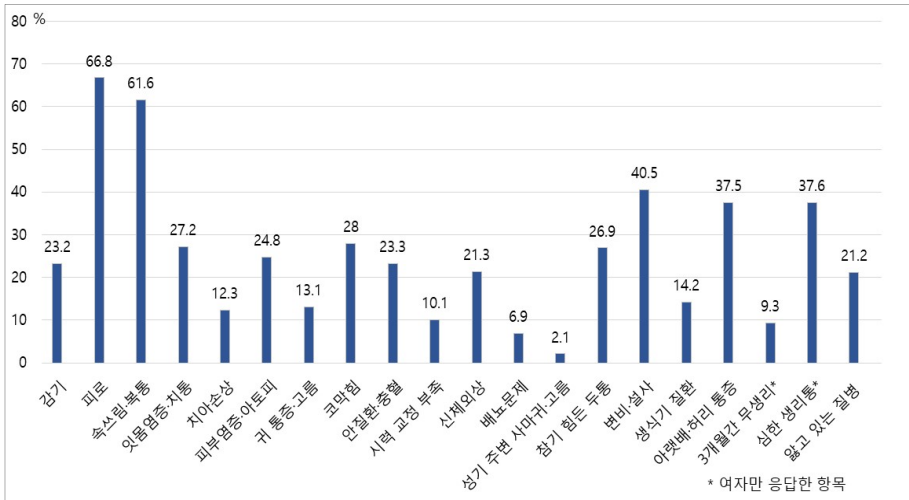


그림 V-7 청소년들의 신체적 증상 및 질환

지 못한 경우는 10.1%로 나타났다. 소변 시 따끔거리거나 아픈 적이 있는 배뇨문제(6.9%), 성기 주변에 사마귀가 있거나 고름이 나온 적이 있는 경우(2.1%), 생식기가 가렵거나 냄새나는 분비물이 나오는 경우(14.2%) 등 성 질환이 의심되는 경우도 적지 않았다. 그 외에 현재 앓고 있는 질병이 있다고 응답한 이들은 21.2%였다. 이들이 앓고 있는 질병은 매우 다양하였는데 ADHD·우울증·공황장애 등과 같은 정신적 문제부터 천식·아토피·비염 등과 같은 알레르기성 질환이 많았다. 한편 초경을 시작한 지 1년 이상인 여자 청소년만을 대상으로 생리 및 생리통 여부를 질문한 결과 3개월 이상 생리가 없는 경우는 9.3%, 심한 생리통이 있는 경우는 37.6%로 나타났다. 신체적 질환을 나타내는 증상이나 질병이 하나도 없다고 응답한 경우는 전체 응답자 중 3.4%에 불과하였다. 표나 그림으로 제시하지는 않았으나 통계분석 결과 전체 응답자의 96.2%는 적어도 하나 이상의 증상이나 질병을 가지고 있었고 이중 가장 많이 언급된 피로를 제외하더라도 응답자의 85%가 하나 이상의 증상을 언급하였다. 이는 청소년들의 건강이 이들의 인식만큼 좋지 못할 수도 있음을 시사한다.

이러한 증상을 하위집단별로 보면 대체로 남자보다는 여자에게서 증상을 호소하는 경우가 많았는데 치아손상에서는 유일하게 남자에게서 증상호소 비율이 높았다. 코막힘, 시력교정, 신체외상, 배뇨문제, 성기 주변의 사마귀나 고름 증상에서는 남녀의 차이가 없었다. 연령별 차이는 변비·설사 증상과 생리통, 앓고 있는 질병이 있다는 응답에서 통계적으로 유의하였는데 19세 이상 청소년들이 19세 미만보다 증상 호소율이 높았다.

재학여부에 따른 차이에서는 몇몇 증상에서 다양한 차이를 보였다. 피로나 귀 질환에서는 고졸자들이 나머지 청소년에 비해 증상 호소율이 높았다. 치과적 문제와 관련하여 잇몸염증·치통에서는 고졸자와 비재학 청소년들의 비율이 높았던 반면 치아손상에서는 재학생과 비재학 청소년들의 비율이 고졸자보다 높았다. 변비·설사 증상에서는 재학생의 비율이 가장 높았고 고졸자, 비재학 청소년 순으로 나타났다.

일 경험 여부에 따른 차이에서는 피부 질환, 귀 질환, 성 질환, 무생리를 제외하고 모두 일 경험이 있는 집단에서 증상을 호소하는 경우가 많았다. 가정 밖 생활 여부에서도 비교적 일관된 경향을 보였다. 피부질환, 귀질환, 성기 주변의 사마귀나 고름 증상, 무생리에서는 집단별 차이가 없었으나 그 외의 증상에서는 가정 밖 경험이 있거나 그 경험이 길수록 증상 호소율이 높았다. 특히 변비·설사(57%), 아랫배·허리 통증(52.1%), 참기 힘든 두통(41.5%), 잇몸염증·치통(40.8%) 등에서는 가정 밖 생활이 1년 이상인 경우 그 경험률이 상당히 높았다.

거주유형에 따른 차이를 보면 전반적으로 양부모 가정에서 생활하는 경우가 가장 양호하였고 기타 거주유형에 속하는 경우가 건강상의 문제를 가장 많이 호소하였다. 여기서 주목할 점은 청소년 시설에 거주하는 경우 대체로 양부모 가정에서 생활하는 청소년 다음으로 건강상태가 양호한 경향을 보였다. 단 변비·설사 증상에서만 기타 거주유형에 속하는 청소년들과 함께 경험률이 높았다. 이는 아마도 단체생활에서 오는 긴장감이나 자유시간 제약 등에 따른 문제로 보이지만 다른

표 V-51 하위집단별 청소년들의 신체적 증상 및 질환 정도

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
감기	여>남	-	-	있음>없음	있음>없음	기(39.1%)>한>시>양	-	-
피로	여>남	-	졸>나머지	있음>없음	1미(85.2%)>1미·한>미>없음	기>한>시>양	낮을수록	중>대>읍면
속쓰림·복통	여>남	-	-	있음>없음	1미>1미·한>미>없음	-	중>상>하	중>대>읍면
잇몸염증·치통	여>남	-	비재, 졸>재	있음>없음	길수록(1미 40.8%)	-	하>상, 중	-
치아손상	남>여	-	재, 비재>졸	있음>없음	1미>1미>한>미>없음	기>한>시>양	하>중>상	-
피부염증·아토피	여>남	-	-	-	-	-	하>중>상	-
귀 통증·고름	여>남	-	졸>나머지	-	-	-	하>나머지	-
코막힘	-	-	-	있음>없음	1미>1미·한>미>없음	기(43.6%)>한·시>양	하>중>상	-
안질환·충혈	여>남	-	-	있음>없음	1미>한>미>1미>없음	한>기>양>시	-	중>대>읍면
시력교정 부족	-	-	-	있음>없음	길수록(1미 23.2%)	기>시>한>양	하>나머지	-
신체외상	-	-	-	있음>없음	1미>한>미>1미>없음	기>시>한>양	-	-
배뇨문제	-	-	-	있음>없음	나머지>한>미>없음	기>시>한·양	하>나머지	-
성기 주변 사마귀·고름	-	-	-	-	-	나머지>양	낮을수록	-
참기 힘든 두통	여>남	-	-	있음>없음	길수록(1미 41.5%)	기>한>시·양	낮을수록	-
변비·설사	여>남	이상>미만	재>졸>비재	있음>없음	길수록(1미 57%)	시·기>한>양	하>나머지	-
생식기 질환	여>남	-	-	-	1미(27.5%)>한>미>1미>없음	-	-	-
아랫배·허리 통증	여>남	-	-	있음>없음	길수록(1미 52.1%)	기>한>시·양	하>나머지	대·중>읍
3개월간 무생리 ¹⁾	-	-	-	-	-	기>시·한>양	낮을수록	-
심한 생리통 ¹⁾	-	이상>미만	-	있음>없음	한>1미>1미>없음	-	하>나머지	-
알고 있는 질병 있음	여>남	이상>미만	-	있음>없음	길수록(1미 30.9%)	-	낮을수록	-

* 주: 1) 여자 청소년만 응답

2) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의의가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석 보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 1이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

건강상의 문제는 오히려 기본적인 관리가 이루어지고 있음을 시사한다. 한부모·조손 가정의 청소년들은 시설 청소년에 비해 오히려 건강 이상 증상을 호소하는 경향이 높았다. 따라서 가정에서 생활하는 경우라 하더라도 보호자의 적절한 지원이 및 관리가 이루어지지 않는 경우에는 사회적 개입이 필요함을 시사한다. 이러한 거주유형의 차이는 어느 정도 경제수준의 차이와도 상관이 있을 것으로 보인다. 대부분의 증상에서 가정의 경제수준이 낮을수록 또는 하(下)인 경우에 신체적 증상을 호소하는 경향이 높았기 때문이다.

마지막으로 지역규모별 차이를 보면 대개의 경우 지역규모에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 단 피로, 속쓰림·복통, 안질환에서 중소도시, 대도시, 읍면지역 순으로, 아랫배·허리 통증에서 대도시와 중소도시 청소년들이 읍면지역 청소년들에 비해 증상 경험률이 높았다.

이상과 같은 결과를 종합해 보면 대체로 남자보다는 여자 청소년에게서, 일 경험이 있을수록, 가정 밖 생활을 경험했거나 그 기간이 길수록, 그리고 거주환경이나 경제수준이 열악할수록 건강상의 문제를 경험하는 경우가 많았다. 이러한 결과는 전반적인 생활환경이 열악할수록 건강하지 못함을 시사하는 것으로 당연한 귀결이라 할 수 있다.

참고로 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 다양한 신체 질환에 대해 어떻게 인식하고 있는지 살펴보았다. 그 결과 구강(40.6%), 눈(22.9%), 호흡기·순환기(18.7%), 골절·절상·화상 등과 같은 외상(9.6%), 고혈압·당뇨 등 성인병(7.9%) 순으로 문제가 있다는 응답률을 보였다(그림 V-8). 이중 성인병 관련 내용은 청소년 조사에서는 알 수 없었던 내용이다. 또한 종사자들은 청소년들에 비해 특히 구강 건강을 더 심각하게 인식하고 있음을 알 수 있다. 이에 위기청소년들의 구강 건강 지원에 각별히 신경 쓸 필요가 있다.

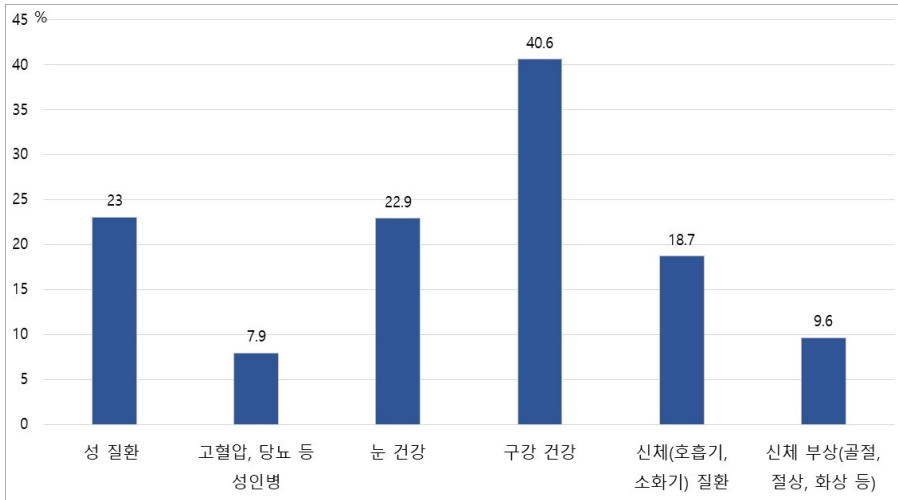


그림 V-8 종사자들이 본 위기청소년들의 신체건강상 문제점

(2) 비만

자기보고를 통해 소수점 첫째자리까지 조사한 신장과 체중을 바탕으로 위기청소년들의 비만율을 산출하였다. 비만율¹³⁷⁾은 20.2%로 청소년 5명 중 1명이 비만이었다. 남자 청소년의 비만율은 23.2%로 여자 청소년의 17.8%보다 높았고 19세 이상의 비만율(27.1%)은 19세 미만의 비만율(18.3%)보다 높았다. 거주 유형별로는 기타 유형 거주 청소년(30.7%), 청소년 시설 거주 청소년(24.4%), 한부모·조손 가정 청소년(18.5%), 양부모 가정 청소년(17.1%) 순으로 원가정에 거주하는 청소년의 비만율이 상대적으로 낮았다. 경제수준별로는 가정 형편이 어려운 청소년(24.7%)이 형편이 보통(18.7%)이거나 좋은 청소년(17.4%)보다 비만율이 높았다.

특히 19세 이상 청소년은 비만율(27.1%)도 높았지만 저체중률(11.8%) 및 과체중률(12%)도 높아 정상체중을 유지하고 있는 청소년이 절반에 미치지 못하였다. 표에는 제시하지 않았으나 가정 밖 생활 경험 1년 이상 청소년의 저체중률(10.3%)

137) 19세 미만은 2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수(BMI) 기준 95백분위수 이상, 19세 이상은 체질량지수(BMI) 25kg/m² 이상

표 V-52 비만율

(단위: %)

구분		사례 수(명)	①	②	③	④	χ^2
전체		1,938	7.8	62.2	9.7	20.2	
성별	남자	871	7.1	59.2	10.4	23.2	11.112*
	여자	1,067	8.4	64.7	9.1	17.8	
연령	19세 미만	1,514	6.7	65.9	9.0	18.3	41.716***
	19세 이상	424	11.8	49.1	12.0	27.1	
현재 거주 유형	양부모	850	9.2	65.5	8.2	17.1	30.055***
	한부모·조손	438	7.1	63.2	11.2	18.5	
	청소년 시설	516	6.0	58.3	11.2	24.4	
	기타	127	8.7	52.0	8.7	30.7	
경제 수준	상	287	6.3	67.9	8.4	17.4	14.844*
	중	1,095	7.7	63.3	10.3	18.7	
	하	555	9.0	57.1	9.2	24.7	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 저체중, ② 정상, ③ 과체중, ④ 비만

3) 과체중: 19세 미만은 2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수(BMI) 기준 85백분위수 이상 95백분위수 미만, 19세 이상은 체질량지수(BMI) 23kg/m² 이상 25kg/m² 미만
비만: 19세 미만은 2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수(BMI) 기준 95백분위수 이상, 19세 이상은 체질량지수(BMI) 25kg/m² 이상

도 10%를 초과하였다. <표 V-52>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

이 조사의 결과를 2019년 학교 밖 청소년 건강검진(여성가족부 보도자료, 2020.5.13) 및 2019년 청소년건강행태조사(교육부 외, 2019) 결과와 비교해 보면 [그림 V-9]와 같다. 이번 조사대상의 비만율이 학교 밖 청소년 건강검진 대상의 비만율보다 다소 높았고 중고등학생의 비만율보다는 훨씬 높았다. 특히 여자 청소년의 경우 위기청소년의 비만율이 학생 비만율의 두 배 이상이었다.

비만은 식생활, 신체활동, 수면 등과 같은 건강행태, 그리고 신체 및 정신건강과도 밀접한 관련이 있어 건강에 대해 파악할 수 있는 대표지표이기도 하다. 위기청

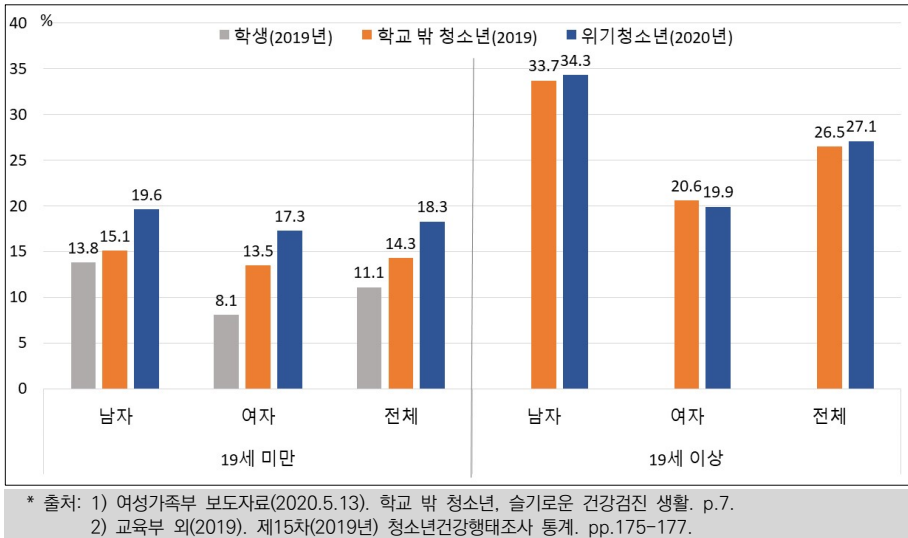


그림 V-9 비만율

소년의 비만율이 학생 청소년의 비만율보다 훨씬 높은 결과는 건강 및 건강행태에 있어서 위기청소년에 대한 지원이 더 많이 필요하다는 것을 시사한다.

이와 관련하여 시설 종사자들 중에서는 청소년들의 비만이 문제라고 응답한 경우는 25.3%, 왜곡된 신체이미지에 대해 문제라고 응답한 경우는 34.3%로 나타났다.¹³⁸⁾ 이러한 응답에 있어서 통계적으로 유의한 수준에서 기관별 차이를 보이지는 않았다.

(3) 의료서비스

표로 제시하지는 않았으나 신체적 증상 및 질병과 관련하여 병의원 진료나 검사를 받은 적이 있는지 물어본 결과 응답자의 55%가 없다고 응답하였다. 그 이유로는 병의원에 갈 정도로 아프지 않아서(42.5%)가 가장 많았고 귀찮아서(33.1%)가 그 뒤를 이었다. 그 외에 돈이 없어서(6.1%), 또는 시간이 맞지 않아서(3.2%) 가지

138) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

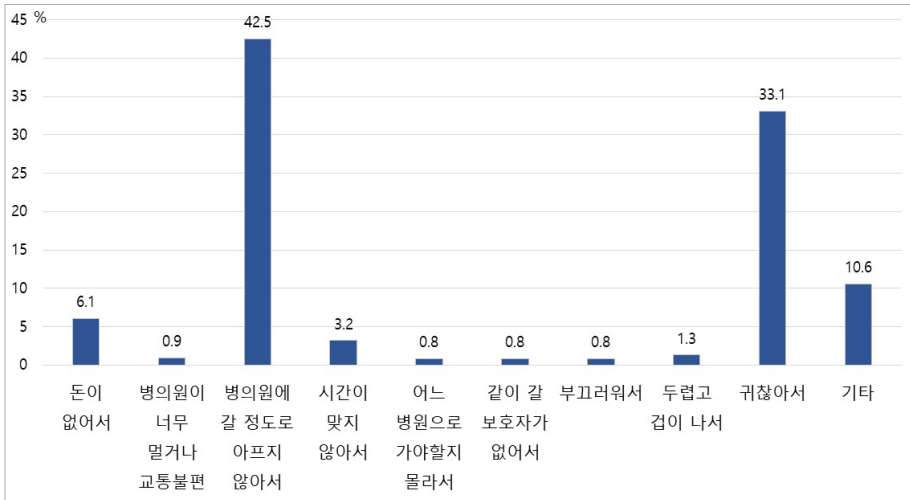


그림 V-10 병의원 진료나 검사를 받지 않은 이유

못했다는 경우도 있었다(그림 V-10). 기타 이유로는 병원 대기시간이 길거나 아는 질환 내지는 만성 질환이어서, 약 먹으면 괜찮아져서, 진료비가 아까워서, 의료보험이 없어서 등의 내용이 있었다. 통계표¹³⁹⁾로 제시하지는 않았으나 하위집단별 차이를 보면 일 경험에 있을수록, 가정이나 시설에서 생활하지 않을수록, 가정 밖 생활이 길어질수록, 그리고 경제수준이 낮을수록 돈이 없거나 시간이 맞지 않아 병원을 찾지 않았다는 응답률이 높았다.

이와 관련하여 시설 종사자들 중에서는 청소년들이 필요한 의료 서비스를 제때 받지 못하고 있다고 응답한 경우가 31.6%로 나타났다(표 V-53). 특히 이러한 응답은 일시 쉼터(70%)에서 상대적으로 높게 나타났다. 청소년자립지원관(66.6%)이나 미인가 대안학교(75%)의 응답률도 일시쉼터와 비슷한 경향을 보였으나 이 두 기관은 응답기관의 수가 적다는 점을 염두에 둘 필요가 있다.

139) 하위집단별 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

표 V-53 위기청소년 의료서비스에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증	
전체		165	16.4	48.5	26.1	5.5	3.6	2.21	0.790		
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터 ^a	103	5.8	54.4	27.2	6.8	5.8	2.37	0.712	5.288*** f(b)	
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	0.0	30.0	60.0	10.0	0.0	2.80		0.632
		단기 ^c	21	42.9	38.1	19.0	0.0	0.0	1.76		0.768
		중장기 ^d	11	36.4	63.6	0.0	0.0	0.0	1.64		0.505
	청소년 자립지원관 ^e	3	33.3	0.0	33.3	33.3	0.0	2.67	1.528		
	청소년 회복지원시설 ^f	4	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.00	0.000		
	소년원 ^g	4	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	1.75	0.500		
	내일이룸학교 ^h	5	20.0	60.0	20.0	0.0	0.0	2.00	0.707		
	미인가 대안학교 ⁱ	4	25.0	0.0	75.0	0.0	0.0	2.50	1.000		

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다,

⑤ 잘 모르겠다

3) 평균계산 시 ⑤번 제외

(4) 교육 및 정보 제공

최근 12개월 동안 의료서비스 이용에 대한 교육이나 정보 제공을 받은 적이 있다는 응답률은 31%로 나타났다. 하위집단별 차이를 보면 재학 중인 경우 (45.1%)가 그렇지 않은 경우(26.6%~30.8%)에 비해 긍정 응답률이 높았다. 또한 가정 밖 생활 기간이 한 달 이상일 경우, 그리고 청소년 시설에 거주하는 경우 이러한 교육이나 정보를 제공받았다는 응답률이 높았는데 이는 해당 집단의 청소년들이 아무래도 보호자의 도움 없이 스스로 병의원을 찾아야 하는 상황에 놓일 가능성이 높기 때문인 것으로 추측된다. <표 V-54>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

한편 청소년들의 신체적 건강 정도와 의료 서비스에 대한 교육 및 정보를 제공 받은 경우 간의 관련성을 알아보기 위해 판별분석을 실시하였다. 신체적 건강

표 V-54 의료 서비스 이용에 대한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,977	69.0	31.0	
성별	남자	884	66.7	33.3	3.964*
	여자	1,093	70.9	29.1	
재학 여부	재학	324	54.9	45.1	38.932***
	비재학(고졸이하)	989	73.4	26.6	
	고교졸업	608	69.2	30.8	
가정 밖 생활	없음	1,306	72.0	28.0	32.128***
	한 달 미만	287	71.8	28.2	
	1년 미만	214	57.5	42.5	
	1년 이상	141	55.3	44.7	
현재 거주 유형	양부모	869	74.8	25.2	63.204***
	한부모·조손	449	72.6	27.4	
	청소년 시설	520	55.2	44.8	
	기타	132	72.0	28.0	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

정도는 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 그 결과 두 변인 간에는 통계적으로 유의한 수준에서 차이가 없었다(표 V-55).

이와 관련하여 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으

표 V-55 청소년들의 신체적 건강 정도와 관련 교육 및 정보 제공 여부에 대한 판별분석 결과

구분	교육 및 정보 제공 여부		판별분석	
	받음	받지 않음	Wilks's λ	$F(1,1048)$
신체적 건강			1.000	.177
평균	25.72	25.82		
표준편차	3.62	3.55		
사례 수	308	742		

* 주: 1) *** $p<.001$

로 청소년들이 건강관련 정보가 충분한지에 대해 질문한 결과 50.6%가 문제가 있다(있는 편이다 40.2%, 매우 심각하다 10.4%)고 응답하였다.¹⁴⁰⁾ 이는 상당수의 청소년들이 건강 관련 정보를 충분히 얻지 못하고 있음을 보여준다.

(5) 신체건강과 건강행동 간의 관련성

청소년들의 신체건강과 건강행동들 간의 관련성을 종합적으로 살펴보기 위해 단순 회귀분석을 실시하였다. 개인의 건강행동으로는 자기 돌봄 정도, 식습관의 건전성, 신체활동 정도, 씻기와 예방활동, 음주 및 흡연을 포함하였다. 자기 돌봄의 내용은 총 3문항(문2: 좋은 음식 섭취, 아프면 병원 가기, 몸 상태가 안 좋으면 쉬기)이며 식습관 건전성은 7일간 섭취한 음식(문6: 과일, 탄산음료, 패스트푸드, 라면, 과자, 채소, 우유)과 문7의 식사시간의 규칙성, 식사량의 충분성으로 총 9문항이 포함되었다. 그 중 탄산음료, 패스트푸드, 라면, 과자에 대한 섭취량은 역산하였다. 신체활동은 문9의 최근 7일간 20분 이상 격렬한 신체활동을 한 날 수(4점 척도)이며 씻기는 양치질(문10), 샤워·목욕 횟수(문11), 손 씻기 정도(문12)로 총 7문항이 포함되었다. 예방활동으로는 미세먼지(문13) 및 코로나19에 대한 대처행동(문15), 인플루엔자 예방접종 여부(문16)로 총 6문항으로 구성하였다. 음주(문18)와 흡연(문19)은 각 1문항씩으로 최근 한 달 간 음주 및 흡연한 일수를 기준으로 하였다. 신체건강은 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 점수가 높을수록 건강하지 않음을 의미한다.

회귀분석 결과는 <표 V-56>에 제시하였다. 우선 신체건강과 관련이 있는 건강행동은 예방활동을 제외한 자기 돌봄, 식습관, 신체활동, 씻기, 음주 및 흡연이었다. 표준화 계수(β)를 비교해 볼 때 이 중 가장 큰 관련이 있는 행동은 자기 돌봄이

140) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

표 V-56 신체적 건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과

N=914

변인	신체건강 (DV)	자기 돌봄	식습관	신체 활동	씻기	예방	음주	흡연	B	β
(상수)									32.539***	
자기돌봄	-.338***								-.1407***	-.238
식습관	-.293***	.427**							-.429***	-.129
신체활동	-.003	.141**	.263**						.304**	.104
씻기	-.193***	.196**	.192**	.178**					-.221***	-.133
예방	-.151***	.347**	.279**	.114**	.193**				.213	.040
음주	.239***	-.209**	-.346**	-.069*	-.038	-.268**			.224*	.081
흡연	.269***	-.223**	-.343**	-.106*	-.084**	-.265**	.558**		.204***	.137
평균	25.80	2.84	6.08	2.23	12.04	4.42	1.80	2.47	$R^2 = .194^{***}$ 교정된 $R^2 = .188^{***}$ $R = .440^{***}$	
표준편차	3.62	0.61	1.09	1.24	2.18	0.68	1.31	2.43		

* 주: 1) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

었고 그 다음으로 흡연, 씻기, 식습관 순으로 나타났으며 이 모든 변인의 신체건강에 대한 설명량(R^2)은 18.8%였다.

8) 정신건강 및 서비스 이용

(1) 정신건강

① 행복도

현재 청소년들에게 현재 자신이 얼마나 행복하다고 생각하는지 물어본 결과 청소년들은 10점 만점에 평균 5.84점을 기록하였다. 이 점수를 2019년도에 조사된 학생 청소년들의 평균점수(7.19점)와 비교해보면¹⁴¹⁾ 상당히 낮은 점수라고 할 수 있다. 또한 학생 청소년들의 점수와 군이 비교를 하지 않더라도 5.84점은 보통을 약간 웃도는 수치이므로 위기청소년들의 행복도는 결코 높다고 볼 수 없다.

141) 2020년 위기 청소년 결과를 2019년 학생 청소년의 결과와 비교할 때 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있음을 고려할 필요가 있다.

표 V-57 현재 행복 지수

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	㉠	㉡	㉢	㉣	㉤	㉥	㉦	㉧	㉨	㉩	㉪	평균	표준 편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,197	0.5	0.6	1.7	4.2	5.0	12.3	8.8	17.2	18.9	12.4	18.5	7.19	2.214	
전체(위기청소년)		1,991	3.4	2.0	6.5	7.0	6.7	23.4	8.0	14.6	12.2	6.1	10.1	5.84	2.584	
성별	남자	893	3.4	1.0	6.3	5.7	5.4	23.0	9.3	15.0	12.7	6.2	12.1	6.06	2.565	3.529
	여자	1,098	3.5	2.7	6.6	8.1	7.8	23.8	6.9	14.2	11.6	6.1	8.6	5.65	2.586	***
연령	19세 미만	1,557	3.1	1.8	6.9	7.1	6.2	22.8	7.6	14.0	12.7	6.7	11.0	5.92	2.607	2.710
	19세 이상	434	4.6	2.5	4.8	6.7	8.5	25.6	9.4	16.6	10.1	3.9	7.1	5.55	2.478	**
일 경험	없음	1,166	3.2	1.7	6.1	6.9	6.3	21.8	7.5	15.1	13.5	7.0	11.1	6.01	2.594	3.483
	있음	813	3.8	2.2	7.0	7.3	7.4	26.0	8.7	13.8	10.2	4.8	8.9	5.60	2.549	**
가정 밖 생활	없음 ^a	1,318	2.2	1.4	5.2	5.3	5.9	22.6	7.2	16.2	13.6	8.0	12.4	6.25	2.502	
	한 달 미만 ^b	289	5.2	2.1	8.0	12.1	10.4	27.7	6.9	9.0	9.0	3.1	6.6	5.04	2.517	36.263
	1년 미만 ^c	215	5.1	4.2	10.7	8.8	6.5	21.9	12.6	13.5	9.8	1.9	5.1	5.03	2.546	d,c,b<a
	1년 이상 ^d	142	8.5	3.5	9.2	9.2	6.3	23.9	11.3	12.7	9.9	1.4	4.2	4.85	2.596	
현재 거주 유형	양부모 ^a	876	1.7	0.8	4.9	5.9	6.1	22.4	6.7	15.6	15.5	8.0	12.3	6.34	2.442	
	한부모·조손 ^b	451	3.1	3.1	6.4	7.8	7.8	24.2	8.0	14.0	9.5	6.7	9.5	5.68	2.595	23.266
	청소년 시설 ^c	524	5.5	2.5	9.2	8.2	5.7	23.5	10.1	13.9	9.5	3.8	8.0	5.35	2.649	d<b<a
	기타 ^d	133	7.5	3.8	6.0	7.5	11.3	27.1	8.3	11.3	9.8	1.5	6.0	4.99	2.578	
경제 수준	상 ^a	294	1.7	1.0	5.1	3.7	4.4	17.3	3.4	19.0	16.3	9.2	18.7	6.81	2.530	80.733
	중 ^b	1,125	2.4	1.3	4.6	5.4	6.1	24.8	9.1	15.1	14.0	7.1	10.0	6.12	2.422	***
	하 ^c	571	6.3	3.7	10.9	11.9	9.1	23.8	8.1	11.2	6.5	2.6	6.0	4.78	2.588	c<b<a

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

2) * α .05, ** α .01, *** α .001

3) ① 전혀 행복하지 않다, ⑤ 보통, ⑩ 매우 행복하다

하위집단별 차이를 보면 여자보다는 남자, 19세 이상보다는 19세 미만, 일 경험이 있는 집단보다는 없는 집단, 그리고 가정 밖 생활 경험이 없는 집단의 행복도가 높았다. 또한 거주유형별 차이를 보면 양부모 가정 청소년들의 행복도가 가장 높았고 기타 거주 유형에 속한 집단의 행복도가 가장 낮았다. 경제수준별 차이에서도 그 수준이 낮을수록 행복도가 감소하였다. <표 V-57>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

② 스트레스

설문조사에 응한 위기청소년들은 평상시 보통을 약간 웃도는 수준(10점 만점에 6.05점)으로 스트레스를 느낀다고 응답하였다. 이는 2019년도에 조사된 학생 청소년들의 평균점수(5.36점)보다 다소 높은 점수이다.¹⁴²⁾

표 V-58 평소 스트레스 지수

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	평균	표준 편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,195	3.9	3.6	6.2	7.9	7.7	21.7	14.3	17.1	10.7	3.9	3.1	5.36	2.357	
전체(위기청소년)		1,992	3.1	2.1	3.8	5.9	5.5	22.2	11.2	15.7	15.0	7.0	8.5	6.05	2.442	
성별	남자	893	3.7	2.1	4.0	7.5	4.9	24.9	11.3	14.1	14.8	5.6	7.1	5.83	2.443	-3.792
	여자	1,099	2.6	2.0	3.6	4.6	5.9	20.1	11.1	17.0	15.1	8.2	9.6	6.24	2.427	***
연령	19세 미만	1,558	3.3	2.1	3.9	6.4	5.8	22.2	11.1	15.3	15.1	6.6	8.2	5.99	2.452	-2.074
	19세 이상	434	2.5	1.8	3.7	4.4	4.1	22.4	11.5	17.1	14.3	8.5	9.7	6.27	2.397	*
일 경험	없음	1,167	3.7	3.0	4.2	6.6	6.0	22.2	12.3	16.2	12.6	6.3	6.9	5.80	2.473	-5.380
	있음	813	2.3	0.7	3.3	5.0	4.8	22.4	9.6	14.9	18.2	8.0	10.7	6.40	2.363	***
가정 밖 생활	없음 ^a	1,319	3.9	2.7	5.1	6.4	6.3	24.4	11.6	14.3	12.6	6.4	6.4	5.71	2.474	
	한 달 미만 ^b	289	1.4	0.7	1.0	7.3	4.8	18.0	11.4	16.6	20.8	8.0	10.0	6.57	2.209	29.127
	1년 미만 ^c	215	1.9	0.9	2.3	3.3	3.7	17.7	9.3	20.0	19.5	9.3	12.1	6.75	2.259	***
	1년 이상 ^d	142	1.4	0.7	0.7	3.5	2.1	16.2	9.2	19.7	19.7	7.7	19.0	7.13	2.202	a<b,c,d
현재 거주 유형	양부모 ^a	877	3.9	3.0	5.0	6.5	6.8	23.8	12.9	16.0	12.0	5.2	4.9	5.60	2.404	
	한부모·조손 ^b	451	3.1	2.0	3.8	5.8	4.7	19.3	9.5	15.1	17.7	9.1	10.0	6.28	2.515	21.074
	청소년 시설 ^c	524	2.1	1.1	2.3	5.9	4.0	23.5	9.9	15.5	16.6	8.2	10.9	6.40	2.342	***
	기타 ^d	133	1.5	0.0	2.3	3.0	5.3	17.3	9.8	17.3	18.8	7.5	17.3	6.92	2.263	a<b<d
경제 수준	상 ^a	294	3.4	3.1	5.8	8.5	4.4	22.8	10.2	17.7	13.3	4.4	6.5	5.67	2.478	35.633
	중 ^b	1,126	3.7	2.4	4.1	6.0	6.7	25.0	11.2	14.6	13.9	5.8	6.7	5.79	2.430	***
	하 ^c	571	1.8	0.9	2.3	4.4	3.7	16.5	11.7	17.0	17.9	10.9	13.1	6.77	2.302	a,b<c
지역 규모	대도시 ^a	700	2.9	2.7	2.7	6.1	4.4	23.7	11.1	13.7	15.7	7.7	9.1	6.12	2.455	3.710
	중소도시 ^b	889	3.5	1.7	3.8	6.1	4.6	20.1	10.8	17.3	16.4	7.0	8.7	6.13	2.460	*
	읍면지역 ^c	403	2.7	1.7	5.7	5.2	9.2	24.3	12.2	15.6	10.4	6.0	6.9	5.76	2.364	c<a,b

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

2) * α .05, ** α .01, *** α .001

3) ① 전혀 느끼지 않는다, ⑤ 보통, ⑩ 매우 많이 느낀다

142) 2020년 위기 청소년 결과를 2019년 학생 청소년의 결과와 비교할 때 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있음을 고려할 필요가 있다.

하위집단별 차이를 보면 남자보다는 여자의 경우에, 19세 이상, 일 경험이 있는 집단, 그리고 가정 밖 생활을 경험한 집단의 평균점이 그렇지 않은 집단에 비해 상대적으로 높았다. 거주유형별 차이에서는 양부모 가정 청소년들의 스트레스 정도가 가장 낮았고 기타 거주 유형에 속한 집단의 스트레스 정도가 가장 높았다. 또한 경제적 수준이 하(下)인 경우, 그리고 읍면지역이 아닌 대도시 및 중소도시에 사는 경우 스트레스를 더 많이 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 행복도와 대체로 상반되는 경향을 보임으로써 행복도를 느끼는 경우와 스트레스를 느끼는 경우는 일정 수준 이상 상호 관련이 있는 것을 짐작할 수 있다. <표 V-58>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

③ 우울·불안

청소년들의 우울·불안 정도를 살피기 위하여 총 8문항을 질문하였으며 각 문항의 값을 모두 합한 후 문항수로 나눈 평균값을 살펴보았다. 그 결과 청소년들의 응답 평균은 2.21(표준편차 .729)로 나타났다. 참고로 평균값을 2019년에 분석한 학생 청소년들의 평균값(1.95)과 비교해 볼 때 다소 높은 수치임을 알 수 있다.¹⁴³⁾ 하위집단별 차이를 보면 남자보다는 여자에게서, 일 경험이 없는 경우보다는 있는 경우에서 우울·불안 수준이 높았다. 또한 가정 밖 생활이 없는 경우보다는 있는 경우에 그리고 그 기간이 대체로 길수록, 양부모보다는 한부모·조손가정에서 생활하는 경우에 그리고 기타 거주유형에서 생활할수록, 경제수준이 하(下)일 경우, 중소도시에 사는 경우에게서 우울·불안이 높게 나타났다. 즉 생활환경이 열악할수록 우울·불안 수준이 증가함을 알 수 있다. <표 V-59>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

143) 2020년 위기 청소년 결과를 2019년 학생 청소년의 결과와 비교할 때 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있음을 고려할 필요가 있다.

표 V-59 우울·불안

(단위: %, 점)

구분		사례 수(명)	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,199	1.95	0.603	
전체(위기청소년)		1,981	2.21	0.729	
성별	남자	884	2.02	0.681	117.342***
	여자	1,097	2.36	0.730	
일 경험	없음	1,158	2.14	0.715	25.919***
	있음	811	2.31	0.736	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,310	2.09	0.701	39.343*** a<b<d
	한 달 미만 ^b	289	2.42	0.726	
	1년 미만 ^c	214	2.40	0.702	
	1년 이상 ^d	140	2.59	0.728	
현재 거주 유형	양부모 ^a	872	2.12	0.693	15.535*** a<b<d
	한부모·조손 ^b	447	2.33	0.736	
	청소년 시설 ^c	522	2.19	0.744	
	기타 ^d	133	2.48	0.752	
경제 수준	상 ^a	291	2.08	0.704	44.386*** a,b<c
	중 ^b	1,123	2.12	0.706	
	하 ^c	566	2.45	0.733	
지역 규모	대도시 ^a	698	2.20	0.735	4.262* c<b
	중소도시 ^b	883	2.25	0.732	
	읍면지역 ^c	400	2.13	0.706	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

④ 자해 및 자살

청소년들의 자해 및 자살 경험을 살펴보았다. 우선 자해경험을 살펴보면 전체 응답자의 21%가 경험이 있다고 응답하였다. 하위집단별 차이를 보면 남자보다는 여자에게서, 일 경험이 없는 집단보다는 있는 집단에게서, 가정 밖 생활 경험이 없는 집단보다는 있는 집단에게서, 기타 거주유형에서 생활하는 경우가 양부모

표 V-60 자해 시도율

(단위: %, 점)

구분		사례 수(명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
전체		1,992	66.6	12.3	13.4	7.6	1.62	0.981	
성별	남자	893	78.4	9.6	8.1	3.9	1.38	0.795	-10.640***
	여자	1,099	57.1	14.6	17.7	10.6	1.82	1.069	
일 경험	없음	1,167	69.2	12.1	12.1	6.7	1.56	0.943	-3.097**
	있음	813	63.0	12.7	15.4	9.0	1.70	1.028	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,318	73.8	10.7	10.5	5.0	1.47	0.871	35.467*** a<b,c,d
	한 달 미만 ^b	289	54.7	14.2	20.1	11.1	1.88	1.086	
	1년 미만 ^c	215	50.2	18.1	19.5	12.1	1.93	1.087	
	1년 이상 ^d	142	50.0	13.4	18.3	18.3	2.05	1.193	
현재 거주 유형	양부모 ^a	877	68.6	12.7	12.9	5.8	1.56	0.924	7.013*** a,c< d
	한부모·조손 ^b	451	60.8	14.9	16.2	8.2	1.72	1.010	
	청소년 시설 ^c	524	71.2	8.8	11.8	8.2	1.57	0.988	
	기타 ^d	133	54.9	15.0	14.3	15.8	1.91	1.151	
경제 수준	상 ^a	294	72.1	12.9	11.6	3.4	1.46	0.828	29.142*** a,b< c
	중 ^b	1,126	71.0	11.5	11.1	6.5	1.53	0.928	
	하 ^c	571	55.2	13.8	18.9	12.1	1.88	1.101	
지역 규모	대도시 ^a	701	67.8	11.7	12.8	7.7	1.60	0.979	13.049*** c< a,b
	중소도시 ^b	888	61.5	14.1	15.2	9.2	1.72	1.030	
	읍면지역 ^c	403	75.9	9.7	10.4	4.0	1.42	0.832	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

가정이나 시설에서 생활하는 경우보다, 경제수준이 하(下)인 집단일수록, 그리고 읍면지역보다는 대도시 및 중소도시에서 생활하는 경우에 자해의 경험률이 더 높았다. <표 V-60>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

설문에 응한 청소년들의 15.3%는 구체적인 자살 계획을 세운 적이 있는 것으로 나타났다. 참고로 2019년 학생조사에서는 5.9%만이 그렇다고 응답하였으며 이와 비교해 볼 때 위기청소년들의 자살 위험률은 상당히 높은 편이라고 볼 수 있다.¹⁴⁴⁾

하위집단별 차이를 보면 이 역시 자해와 마찬가지로 남자보다는 여자에게서, 일 경험이 없는 집단보다는 있는 집단에게서, 가정 밖 생활이 없는 집단보다는 있는 집단, 그리고 그 기간이 길수록 자살 계획을 세운 경우가 더 많았다. 그 외에도 기타 거주유형에서 생활하는 경우, 경제수준이 하(下)인 경우, 대도시 및

표 V-61 구체적으로 자살 계획을 세운 경험률

(단위: %, 점)

구분		사례 수(명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,188	80.2	14.0	4.9	1.0	1.27	0.594	
전체(위기청소년)		1,991	67.7	17.0	10.0	5.3	1.53	0.875	
성별	남자	893	75.8	13.4	7.8	2.9	1.38	0.753	-7.136***
	여자	1,098	61.1	19.9	11.7	7.2	1.65	0.946	
일 경험	없음	1,167	69.8	16.8	9.0	4.4	1.48	0.832	-2.882**
	있음	812	64.7	17.6	11.2	6.5	1.60	0.926	
가정 밖 생활	없음 ^a	1,317	74.3	14.0	7.8	3.8	1.41	0.792	30.193*** a<b<d
	한 달 미만 ^b	289	58.5	23.5	11.8	6.2	1.66	0.915	
	1년 미만 ^c	215	53.0	24.2	14.4	8.4	1.78	0.983	
	1년 이상 ^d	142	46.5	21.1	19.7	12.7	1.99	1.085	
현재 거주 유형	양부모 ^a	877	70.0	17.3	7.9	4.8	1.47	0.834	5.386** a,b,c<d
	한부모·조손 ^b	450	66.0	18.7	10.9	4.4	1.54	0.857	
	청소년 시설 ^c	524	67.9	15.1	11.6	5.3	1.54	0.896	
	기타 ^d	133	57.9	15.8	15.0	11.3	1.80	1.071	
경제 수준	상 ^a	294	76.5	12.6	7.5	3.4	1.38	0.769	39.516*** a,b<c
	중 ^b	1,125	72.0	16.2	8.4	3.4	1.43	0.786	
	하 ^c	571	54.6	21.0	14.4	10.0	1.80	1.025	
지역 규모	대도시 ^a	700	69.3	14.7	10.6	5.4	1.52	0.888	13.251*** c<a,b
	중소도시 ^b	888	62.4	20.0	11.1	6.4	1.62	0.920	
	읍면지역 ^c	403	76.7	14.4	6.5	2.5	1.35	0.711	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

144) 2020년 위기 청소년 결과를 2019년 학생 청소년의 결과와 비교할 때 2020년에는 코로나19의 확산이라는 특수한 상황이 응답결과에 영향을 미쳤을 수 있음을 고려할 필요가 있다.

중소도시에 사는 경우가 그렇지 않는 경우보다 그 경험률이 높았다. <표 V-61>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

참고로 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 정신건강에 대해 어떻게 인식하고 있는지 살펴보았다. 그 결과 응답자의 70.7%가 문제가 있다(있는 편이다 50%, 매우 심각하다 20.7%)고 응답하였다.¹⁴⁵⁾ 이상과 같이 청소년 및 종사자들의 응답을 종합해 보면 심각한 수준의 정신건강 문제를 겪고 있는 위기청소년들이 적지 않으며 이들의 정신건강 문제는 부분적으로 열악한 환경에서 기인된 것임을 알 수 있다. 정신건강 문제는 방치기간이 오래될수록 예후가 좋지 못할 수 있기 때문에 보다 조기 개입이 필요할 뿐 아니라 체계적이고 장기적인 지원책이 필요하다. 이에 위기청소년들의 정신건강을 지원하기 위한 보다 효과적인 방안이 마련되어야 할 것이다.

(2) 심리상담·의료 서비스

정신건강과 관련하여 최근 12개월 동안 심리검사나 상담 및 치료를 받은 적이 있는지 질문하였다. 그 결과 응답자의 40.3%가 있다고 응답하였으며 59.7%가 없다고 응답하였다.¹⁴⁶⁾ 심리검사나 상담 및 치료를 받지 않은 이유로는 61.9%가 필요가 없었기 때문이라고 응답하였다. 한편 11.3%는 귀찮아서, 9.1%는 별 효과가 없을 것 같아서, 3.9%는 어디로 가야 할지 몰라서, 2.8%는 돈이 없어서 받지 못했다고 응답하였다(그림 V-11). 기타 이유로는 받아 봤으나 효과가 없어서, 부모가 치료·상담에 동의하지 않아서, 자신의 의지가 중요하기 때문에, 상담 및 치료의 기회가 없어서 등이 포함되었다. 특히 정신적 어려움이 있고 본인의 의사가 있음에도 불구하고 부모의 동의를 얻지 못하여 치료 및 상담의 기회를 놓친 경우를 주목할 필요가 있다.

145) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

146) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

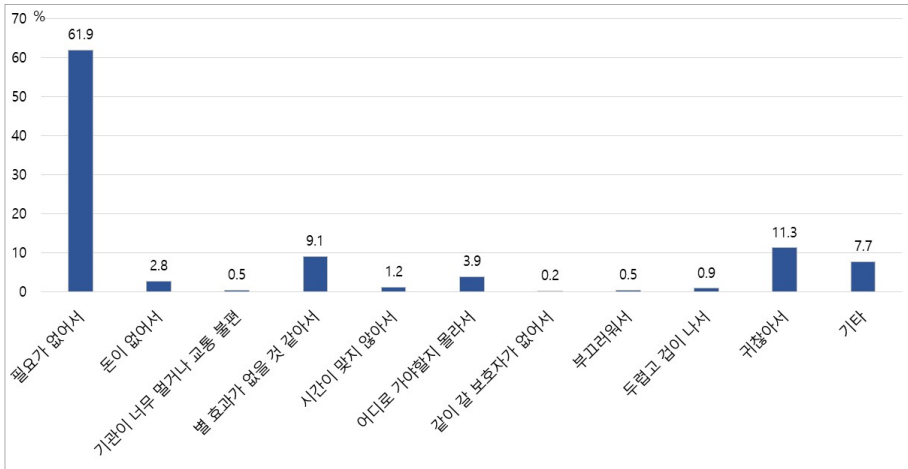


그림 V-11 심리검사나 상담·치료를 받지 않은 이유

하위집단별 차이를 보면 필요하지 않다거나 귀찮아서라는 응답은 남자 청소년에게서, 돈이 없거나 별 효과가 없을 것 같아서라는 응답은 여자 청소년에게서 더 많이 나타났다. 연령별 차이에서는 19세 이상 집단에게서 돈이 없거나 효과에 대한 신뢰를 하지 않아서, 시간이 맞지 않아서, 어디로 가야할지 몰라서, 귀찮아서라는 응답률이 19세 미만보다 상대적으로 높았고 필요가 없어서라는 응답은 후자 집단에서 상대적으로 높았다. 또한 일 경험이 있는 경우는 별 효과가 없을 것 같아서, 시간이 맞지 않아서, 귀찮아서 라는 응답이, 일 경험이 없는 경우는 필요가 없어서라는 응답이 그렇지 않은 집단에 비해 상대적으로 많았다.

가정 밖 생활 여부에 따라서는 가정 밖 생활 경험이 없는 청소년들은 필요가 없어서라는 응답(70.5%)이 다른 집단(36.7%~42.2%)에 비해 상당히 높았다, 반면 가정 밖 생활이 길어질수록 돈이 없어서, 어디로 가야 할지 몰라서 등의 응답률이 높았고 가정 밖 생활 경험자들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 귀찮아서, 별 효과가 없을 것 같아서란 응답을 많이 하였다.

현재 거주 유형별 차이를 보면 가정 밖 생활 경험 여부에 따른 결과와 일부 비슷한 양상을 보였다. 즉 양부모 가정의 청소년들은 필요가 없어서(71.4%)란

응답이 다른 집단(34.5%~57.1%)에 비해 많았고 양부모 가정이 아닌 곳에서 생활하는 청소년들은 귀찮아서란 응답을 양부모 가정 청소년에 비해 더 많이 하였다. 돈이 없거나 시간이 맞지 않아서란 응답은 기타 거주 유형 집단에서 상대적으로 특히 많았다. 또한 청소년 시설 및 기타 거주 유형에 속한 청소년들은 어디로 가야할지 몰라서란 응답도 상대적으로 다소 많았다. 마지막으로 경제적 수준에

표 V-62 심리검사, 상담 및 치료를 받지 않은 이유

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	χ^2
전체		817	61.9	2.8	0.5	9.1	1.2	3.9	0.2	0.5	0.9	11.3	7.7	
성별	남자	376	65.4	1.9	0.3	6.6	0.5	4.0	0.0	0.5	0.0	12.8	8.0	20.694 *
	여자	441	59.0	3.6	0.7	11.1	1.8	3.9	0.5	0.5	1.6	10.0	7.5	
연령	19세 미만	635	64.4	2.2	0.5	8.5	0.5	3.1	0.3	0.6	0.9	10.7	8.2	28.606 **
	19세 이상	182	53.3	4.9	0.5	11.0	3.8	6.6	0.0	0.0	0.5	13.2	6.0	
일 경험	없음	479	67.4	2.3	0.6	7.9	0.4	3.5	0.0	0.2	0.8	8.8	7.9	25.705 **
	있음	333	54.4	3.6	0.3	10.5	2.4	4.5	0.6	0.9	0.9	14.4	7.5	
가정 밖 생활	없음	587	70.5	2.0	0.5	6.6	0.9	3.2	0.0	0.2	1.0	8.7	6.3	97.157 ***
	한 달 미만	104	42.3	2.9	0.0	17.3	1.9	5.8	1.9	1.0	1.0	14.4	11.5	
	1년 미만	66	37.9	4.5	0.0	13.6	3.0	6.1	0.0	1.5	0.0	21.2	12.1	
	1년 이상	49	36.7	10.2	2.0	12.2	2.0	6.1	0.0	2.0	0.0	18.4	10.2	
현재 거주 유형	양부모	402	71.4	2.0	0.5	7.0	0.7	3.0	0.0	0.5	1.5	8.0	5.5	81.369 ***
	한부모·조손	179	54.7	1.7	0.0	11.2	0.6	3.9	1.1	0.0	0.0	15.6	11.2	
	청소년 시설	177	57.1	3.4	0.6	7.9	1.7	5.6	0.0	0.6	0.0	14.7	8.5	
	기타	55	34.5	10.9	1.8	16.4	5.5	5.5	0.0	1.8	1.8	10.9	10.9	
경제 수준	상	129	65.1	0.0	0.0	6.2	0.8	2.3	0.0	0.8	0.8	16.3	7.8	64.324 ***
	중	489	67.5	1.4	0.6	6.7	1.2	3.5	0.2	0.2	0.8	10.2	7.6	
	하	199	46.2	8.0	0.5	16.6	1.5	6.0	0.5	1.0	1.0	10.6	8.0	

* 주: 1) * p < .05, ** p < .01, *** p < .001
 2) ① 필요가 없어서, ② 돈이 없어서, ③ 상담센터나 병원이 너무 멀거나 가는 데 교통이 불편해서,
 ④ 별 효과가 없을 것 같아서, ⑤ 시간이 맞지 않아서, ⑥ 어디로 가야 할지 몰라서,
 ⑦ 같이 갈 보호자가 없어서, ⑧ 부끄러워서, ⑨ 두렵고 겁이 나서, ⑩ 귀찮아서, ⑪ 기타

따른 차이를 보면 경제수준이 하(下)인 집단에 속하는 청소년들은 돈이 없거나 별 효과가 없을 것 같아서란 이유를 대는 경우가 다른 집단에 비해 상대적으로 많았다. <표 V-62>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

이러한 결과 중 “별 효과가 없을 것 같아서”란 응답을 주목해 볼 필요가 있다. 이러한 응답은 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 유경험자, 한부모·조손 가정 및 기타 유형 거주자, 경제수준이 어려운 경우 등의 집단에서 높게 나타났다. 즉 심리 검사를 받기에 경제적 부담을 크게 느낄 수 있는 집단에서 이러한 응답률이 특히 높았다. 이에 효과가 없다는 의미는 효과 그 자체에 초점을 맞추었을 수도 있지만 들어가는 비용에 비해 효과가 없다는 의미도 포함될 수 있음을 조심스럽게 추측해 볼 수 있다. 이에 경제적 부담을 느낄 수 있는 이들을 대상으로 저비용에 질 높은 서비스를 제공하여 필요한 경우 쉽게 접근할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

표 V-63 청소년 심리상담 서비스 문제에 대한 종사자 의견

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	평균	표준편차	F 검증	
전체		165	23.0	44.8	24.8	6.1	1.2	2.14	0.845		
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터 ^a	103	14.6	54.4	24.3	4.9	1.9	2.20	0.749	4.019*** f (b,e)	
	청소년 쉼터	일시 ^b	10	0.0	10.0	80.0	10.0	0.0	3.00		0.471
		단기 ^c	21	47.6	28.6	19.0	4.8	0.0	1.81		0.928
		중장기 ^d	11	45.5	45.5	0.0	9.1	0.0	1.73		0.905
	청소년 자립지원관 ^e	3	33.3	0.0	0.0	66.6	0.0	3.00	1.732		
	청소년 회복지원시설 ^f	4	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.00	0.000		
	소년원 ^g	4	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	1.75	0.500		
	내일이룸학교 ^h	5	20.0	40.0	40.0	0.0	0.0	2.20	0.837		
	미인가 대안학교 ⁱ	4	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0	2.25	0.957		

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$
 2) ① 전혀 문제가 없다, ② 문제가 없는 편이다, ③ 문제가 있는 편이다, ④ 문제가 매우 심각하다,
 ⑤ 잘 모르겠다
 3) 평균계산 시 ⑤번 제외

이와 관련하여 시설 종사자들 중에서는 청소년들이 필요한 심리상담 서비스를 제때 받지 못하고 있다고 응답한 경우가 30.9%로 나타났다(표 V-63). 특히 이러한 응답은 일시쉼터(90%)와 청소년자립지원관(66.6%)에서 높게 나타났으며 회복 지원시설은 모두 전혀 없다고 응답하였다. 앞서 70% 이상의 종사자들은 청소년들의 정신건강은 문제가 있다고 응답하였으나 이에 비해 서비스를 제때 받지 못하고 있다는 응답은 상대적으로 낮아 많은 경우 서비스가 제공되고 있음을 알 수 있다. 그러나 또 다른 한편으로는 서비스를 제때 받지 못하는 경우도 있어 관련 서비스를 어떻게 제공할 수 있는가의 문제는 여전히 남아있다. 또한 아쉽게도 서비스의 질적 수준이나 효과성 등은 이 조사를 통해 판단할 수 없으며 이를 위한 별도의 추후연구도 필요할 것으로 보인다.

(3) 교육 및 정보 제공

최근 12개월 동안 심리상담 및 치료에 대한 교육이나 정보 제공을 받은 적이 있다는 응답률은 42.5%로 나타났다. 하위집단별 차이를 보면 남자(38.8%)보다는 여자(45.5%)에게서, 재학 중인 경우(50.9%)가 그렇지 않은 경우(40%~42.3%)보다 긍정 응답률이 높았다. 또한 가정 밖 생활 경험이 없는 경우(39.6%)보다 있는 경우(44.8%~52.6%)에게서, 양부모·한부모·조손 가정 등 가정에서 생활하는 경우(38.9%~39.5%)보다 그렇지 않은 경우(42.4%~51.5%)에게서, 마지막으로 경제적 수준이 낮을수록 관련 교육이나 정보를 제공받았다는 응답률이 높았다. <표 V-64>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-64 심리검사, 상담 및 치료에 대한 교육/정보

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,978	57.5	42.5	
성별	남자	884	61.2	38.8	9.034**
	여자	1,094	54.5	45.5	
재학 여부	재학	322	49.1	50.9	11.914**
	비재학(고졸이하)	995	60.0	40.0	
	고교졸업	605	57.7	42.3	
가정 밖 생활	없음	1,311	60.4	39.6	17.903***
	한 달 미만	286	55.2	44.8	
	1년 미만	213	47.4	52.6	
	1년 이상	142	49.3	50.7	
현재 거주 유형	양부모	870	61.1	38.9	23.788***
	한부모·조손	448	60.5	39.5	
	청소년 시설	522	48.5	51.5	
	기타	132	57.6	42.4	
경제 수준	상	291	60.5	39.5	13.728**
	중	1,119	60.0	40.0	
	하	567	51.0	49.0	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(4) 정신건강과 건강행동 간의 관련성

건강행동과 정신건강 간의 관련성을 살펴보았다. 개인의 건강행동으로는 앞서 건강행동과 신체건강 간의 관련성에서 사용한 변인과 동일하다. 즉 자기 돌봄 정도(문2), 식습관의 건전성(문6), 신체활동 정도(문9), 씻기(문10~문12)와 예방 활동(문13, 문15~문16), 음주(문18) 및 흡연(문19)을 포함하였다. 종속변인인 정신건강은 행복도, 스트레스, 우울·불안, 자해·자살에 대한 총점을 기준으로 하되 행복도는 역산하였다. 점수가 높을수록 건강하지 않음을 의미한다.

회귀분석 결과(표 V-65)를 보면 정신건강과 관련이 있는 건강행동은 자기 돌봄, 식습관, 씻기였다. 표준화 계수(β)를 비교해 볼 때 이 중 가장 큰 관련이 있는

표 V-65 정신건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과

N=1,687

변인	정신건강 (DV)	자기 돌봄	식습관	신체 활동	씻기	예방	음주	흡연	B	β
(상수)									28.077***	
자기돌봄	-.394***								-2.786***	-.312
식습관	-.309***	.356***							-.746***	-.156
신체활동	-.130***	.142***	.282***						-.095	-.022
씻기	-.173***	.216***	.211***	.243***					-.171**	-.068
예방	-.161***	.315***	.268***	.076**	.177***				.090	.012
음주	.165***	-.191***	-.347***	-.053*	-.016	-.266***			.102	.026
흡연	.157***	-.143***	-.322***	-.045*	-.030	-.255***	.535***		.099	.048
평균	14.08	2.87	6.13	2.44	12.11	4.35	1.88	2.84	$R^2 = .196***$	
표준편차	5.40	0.61	1.13	1.26	2.14	0.72	1.40	2.64	교정된 $R^2 = .192***$	
									$R = .442***$	

* 주: 1) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

행동은 자기 돌봄이었으며 다음으로 식습관, 씻기 순이었고 이 모든 변인의 정신건강에 대한 설명량(R^2)은 19.2%였다. 이는 앞서 분석한 신체건강에 대한 건강행동의 설명량(18.8%)보다도 조금 더 높은 수치이다. 통상적으로 생각할 때 개인의 건강행동이 정신건강에 직접적인 영향을 미친다고 보기는 어렵다. 그러나 자기 돌봄이나 위생관리, 식습관의 정도를 자기관리의 척도로 본다면 자신에 대한 관리와 정신건강 간에는 밀접한 관련이 있음을 시사하는 결과라 할 것이다.

(5) 신체건강과 정신건강 간의 관련성

위기청소년들의 신체건강과 정신건강 간의 관련성을 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하였다. 우선 신체건강은 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 정신건강은 행복도, 스트레스, 우울·불안, 자해·자살에 대한 총점을 기준으로 하되 행복도는 역산하였다. 점수가 높을수록 건강하지 않음을 의미한다. 표로 제시하지

는 않았으나 분석 결과를 보면 응답자들의 신체건강은 최소 20점에서 최대 40점까지의 범위에서 평균 25.78점(표준편차 3.58)이었고 정신건강은 최소 1점에서 최대 28점까지의 범위에서 14.68점(표준편차 5.52)이었다. 또한 신체적 건강과 정신적 건강 간의 관계를 살펴보고자 회귀분석을 실시한 결과 두 변인 간에는 통계적으로 유의한 수준($F(1, 1048)=388.891, p<.001, R^2=.27$)에서 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 신체적 건강과 정신적 건강 간에는 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다.

9) 성 건강

(1) 성경험

조사대상 청소년 중 성관계 경험이 있는 청소년은 33.9%로 3명 중 1명 정도의 청소년이 성관계를 경험한 것으로 나타났다. 성관계 경험은 모든 배경변인에서 유의한 차이를 보였다(표 V-66). 남자 청소년의 경험률이 여자 청소년보다 높았고, 19세 이상의 경험률이 19세 미만의 경험률보다 높았다. 19세 미만의 성관계 경험률을 청소년건강행태조사 중고등학생의 경험률과 비교해 보면 위기청소년 29.4%, 중고생 5.9%(교육부 외, 2019:299)로 상당히 큰 차이가 있었다. 이러한 차이는 위기청소년의 성 건강에 주목해야 하는 이유가 되기도 한다. 하위집단별 성관계 경험률이 높은 집단은 비재학 청소년, 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 경험 한 달 이상, 기타 유형에 거주하는 청소년, 경제수준이 낮은 청소년, 대도시 청소년이었다.

성관계 경험자 중 38.4%는 항상 피임을 했다고 응답하였고 24.8%는 대부분 피임을 한 것으로 나타났다. 항상 피임을 한 경우와 대부분 피임을 한 경우를 합하여 피임 실천율로 정의하고 이를 살펴보면 재학 여부에 따라서는 고졸자 71.8%, 재학 청소년 62.2%, 비재학 청소년 58.5%가 피임을 실천하였음을 알

표 V-66 성관계 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,973	66.1	33.9	
성별	남자	883	60.8	39.2	19.859***
	여자	1,090	70.4	29.6	
연령	19세 미만	1,540	70.6	29.4	63.186***
	19세 이상	433	50.1	49.9	
재학 여부	재학	324	74.7	25.3	16.520***
	비재학(고졸이하)	991	62.7	37.3	
	고교졸업	608	67.6	32.4	
일 경험	없음	1,161	76.8	23.2	144.020***
	있음	807	50.8	49.2	
	없음	1,311	76.7	23.3	
가정 밖 생활	한 달 미만	287	54.7	45.3	230.935***
	1년 미만	214	35.0	65.0	
	1년 이상	141	36.2	63.8	
현재 거주 유형	양부모	869	80.0	20.0	170.226***
	한부모·조손	448	62.9	37.1	
	청소년 시설	520	53.7	46.3	
	기타	130	34.6	65.4	
경제 수준	상	293	68.3	31.7	11.981**
	중	1,110	68.5	31.5	
	하	569	60.3	39.7	
지역 규모	대도시	695	59.0	41.0	24.277***
	중소도시	882	69.6	30.4	
	읍면지역	396	70.7	29.3	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

수 있다. 재학 청소년의 피임 실천율은 62.2%로 중고등학생을 조사대상으로 하는 청소년건강행태조사의 피임 실천율 58.7%보다 높은 수준이었다(교육부 외, 2019:301).

일 경험 있는 청소년의 피임 실천율은 66.5%, 일 경험 없는 청소년의 실천율은 58.1%였고 가정 밖 생활 경험 여부에 따라서는 경험 없는 청소년 66.8%, 가정 밖 생활 한 달 미만 65.1%, 가정 밖 생활 1년 이상 63.3%, 가정 밖 생활 한

표 V-67 성관계 시 피임 여부

(단위: %, 점)

구분	사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
전체	662	38.4	24.8	22.1	14.8	2.13	1.087	
재학 여부	재학	82	35.4	26.8	18.3	19.5	2.22	1.133
	비재학(고졸이하)	366	36.1	22.4	24.9	16.7	2.22	1.109
	고교졸업	195	43.6	28.2	18.5	9.7	1.94	1.006
일 경험	없음	265	35.5	22.6	23.4	18.5	2.25	1.127
	있음	394	40.4	26.1	21.1	12.4	2.06	1.054
가정 밖 생활	없음	301	42.5	24.3	18.6	14.6	2.05	1.094
	한 달 미만	129	40.3	24.8	22.5	12.4	2.07	1.062
	1년 미만	138	31.2	21.7	26.8	20.3	2.36	1.127
	1년 이상	90	33.3	30.0	25.6	11.1	2.14	1.012
현재 거주 유형	양부모 ^a	172	47.7	32.6	14.0	5.8	1.78	0.897
	한부모·조손 ^b	163	35.6	23.3	22.7	18.4	2.24	1.127
	청소년 시설 ^c	239	33.1	20.9	25.9	20.1	2.33	1.136
	기타 ^d	85	40.0	23.5	24.7	11.8	2.08	1.060

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 항상 피임을 했다, ② 대부분 피임을 했다, ③ 가끔 피임을 했다,

④ 전혀 하지 않았다

달 이상 1년 미만 52.9%였다. 거주 유형별로는 양부모 가정 80.3%, 기타 거주 유형 63.5%, 한부모·조손 가정 58.9%, 청소년 시설 거주 54%이었으며 양부모 가정과 한부모·조손 및 청소년 시설 거주 청소년 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다. <표 V-67>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(2) 임신경험

성관계 경험이 있는 여자 청소년 중에 임신 경험이 있는 청소년은 15.3%였다. 19세 이상이 25.7%로 19세 미만(10.4%)보다 경험률이 높았고 비재학 청소년의 경험률(21.5%)은 재학 청소년(8.9%)이나 고졸자(7%)의 경험률에 비해 훨씬 높았

다. 그 외 임신 경험률이 높은 집단은 가정 밖 생활 1년 이상 청소년(26%)과 기타 유형 거주 청소년(27.3%)이었다.

표로 제시하지는 않았으나 임신경험이 있는 청소년 중 46.8%는 인공임신중절 수술(낙태)의 경험이 있다고 응답하였다. 이는 조사대상 전체 여자 청소년의 2%, 성관계 경험 여자 청소년의 6.8%에 해당하는 수치이다. 인공임신중절수술의 경험에 대한 하위집단 간 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 피임 및 임신 문제에 대한 의견을 물어본 결과 34.3%가 문제가 있다(있는 편이다 25.9%, 매우 심각하다 8.4%)고 응답하였다. <표 V-68>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-68 임신 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		313	84.7	15.3	
연령	19세 미만	212	89.6	10.4	12.439***
	19세 이상	101	74.3	25.7	
재학 여부	재학	45	91.1	8.9	11.011**
	비재학(고졸이하)	172	78.5	21.5	
	고교졸업	86	93.0	7.0	
가정 밖 생활	없음	130	85.4	14.6	8.022*
	한 달 미만	69	92.8	7.2	
	1년 미만	63	84.1	15.9	
	1년 이상	50	74.0	26.0	
현재 거주 유형	양부모	94	93.6	6.4	13.819**
	한부모·조손	94	80.9	19.1	
	청소년 시설	69	88.4	11.6	
	기타	55	72.7	27.3	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) 여자만 응답

한편 2016년 청소년건강행태온라인조사¹⁴⁷⁾ 결과 중고등학생의 임신 경험률은 0.3%, 인공임신중절수술 경험률은 81%(전체 여학생의 0.2%)로 (교육부 외, 2016:303) 전체에서의 경험률을 비교하면 위기청소년들의 임신 경험률과 인공임신중절수술 경험률이 높았다. 그러나 학생의 경우 임신을 경험한 청소년의 인공임신중절 수술 경험률이 81%로 임신을 유지하지 않는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 이는 학업을 계속하고 학교생활을 지속하기 위한 결정으로 추측된다.

임신과 인공임신중절수술의 경험은 청소년의 신체적, 정신적 건강에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 높다. 이에 청소년을 대상으로 하는 성교육에서 피임에 관한 내용을 좀 더 적극적으로 교육할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

(3) 성매매 경험

성관계 경험이 있는 청소년들 중 성매매(조건만남) 경험이 있는 청소년은 7%였

표 V-69 성매매(조건만남) 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		631	93.0	7.0	1.576
성별	남자	330	94.2	5.8	
	여자	301	91.7	8.3	
가정 밖 생활	없음	284	97.2	2.8	16.097**
	한 달 미만	123	91.9	8.1	
	1년 미만	133	90.2	9.8	
	1년 이상	86	86.0	14.0	
현재 거주 유형	양부모	164	96.3	3.7	9.459*
	한부모·조손	154	95.5	4.5	
	청소년 시설	231	89.2	10.8	
	기타	80	92.5	7.5	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

147) 청소년건강행태조사는 2017년부터 해당 항목을 조사하지 않고 있다.

다(남자 5.8%, 여자 8.3%). 가정 밖 생활 경험이 길어질수록 경험률이 증가하였고(한 달 미만 8.1%, 1년 미만 9.8%, 1년 이상 14%), 청소년 시설 거주 청소년의 경험률이 10.8%로 높았다. 한편 성별, 연령별, 재학여부, 일 경험, 경제수준, 지역 규모에 따른 하위집단별 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. <표 V-69>에서는 성별을 제외하고 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

(4) 성 질환

남녀 청소년 중 성기 주변에 사마귀가 있거나 고름이 나온 적이 있다고 응답한 청소년은 2.1%(남자 2%, 여자 2.1%), 팬티에 냄새나는 분비물이 있고 생식기가 가려워 긁은 적이 있다는 청소년은 14.2%(남자 5.6%, 여자 21.1%)로 적지 않은 청소년이 성 질환 문제를 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 여자 청소년 5명 중 1명 이상은 냄새나는 분비물과 생식기 가려움증 문제를 겪고 있었다. 이러한 문제는 가정 밖 생활 경험이 1년 이상인 청소년(27.5%)과 경제수준이 낮은 청소년(23%)에게서 더 심각하였다.

여자 청소년 중 3개월 이상 생리가 없다고 응답한 청소년은 9.3%, 약을 먹지 않으면 견디기 힘들 정도로 생리통이 심하다고 응답한 청소년은 37.6%였다. 3개월 이상 생리가 없는 증상은 기타 유형 거주 청소년(17.9%), 경제수준이 낮은 청소년(13.2%)에게서 더욱 심각하였고, 심한 생리통은 19세 이상 청소년(45.2%), 일 경험이 있는 청소년(46.4%), 가정 밖 생활 한 달 미만(47.1%), 경제수준이 낮은 청소년(45.7%)에서 더 경험률이 높았다. <표 V-70>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

참고로 설문에 응한 청소년들이 이용·생활하는 시설 종사자들을 대상으로 청소년들의 성 질환 문제 정도를 물어본 결과 응답자의 23%가 문제가 있다(있는 편이다 19.4%, 매우 심각하다 3.6%)고 응답하였다. 문제가 있다는 응답경향은 일시적

표 V-70 성 질환 여부

(단위: %)

구분			사례 수(명)	없다	있다	χ^2	
성기 주변 사마귀 나 고름	전체		1,989	97.9	2.1	0.014	
	성별	남자	891	98.0	2.0		
		여자	1,098	97.9	2.1		
	현재 거주 유형	양부모	874	99.0	1.0	9.194*	
		한부모·조손	451	96.7	3.3		
		청소년 시설	524	97.5	2.5		
	경제 수준	기타	133	97.0	3.0	8.588*	
		상	294	100.0	0.0		
		중	1,123	97.9	2.1		
	하	571	97.0	3.0			
냄새 나는 분비물 이나 가려움	전체		1,989	97.9	2.1	96.998***	
	성별	남자	890	94.4	5.6		
		여자	1,099	78.9	21.1		
	가정 밖 생활	없음	1,316	87.7	12.3	26.118***	
		한 달 미만	288	83.0	17.0		
		1년 미만	215	86.0	14.0		
	경제 수준	1년 이상	142	72.5	27.5	8.588*	
		상	294	90.1	9.9		
		중	1,124	89.1	10.9		
	하	570	77.0	23.0			
구분			사례 수(명)	해당 없음	없다	있다	χ^2
3개월 이상 무생리	전체(여자)		1,097	1.2	89.5	9.3	21.257**
	현재 거주 유형	양부모	549	1.5	92.3	6.2	
		한부모·조손	278	0.0	89.2	10.8	
		청소년 시설	182	2.2	85.7	12.1	
		기타	84	1.2	81.0	17.9	
	경제 수준	상	146	1.4	93.2	5.5	9.520*
		중	625	1.1	90.7	8.2	
		하	325	1.2	85.5	13.2	

구분		사례 수(명)	해당 없음	없다	있다	χ^2
심한 생리통	전체(여자)	1,093	1.2	61.2	37.6	6.995*
	연령	19세 미만	874	1.1	63.2	
		19세 이상	219	1.4	53.4	
	일 경험	없음	652	1.4	67.0	24.463***
		있음	433	0.9	52.7	
	가정 밖 생활	없음	739	1.2	65.0	13.395*
		한 달 미만	155	1.3	51.6	
		1년 미만	110	0.9	54.5	
		1년 이상	72	1.4	56.9	
	경제 수준	상	145	1.4	64.8	12.923*
		중	623	1.1	64.5	
		하	324	1.2	53.1	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

터의 종사자들에게서 특히 많았으나(80%) 응답자 수가 10명으로 많지 않음을 고려해야 할 것이다.¹⁴⁸⁾

(5) 교육 및 정보 제공

최근 12개월 동안 성교육이나 관련 정보를 제공받은 적이 있는 청소년은 46.9%였다. 19세 미만(48.3%)이 19세 이상(41.9%)보다 교육 또는 정보 경험률이 높았고 재학 청소년(67.8%)이 비재학 청소년(42.3%)이나 고졸자(43.4%)보다 성교육이나 관련 정보를 제공받은 경험이 더 많았다. 한편 청소년건강행태조사는 중고등 학생들의 연간 성교육 경험률을 76.9%로 보고하고 있다(교육부 외, 2019:303).

그 외 하위집단별로는 가정 밖 생활 1년 이상 청소년들의 경험률이 61.3%, 1년 미만 59%, 한 달 미만 47.9%, 가정 밖 생활 경험 없는 청소년이 42.9%로 집단 간에 유의한 차이가 있었다. 현재 거주 유형별로는 청소년 시설 거주 청소년의 교육 경험률이 66.6%로 가장 높았고 한부모·조손 가정 41.2%, 양부모 가정 40.6%, 기타 유형 거주 청소년이 30.3%였다. 가정의 경제수준별로는 경제수준이

148) 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

표 V-71 성교육 제공 여부

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,973	53.1	46.9	
연령	19세 미만	1,543	51.7	48.3	5.569*
	19세 이상	430	58.1	41.9	
재학 여부	재학	323	32.2	67.8	67.962***
	비재학(고졸이하)	990	57.7	42.3	
	고교졸업	606	56.6	43.4	
가정 밖 생활	없음	1,305	57.1	42.9	32.599***
	한 달 미만	286	52.1	47.9	
	1년 미만	212	41.0	59.0	
	1년 이상	142	38.7	61.3	
현재 거주 유형	양부모	868	59.4	40.6	115.760***
	한부모·조손	447	58.8	41.2	
	청소년 시설	521	33.4	66.6	
	기타	132	69.7	30.3	
경제 수준	상	290	57.2	42.8	8.816*
	중	1,115	54.6	45.4	
	하	568	48.1	51.9	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

낮은 집단의 교육 또는 정보 경험률이 51.9%로 보통(45.4%)이거나 높은(42.8%) 집단의 경험률보다 높았다. <표 V-71>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위 집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

이상의 결과로부터 학교나 청소년 시설에서는 청소년들에게 관련 교육의 기회를 제공하지만 시설에 적응을 두고 있지 않거나 장기간 머물지 않는 청소년들은 관련 교육을 받을 기회가 적음을 알 수 있다. 위기청소년들은 학생 청소년보다 성관계 경험이 많고 그에 따른 성 질환 위험도 더 높은 만큼 이들에게는 교육이나 정보가 보다 충분하고 면밀하게 제공될 필요가 있다. 따라서 학교나 시설에서 집단에게 제공하는 교육과 더불어 청소년 개개인을 대상으로 하는 교육 자료의

개발 및 보급을 통해 위기청소년의 성 건강 문제를 예방할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

10) 건강 환경

(1) 사회적 자원

청소년들이 아프거나 힘들 때 도움을 받을 수 있는 가족, 친구, 선생님, 기관(시설)이 있는지 알아보았다. 긍정 응답률(그런 편이다 또는 매우 그렇다고 응답)을 기준으로 살펴보면 청소년들의 79.1%는 가족이, 86.7%는 가족 외 친구 또는 선생님이, 78.3%는 기관(시설)이 내가 아프거나 힘들 때 도와줄 수 있다고 응답하였다(그림 V-12). 이러한 응답결과를 볼 때 이 조사에 응한 위기청소년들은 가족 보다는 가족 외 친구 또는 선생님 등에게 도움을 청하는 경향이 좀 더 높음을 알 수 있다. 사회적 자원에 대한 세 항목 모두에서 부정 응답(전혀 그렇지 않다 또는 그렇지 않은 편이다)을 한 청소년은 4.4%였다.

한편 아프거나 힘들 때 주변에 도움을 청하지 않고 혼자 버틴다는 청소년이

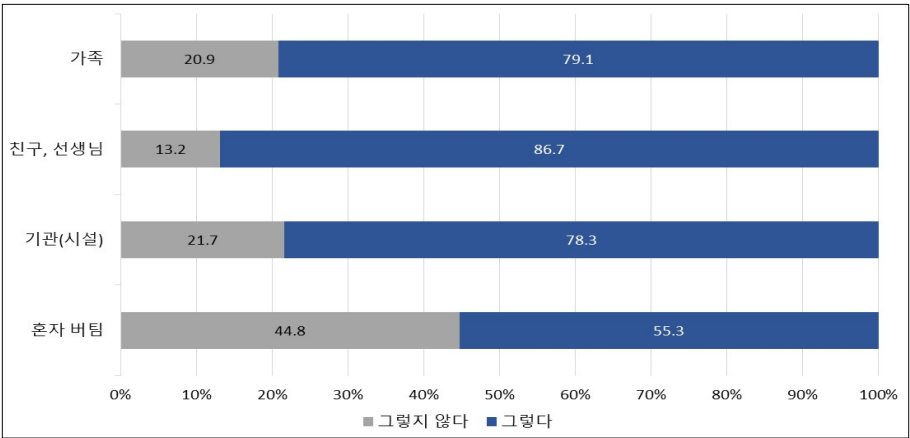


그림 V-12 사회적 자원 활용 여부

표 V-72 사회적 자원 활용 여부

(단위: 명, %)

구분		외부의 도움 없음			χ^2
		그렇다	아니다	계	
나 혼자 버팀	그렇다	20(1.0%)	872(43.8%)	892(44.8%)	18.106***
	아니다	68(3.4%)	1,032(51.8%)	1,100(55.2%)	
계		88(4.4%)	1,904(95.6%)	1,992(100%)	

* 주: 1) *** $p < .001$

55.3%로 나타났다. 이를 앞의 세 문항과 종합하여 볼 때 아프거나 힘들 때 도움을 줄 수 있는 사람이 아무도 없고 혼자 버틴다는 응답률은 전체 응답자의 1%였다(표 V-72). 청소년기에는 주변의 도움을 받을 수 있어도 청하지는 않으려는 경향을 보이기도 하지만 위기청소년들은 일반 청소년에 비해 사회적 보호체계가 취약한 만큼 필요시 보다 적극적으로 도움을 요청할 수 있고 또 받을 수 있는 사회적 여건을 충분히 갖추어 줄 필요가 있다.

하위집단별로 살펴보면 가정 밖 생활 경험이 없는 청소년, 양부모 가정에 거주하고 있는 청소년, 가정의 경제수준이 높은 청소년들은 상대적으로 사회적 자원이 풍부한 것으로 나타났다. 반면 청소년의 환경이 열악할수록 주변에 도움을 구할

표 V-73 하위집단별 청소년들의 사회적 도움

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
가족	남>여	미만>이상	비재>재	없음>있음	없음>한미·1미·1이>양·한·시·기	높을수록	읍>대·중	-
친구, 선생님	-	미만>이상	-	-	없음>1미·1이	나머지>기	높을수록	-
기관(시설)	여>남	-	재·졸>비재	없음>있음	없음>1미	양·시·기	하>중·상	-
혼자 버팀	-	-	-	있음>없음	1이>없음	양>기	하>중·상	-

* 주: 1) 하위집단별 $p < .05$ 에서 통계적 의미가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 1이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

수 있는 정도가 낮았다. 한편 한부모 가정 청소년들은 가족이나 친구, 선생님이 도움을 줄 수 있다고 응답하는 경향이 높았고 시설 거주 청소년들은 친구나 선생님, 기관(시설)이 도움을 줄 수 있다고 응답하는 경향이 높았다. 일 경험이 없는 청소년들은 가족이나 기관(시설)의 도움을 받을 수 있을 것으로, 19세 미만 청소년들은 가족, 친구나 선생님에게 도움을 받을 수 있을 것으로 기대하는 것으로 나타났다. 반면에 아프거나 힘들 때 주변에 도움을 청하지 않고 혼자 버틴다는 청소년들의 특징은 일 경험이 없는 청소년보다는 있는 청소년, 가정 밖 생활 경험이 없는 청소년보다는 1년 이상인 청소년, 현재 양부모 가정에 거주하는 청소년보다는 기타 유형에 거주하고 있는 청소년, 가정의 경제수준이 낮은 청소년이었다(표 V-73).

(2) 거주지 환경

① 현재 거주지

현재 거주 장소에 대해 응답자들의 70.8%는 자신의 집에 거주한다고 응답하였으며 26.5%는 청소년 시설에 거주한다고 응답하였다. 그 외에 친척집이나 친구 집, 모텔·여관, 노숙, 고시원 등이 2.8%로 나타났다.

하위집단별 거주지의 차이를 보면 자신의 집에 산다고 응답한 경우가 남자는 59.7%, 여자는 79.7%인 반면 시설에서 사는 경우는 남자 38.6%, 여자 16.7%였다. 즉 남자는 여자에 비해 시설에 거주하는 비율이 높았고 여자는 남자에 비해 자신의 집에 거주하는 비율이 높았다. 연령별 차이를 보면 19세 미만 청소년보다 19세 이상 청소년에게서 시설 및 친척집이나 친구 집에 사는 비율이 다소 높았다. 재학여부에 따른 차이를 보면 재학생 중 상당수는 시설에 산다는 응답이 많았는데 이는 재학생 중 상당수가 청소년쉼터 등에서 생활하기 때문인 것으로 보인다. 이에 비해 비재학 청소년들 중에는 자신의 집에서 산다고 응답한 경우가 많았다. 가정 밖 생활을 경험한 이들 중 상당수는 청소년 시설에 거주하고 있으며 1년

표 V-74 현재 거주지

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	χ^2
전체		1,981	70.8	26.5	0.5	0.8	0.1	0.1	1.3	
성별	남자	886	59.7	38.6	0.8	0.0	0.1	0.0	0.8	135.457***
	여자	1,095	79.7	16.7	0.3	1.5	0.1	0.1	1.6	
연령	19세 미만	1,551	74.1	23.9	0.3	0.6	0.1	0.1	0.9	45.959***
	19세 이상	430	58.6	36.0	1.2	1.4	0.2	0.0	2.6	
재학 여부	재학	325	39.7	59.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.6	237.386***
	비재학(고졸이하)	993	80.2	16.9	0.3	1.1	0.2	0.1	1.2	
	고교졸업	610	71.8	24.9	1.1	0.7	0.0	0.0	1.5	
일 경험	없음	1,163	71.1	27.3	0.5	0.3	0.0	0.1	0.6	21.997**
	있음	808	70.3	25.2	0.5	1.5	0.2	0.0	2.2	
가정 밖 생활	없음	1,312	82.1	15.7	0.8	0.5	0.1	0.0	0.8	369.932***
	한 달 미만	289	64.0	34.9	0.0	0.3	0.0	0.0	0.7	
	1년 미만	213	41.8	54.5	0.0	0.5	0.0	0.0	3.3	
	1년 이상	138	23.2	68.1	0.0	5.1	0.7	0.0	2.9	
현재 거주 유형	양부모	872	99.4	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.1	2463.048***
	한부모·조손	446	98.2	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.9	
	청소년 시설	525	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	기타	131	68.7	0.0	1.5	12.2	1.5	0.8	15.3	
경제 수준	상	290	76.2	22.1	0.7	0.3	0.0	0.0	0.7	80.977***
	중	1,123	76.4	21.6	0.4	0.7	0.1	0.0	0.7	
	하	567	57.0	38.3	0.5	1.2	0.2	0.2	2.6	
지역 규모	대도시	696	64.8	32.8	0.4	0.6	0.0	0.0	1.4	39.123***
	중소도시	886	72.7	24.9	0.5	0.5	0.2	0.1	1.1	
	읍면지역	399	76.9	19.0	0.8	2.0	0.0	0.0	1.3	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 집(우리집), ② 시설(쉼터, 자립지원관, 내일이룸학교, 회복지원센터, 소년원 등), ③ 친척집,

④ 친구집, ⑤ 여관·모텔, ⑥ 노숙(특정한 곳이 없음), ⑦ 기타

이상 경험한 경우 중 청소년 시설에 사는 비율은 68.1%였다. 이 역시 부분적으로는 청소년 시설이 표본에 들어가 있기 때문인 것으로 파악된다. 그 외에 경제적 수준이 하(下)인 경우 그렇지 않은 경우에 비해, 그리고 대도시 및 중소도시에

사는 경우가 읍면지역에 사는 경우에 비해 시설에 사는 비율이 상대적으로 높았다. 이 역시 청소년 시설이 읍면지역에 있는 경우가 적기 때문인 것으로 파악된다.

② 거주지 환경

거주지 환경과 관련하여 청소년들은 대체로 채광 및 온도, 환기가 잘되며 사생활 보호가 어느 정도 되는 방에서 생활하는 것으로 보인다. 그러나 청소년 10명 중 약 1~2명(채광 10%, 온도 13.8%, 환기 12%, 사생활 보호 19.7%) 정도는 부정 응답(전혀 그렇지 않다 또는 그렇지 않다)을 함으로써 거주환경이 열악한 곳에서 생활함을 알 수 있다(그림 V-13). 이러한 부정 응답은 대체로 19세 미만보다는 19세 이상에게서, 일 경험이 있는 경우에, 가정 밖 생활 경험이 있거나 길수록, 경제수준이 낮을수록 높았다(표 V-75).

집 안의 곰팡이나 외부소음 여부에 대한 응답을 살펴보면 부정 응답률 보다는 긍정 응답률이 높았다(그림 V-13). 그러나 18.1%는 집 안에 곰팡이가 핀 곳이었다고 응답하였고 41.6%는 소음에 취약하다고 응답하였다. 주거 환경에 대한

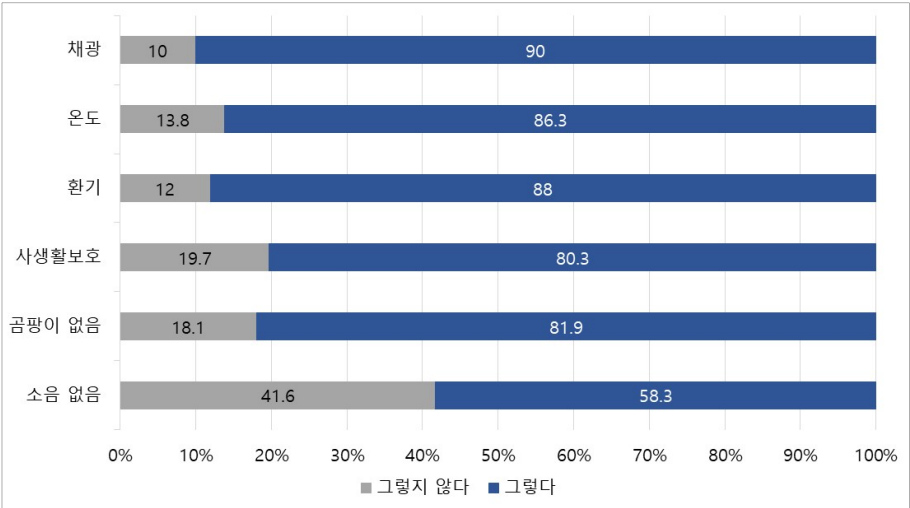


그림 V-13 거주환경 1

표 V-75 하위집단별 청소년들의 거주환경 양호도 1

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
채광	-	미만>이상	-	-	없음>10이	양>한>기	높을수록	-
온도	-	-	-	없음>있음	없음>10이	양>기타	높을수록	-
환기	-	미만>이상	-	없음>있음	없음·한미>그 이상	양>시>기	높을수록	-
사생활보호	-	미만>이상	비재>재	-	없음>한미>그 이상	나머지>시	높을수록	-
곰팡이 없음	-	미만>이상	-	-	-	양·시>기	높을수록	-
소음 없음	남>여	-	-	-	없음>1미>10이	양>한·기	높을수록	읍>대·중

* 주: 1) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의미가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 10이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

여타 항목에 비해 자신의 주거지가 외부소음이 잘 들리지 않고 조용하다는 항목의 부정 응답률이 가장 높았다. 곰팡이와 소음에 대한 응답경향 역시 하위집단별 차이를 보이는 경우가 있었는데 그 경우 19세 이상보다는 19세 미만인 경우에게서, 양부모 가정이나 시설에 거주하는 경우가 한부모·조손 가정이나 기타 경우보다, 그리고 가정의 경제적 수준이 높을수록 대체로 긍정적인 경향을 보였다(표 V-75).

세면시설이나 화장실, 옷·침구, 부엌의 청결도에서도 청소년들은 대체로 긍정적인 응답을 하였다. 각 항목에 대한 부정적인 응답률은 세면시설 7.9%, 화장실 7.4%, 옷·침구 5.9%, 부엌 6.2%로 나타났다. 주거환경 중 청결도에 대한 응답은 주거 환경에 대한 여타 항목에 비해 부정적인 응답률이 낮은 편이다(그림 V-14). 한편 하위집단별 차이를 보면 이 역시 19세 이상보다는 19세 미만에게서 더 긍정적인 응답경향을 보였다. 또한 세면시설, 화장실, 옷·침구에서는 여자가 남자보다 긍정적인 응답경향을 보인 반면 부엌에서는 남자가 여자보다 긍정적인 응답경향을 보였다. 한편 가정 밖 생활 경험에 따른 응답경향에서는 가정 밖 생활

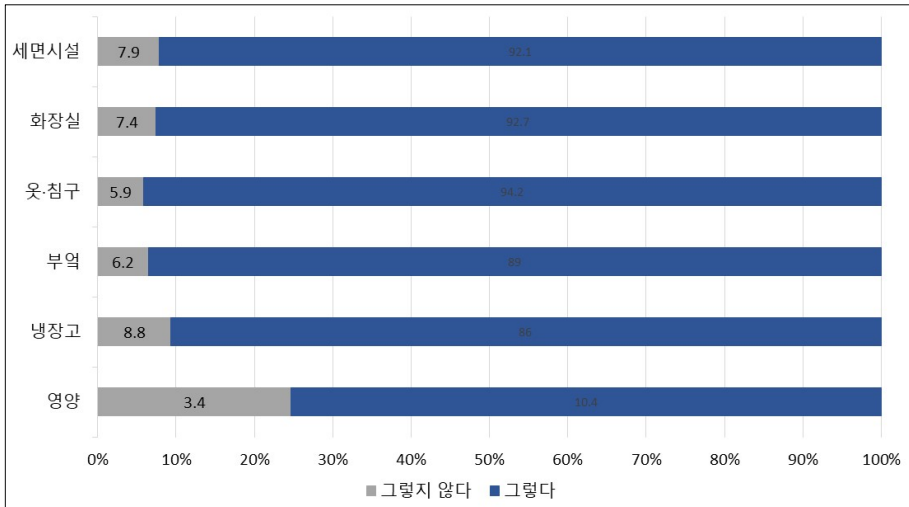


그림 V-14 거주환경 2

경험이 없거나 짧을수록 긍정적인 응답경향을 보였으며 경제적 수준이 높을수록 긍정적인 응답경향을 보였다. 한편 세면시설이나 화장실, 옷·침구 등에 대해서는 양부모 가정의 청소년들이 가장 긍정적인 응답경향을 나타냈으며 시설이나 기타 유형에서 거주하는 청소년들은 상대적으로 부정적인 응답경향이 더 높았다. 특히 시설에 거주하는 경우 점수가 상대적으로 낮은 것은 시설에서 단체생활을 할 경우 세면시설이나 화장실을 여러 사람이 공용으로 사용하는 경우가 많기 때문인 것으로 추측된다. 한편 부엌의 청결도는 시설 거주자의 긍정 응답률이 양부모 가정과 함께 가장 높았다. 이는 단체급식을 하는 경우 종사자들이 주방 위생에 특히 신경을 쓴 결과로 판단된다(표 V-76).

마지막으로 냉장고 청결도 및 식사의 영양 정도를 살펴보았다. 냉장고에 상한 음식이 있다는 응답률은 8.8%, 자신이 먹는 음식의 영양이 충분하지 않다는 응답은 10.4%였다(그림 V-14). 하위집단별 차이를 보면 연령이 높은 집단보다 낮은 집단에게서, 일 경험이 있는 집단보다 없는 집단에게서, 가정의 경제적 수준이 높을수록 긍정적인 응답경향을 보였다. 한편 시설에 거주하는 청소년들에게서

표 V-76 하위집단별 청소년들의 거주환경 양호도 2

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
세면시설	여>남	미만>이상	-	-	없음>1미	양>한>기	높을수록	중>읍
화장실	여>남	미만>이상	비재>재	-	없음>한미>그 이상	양>한>시	높을수록	중>읍
옷·침구	여>남	미만>이상	-	-	없음>1미·1이	양>한>기	높을수록	-
부엌	남>여	미만>이상	-	-	-	시·양>한>기	높을수록	-
냉장고	남>여	미만>이상	재>졸	없음>있음	-	시>한>기	높을수록	-
영양	-	미만>이상	-	없음>있음	없음>1이	양·시>한>기	높을수록	-

* 주: 1) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의의가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 1이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

긍정적인 응답경향이 높게 나타났는데 이는 앞서 부엌 청결도와 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있을 것이다(표 V-76).

한편 거주환경에 대한 전체 응답률을 2019년 학생 응답률과 비교해 보면 모든 항목에서 올해 위기청소년들의 부정 응답률(전혀 그렇지 않다 또는 그렇지 않은

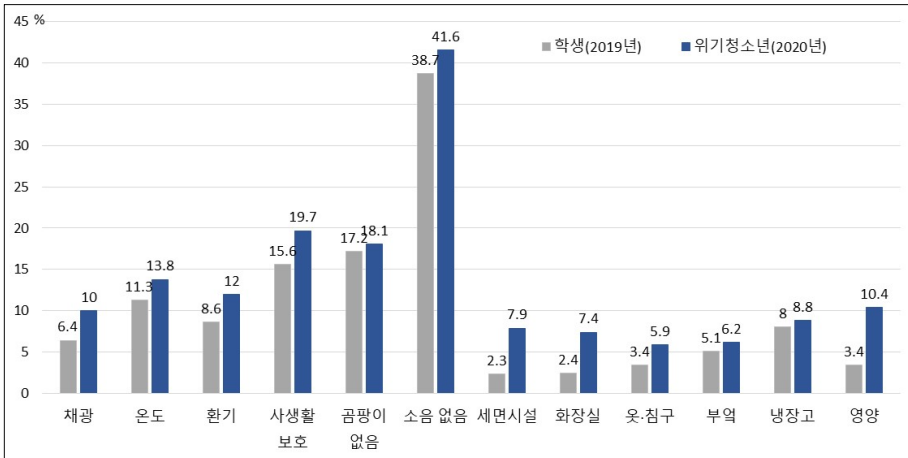


그림 V-15 연도별 거주환경 부정 응답률

편이다)이 높게 나타났다(그림 V-15). 특히 영양섭취 항목에서 작년도 학생들 부정 응답률은 3.4%였던 데 비해 올해 위기청소년들의 부정 응답률은 10.4%로 나타났으며 세면시설, 화장실, 옷과 침구에 대한 청결도에서 작년도 학생들 부정 응답률은 2.3%~3.4%였던 데 비해 올해 위기청소년들의 부정 응답률은 5.9%~7.9%로 그 차이가 적지 않았다.

거주환경과 신체 및 정신 건강 간의 관련성을 알아보기 위하여 각각의 관련성에 대한 단순 회귀분석을 실시하였다. 거주환경 변인은 거주환경 관련 12개 문항에 대한 응답평균으로 산출하였고 신체 및 정신 건강은 앞서 신체건강과 정신건강 간의 관련성을 살펴본 부분에서 산출한 방식과 동일하다. 즉 신체건강은 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 정신건강은 행복도, 스트레스, 우울·불안, 자해·자살에 대한 총점을 기준으로 하되 행복도는 역산하였다. 점수가 높을수록 건강하지 않음을 의미한다.

표 V-77 건강과 거주환경에 대한 회귀분석 결과

N=1,017				
변인	신체건강(DV)	거주환경	B	β
(상수)			33.868***	
거주환경	-.301***		-2.717***	-.301
				$R^2 = .090***$
평균	25.78	2.98		교정된 $R^2 = .089***$
표준편차	3.58	0.40		$R = .301***$
N=1,847				
변인	정신건강(DV)	거주환경	B	β
(상수)			28.609***	
거주환경	-.365***		-4.919***	-.365
				$R^2 = .133***$
평균	13.98	2.98		교정된 $R^2 = .133***$
표준편차	5.40	0.40		$R = .365***$

* 주: 1) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

회귀분석 결과는 <표 V-77>에 제시하였다. 거주환경은 청소년들의 신체 및 정신적 건강과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 청소년들이 처한 주거환경이 열악할수록 이들의 신체 및 정신적 건강도 좋지 않았다. 각 변인 간 관계를 표준화 계수(β) 및 설명량(R^2)으로 비교해 볼 때 신체적 건강보다는 정신적 건강이 주거환경과 좀 더 관련성이 높았다.

(3) 가출 시 환경

① 가출 경험

가출 경험이 있었는지 물어본 결과 응답자의 67.1%는 가출 경험이 없다고 응답하였다. 한편 1~2회는 12.9%, 3~5회는 8.4%, 6회 이상은 11.6%였다. 하위집단별 차이를 보면 여자보다는 남자의 경험률이 높았고 횟수도 더 많았다. 19세 이상보다는 19세 미만에게서, 비재학 청소년이나 고졸자보다는 중고교에 재학 중인 청소년에게서, 그리고 일 경험이 있는 경우보다는 없는 경우에게서, 가정의 경제 수준이 중(中) 이상인 경우에게서 가출 경험이 적었다. 한편 가정 밖 생활이 길수록 가출횟수는 증가하는 경향을 보여 가정 밖 생활을 1년 이상 한 경우 10회 이상 가출을 하였다는 응답이 53.5%로 응답자의 절반을 넘었다(표 V-78).

가출경험이 있는 청소년들의 첫 가출 당시의 나이는 평균 15.54세였다. 남자보다는 여자가 평균적으로 조금 더 늦게 첫 가출을 하였고 가정 밖 생활이 1년 이상인 경우 가출 시작 평균 연령이 14.94세로 가장 어렸다. <표 V-79>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-78 가출 횟수

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	χ^2
전체		1,966	67.1	12.9	8.4	3.1	8.5	
성별	남자	881	65.0	11.7	10.2	3.1	10.0	12.999*
	여자	1,085	68.8	13.9	7.0	3.0	7.3	
연령	19세 미만	1,537	69.5	12.4	8.1	3.1	6.9	29.815***
	19세 이상	429	58.5	14.7	9.8	2.8	14.2	
재학 여부	재학	321	57.9	16.2	13.4	3.4	9.0	25.658**
	비재학(고졸이하)	990	68.9	11.6	8.1	3.3	8.1	
	고교졸업	606	70.8	12.2	6.1	2.1	8.7	
일 경험	없음	1,159	74.8	9.0	7.9	2.4	6.0	84.776***
	있음	800	56.0	18.4	9.4	4.0	12.3	
가정 밖 생활	없음	1,319	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2419.893***
	한 달 미만	289	0.0	58.1	29.1	4.2	8.7	
	1년 미만	215	0.0	27.0	26.0	16.3	30.7	
	1년 이상	142	0.0	19.7	18.3	8.5	53.5	
현재 거주 유형	양부모	869	82.6	9.3	3.6	1.4	3.1	300.146***
	한부모·조손	444	72.1	9.5	7.0	3.2	8.3	
	청소년 시설	518	39.8	20.5	17.6	5.6	16.6	
	기타	130	55.4	17.7	10.0	3.8	13.1	
경제 수준	상	292	73.6	8.9	5.8	3.1	8.6	76.363***
	중	1,109	72.2	10.5	8.2	2.9	6.2	
	하	564	53.5	19.9	10.3	3.4	12.9	
지역 규모	대도시	696	62.6	13.8	10.6	3.9	9.1	26.173***
	중소도시	873	66.6	13.3	7.9	2.6	9.6	
	읍면지역	397	76.1	10.6	5.8	2.5	5.0	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) ① 없다, ② 1~2회, ③ 3~5회, ④ 6~10회, ⑤ 10회 이상

표 V-79 첫 가출 당시 나이

(단위: 세)

구분		사례 수(명)	평균	표준편차	t/F 검증
전체		638	15.54	2.342	
성별	남자	300	15.32	2.481	-2.236*
	여자	338	15.73	2.197	
연령	19세 미만	465	15.30	2.139	-3.846***
	19세 이상	173	16.18	2.721	
재학 여부	재학 ^a	135	15.03	2.318	10.160*** a,b<c
	비재학(고졸이하) ^b	304	15.38	2.087	
	고교졸업 ^c	174	16.16	2.652	
일 경험	없음	286	15.24	2.326	-2.837**
	있음	349	15.77	2.333	
가정 밖 생활	한 달 미만 ^a	283	15.88	1.877	7.892*** c<a
	1년 미만 ^b	213	15.48	2.472	
	1년 이상 ^c	141	14.94	2.829	
현재 거주 유형	양부모 ^a	149	16.07	1.609	3.804* d<a
	한부모·조손 ^b	121	15.30	2.268	
	청소년 시설 ^c	309	15.45	2.573	
	기타 ^d	58	15.10	2.627	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

지금까지 총 가정 밖 생활기간을 보면 일주일 미만인 경우는 26.3%, 일 년 이상인 경우는 22%로 나타났다. 연령별 차이를 보면 19세 미만은 30.1%가 일주일 미만, 20.3%가 일주일 이상~한 달 미만으로 절반 이상이 한 달 미만인 데 비해 19세 이상은 한 달 미만이 29.8%로 그 비율이 상대적으로 낮았다. 반면 일 년 이상인 경우는 19세 미만 15.6%에 비해 19세 이상 38.8%로 연령이 높은 집단에서 그 비율이 높았다. 또한 가출기간이 6개월 이상인 경우 일 경험이 있다는 응답률은 39%, 일 경험이 없다는 응답률은 28.8%로 가정 밖 생활이 길수록 일 경험률도 같이 증가함을 알 수 있다. 마지막으로 현재 양부모 가정의 청소년들은 대개 가출기간도 상대적으로 짧은 반면 시설이나 기타 거주 유형의 청소년들은

표 V-80 가정 밖 생활 기간

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	χ^2
전체		646	26.3	18.4	11.6	9.3	12.4	22.0	
연령	19세 미만	468	30.1	20.3	12.0	9.2	12.8	15.6	44.581***
	19세 이상	178	16.3	13.5	10.7	9.6	11.2	38.8	
재학 여부	재학	135	23.7	23.0	12.6	10.4	14.1	16.3	19.502*
	비재학(고졸이하)	307	29.0	16.3	12.1	9.4	14.3	18.9	
	고교졸업	177	22.6	18.6	9.6	9.0	8.5	31.6	
일 경험	없음	292	30.1	21.9	8.9	10.3	11.0	17.8	15.777**
	있음	351	23.1	15.7	14.0	8.3	13.4	25.6	
가정 밖 생활	한 달 미만	289	58.8	41.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1292.000***
	1년 미만	215	0.0	0.0	34.9	27.9	37.2	0.0	
	1년 이상	142	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
현재 거주 유형	양부모	151	49.0	25.2	8.6	6.6	6.6	4.0	116.117***
	한부모·조손	124	31.5	17.7	12.1	8.1	16.9	13.7	
	청소년 시설	311	15.4	17.0	12.5	11.9	12.9	30.2	
	기타	58	12.1	10.3	13.8	5.2	15.5	43.1	

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

2) ① 일주일 미만, ② 일주일 이상~한 달 미만, ③ 한 달 이상~3개월 미만,

④ 3개월 이상~6개월 미만, ⑤ 6개월 이상~일 년 미만, ⑥ 일 년 이상

가출 기간이 상대적으로 길었다. 특히 기타 거주유형에 속하는 청소년들의 43.1%는 가출 기간이 일 년 이상이라고 응답하여 청소년 시설에서 생활하는 청소년의 응답비율(30.2%)보다도 높게 나타났다. <표 V-80>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

가출 경험이 있는 청소년들에게 집을 나와 생활했던 곳들을 모두 선택하도록 하였다. 그 결과 응답자의 71.1%는 친구나 선후배 집에서 생활했던 경험이 있는 것으로 나타나 청소년들은 대개 가출 후 친구나 선후배에게 도움을 청하고 있음을 시사한다. 그 다음으로 청소년 시설(39.7%), 고시원, 여관·모텔, 원룸 등(37.1%), 24시간 상점(36.6%), 노숙(28.1%) 순으로 나타났다.

하위집단별 차이를 보면 남자들은 여자들에 비해 고시원, 여관·모텔, 원룸 등, 24시간 상점, 노숙을 하는 비율이 높았고 여자들은 남자들에 비해 청소년 시설, 친·인척집, 친구·선후배집 등에서 생활했던 비율이 더 높았다. 즉 여자들은 남자들

표 V-81 가출 당시 생활했던 곳(복수 응답)

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
전체		647	39.7	14.5	71.1	37.1	28.1	36.6	6.6
성별	남자	308	37.3	13.6	69.5	39.0	34.4	45.5	6.2
	여자	339	41.9	15.3	72.6	35.4	22.4	28.6	7.1
연령	19세 미만	469	34.5	15.4	75.9	35.2	27.5	35.4	6.0
	19세 이상	178	53.4	12.4	58.4	42.1	29.8	39.9	8.4
재학 여부	재학	135	54.1	12.6	68.9	28.9	27.4	31.1	8.1
	비재학(고졸이하)	308	30.8	17.5	78.6	42.5	27.3	42.5	6.2
	고교졸업	177	44.6	10.2	59.9	35.6	29.9	31.1	6.8
일 경험	없음	292	43.2	14.7	68.8	32.9	28.4	35.6	7.2
	있음	352	36.4	14.5	73.6	40.9	28.1	37.8	6.3
가정 밖 생활	한 달 미만	289	18.3	11.4	70.6	17.6	19.7	24.2	6.2
	1년 미만	215	42.8	16.7	74.4	51.6	32.1	45.1	5.1
	1년 이상	142	78.2	17.6	66.9	54.2	38.7	48.6	9.9
현재 거주 유형	양부모	151	11.3	9.9	74.8	29.1	23.8	29.8	4.0
	한부모·조손	124	21.8	21.0	73.4	41.1	27.4	41.9	8.9
	청소년 시설	312	61.2	13.1	67.9	37.2	30.1	36.9	5.8
	기타	58	37.9	20.7	74.1	48.3	29.3	41.4	13.8
경제 수준	상	77	29.9	14.3	72.7	45.5	22.1	41.6	6.5
	중	308	34.7	13.0	74.4	38.3	25.0	34.7	4.5
	하	262	48.5	16.4	66.8	33.2	33.6	37.4	9.2
지역 규모	대도시	260	41.9	14.2	68.1	41.2	29.2	38.1	7.3
	중소도시	292	41.8	14.0	70.5	34.9	29.5	35.6	5.5
	읍면지역	95	27.4	16.8	81.1	32.6	21.1	35.8	8.4

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

- 2) ① 청소년복지시설(쉼터, 자립지원관, 회복센터 등), ② 친·인척집, ③ 친구, 선·후배집,
④ 고시원, 여관·모텔, 원룸 등, ⑤ 노숙(거리, 남의 집 옥상 등),
⑥ 24시간 상점(코인노래방, PC방, 찜질방, 편의점 등), ⑦ 기타

에 비해 상대적으로 사회적 관계를 활용하여 잠자리가 마련되는 곳으로 가는 경향을 보였다.

연령별 차이를 보면 친구·선후배 집에서 생활했다는 응답이 19세 미만 청소년들은 75.9%인데 비해 19세 이상은 58.4%로 그 비율이 낮아진 반면 청소년 시설을 이용했다는 응답률은 19세 미만 34.5%에 비해 19세 이상 53.4%로 그 비율이 높아졌다. 가정 밖 생활 기간에 따라서는 가정 밖 생활이 길어질수록 청소년 시설, 고시원, 여관·모텔, 원룸 등, 노숙, 24시간 상점을 이용하는 비율이 급격히 증가하였다. 즉 가정 밖 생활이 장기화될수록 청소년들은 잠자리를 찾아 다양한 장소를 전전하였음을 시사한다. 또한 경제적 수준이 높은 경우는 비용이 드는 고시원, 여관·모텔, 원룸 등과 24시간 상점을 이용하는 비율이 높았고 경제적 수준이 낮은 경우는 청소년 시설, 노숙을 하는 비율이 높았다(표 V-81).

마지막으로 가출팸 경험이 있는지 질문한 결과 응답자의 13.3%가 있다고 응답하였다. 가출팸 경험률은 비재학 청소년이나 중고교에 재학 중인 경우가 고졸자

표 V-82 가출팸 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		641	86.7	13.3	
재학 여부	재학	134	85.8	14.2	15.265***
	비재학(고졸이하)	305	82.3	17.7	
	고교졸업	175	94.9	5.1	
가정 밖 생활	한 달 미만	284	95.8	4.2	38.058***
	1년 미만	215	81.4	18.6	
	1년 이상	141	76.6	23.4	
현재 거주 유형	양부모	147	91.2	8.8	23.839***
	한부모·조손	124	74.2	25.8	
	청소년 시설	311	90.4	9.6	
	기타	57	82.5	17.5	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

보다 높았고 가정 밖 생활이 길어질수록 증가하였다. <표 V-82>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

② 생활환경

가출 후 생활환경을 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(그림 V-16, 표 V-83). 우선 식생활과 관련하여 끼니의 대부분(거의 항상)을 간편식으로 때웠다는 응답률은 30.9%, 일주일에 1~2번 그랬다는 경우는 30.2%이었다. 즉 가출 중에는 10명 중 6명 이상에 해당되는 비율로 식사를 충분히 하지 못했음을 알 수 있다. 이러한 경향은 여자보다는 남자에게서, 19세 미만보다는 19세 이상에게서, 일 경험이 있는 경우에게서, 가정 밖 생활이 한 달 이상일수록, 한부모·조손가정이나 기타 거주 유형에 거주할수록 더 높았다. 더 나아가 10명 중 2명(19.9%)은 가출 기간 중 거의 대부분 끼니를 걸렸다고 응답하였고 16.4%는 종종(일주일에 1~2번) 끼니를 걸렸다고 응답하였다. 특히 가정 밖 생활이 길어질수록, 기타 거주 시설에 생활하는 경우, 그리고 가정의 경제적 수준이 상(上)인 경우보다 하(下)인

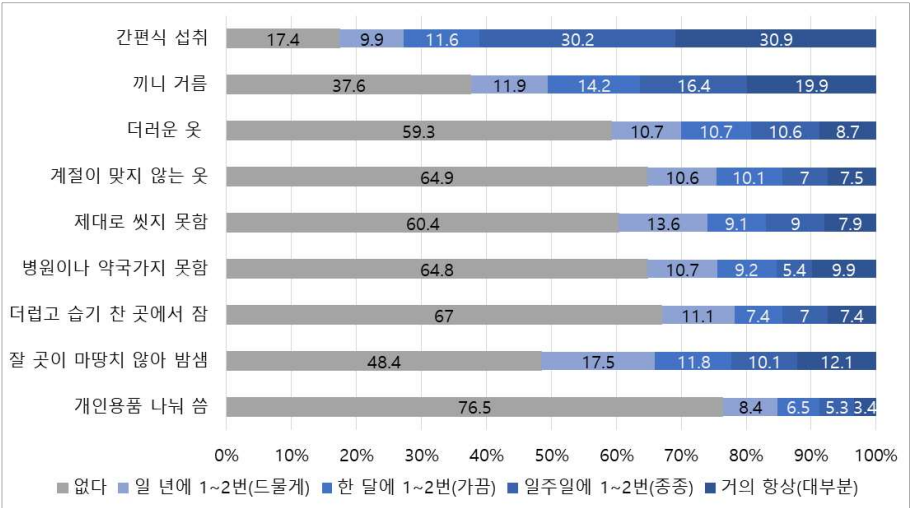


그림 V-16 가정 밖 생활 당시 생활환경

경우에게서 이러한 응답경향이 높았다. 특히 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우는 일주일에 1~2회 이상 끼니를 거른 비율이 53.5%로 가정 밖 생활이 길어질수록 이들의 생활환경은 열악할 수밖에 없음을 단적으로 보여주었다.

의복과 관련해서는 응답자의 19.3%가 종종 또는 거의 항상 더러운 옷을 입은 적이 있다고 응답했으며 14.5%는 계절에 맞지 않은 옷을 입은 적이 있다(종종 또는 거의 항상)고 응답하였다. 이 역시 가정 밖 생활이 길어질수록, 그리고 가정의 경제적 수준이 하(下)인 집단에서 그렇다는 응답률이 높았다. 특히 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우는 일주일에 1~2회 이상 의복에 어려움을 겪은 비율이 30%에 가깝게 나타났다.

표 V-83 하위집단별 가정 밖 생활 당시 생활환경

구분	성별	연령	재학	일 경험	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
개인용품 나눠 씀	-	-	졸<재	-	한미<그 이상	양<기	-	-
잘 곳이 마땅치 않음	-	-	-	-	한미<1미<10이	나머지<기	-	-
더럽고 습기 찬 곳에서 잠	여<남	미만<이상	-	-	한미<1미<10이	양<기	-	-
병원·약국 못 감	-	미만<이상	-	-	한미<1미<일이	나머지<기	나머지<하	-
제대로 못 씻음	여<남	미만<이상	-	-	한미<그 이상	양<기	-	-
계절에 맞지 않는 옷	-	미만<이상	-	-	한미<1미<10이	양<기	상<하	읍<중
더러운 옷	여<남	-	-	-	한미<그 이상	-	상<하	-
끼니 거름	-	-	-	-	한미<1미<10이	나머지<기	상<하	-
간편식 섭취	여<남	미만<이상	-	없음<있음	한미<그 이상	양<한-기	-	-

* 주: 1) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의의가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 10이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

제대로 씻지 못한 적이 종종 또는 거의 항상 있었다는 응답은 16.9%, 개인용품을 다른 사람과 종종 또는 거의 항상 나누어 쓴 적이 있다는 응답은 8.7%였다. 이 역시 가정 밖 생활이 길어질수록 그 응답률이 증가하였다. 특히 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우는 일주일에 1~2회 이상 제대로 씻지 못했다는 응답이 24%에 달하였다.

몸이 아팠지만 병원이나 약국에 가지 못한 적이 있는가라는 물음에 응답자의 15.3%가 종종 또는 거의 항상 그랬다고 응답했으며 가끔(한 달에 1~2회) 그랬다는 응답도 9.2%에 달하였다. 이 역시 가정 밖 생활이 길어질수록 응답률이 높아졌는데 1년 이상 가정 밖 생활을 한 경우는 30% 이상이 종종 또는 거의 항상 아픈 상태에서 적절한 치료를 받지 못하거나 약을 먹지 못한 것으로 나타났다.

잠자리와 관련한 질문에서는 종종 또는 거의 항상 더럽거나 습기 찬 곳에서 잤다고 응답한 경우가 14.4%, 잘 곳이 마땅치 않아 밤을 새웠다는 응답이 22.2%로 나타났다. 이 역시 가정 밖 생활이 길수록 그 응답률이 높아져 1년 이상 가정 밖 생활을 한 경우의 28.9%는 종종 또는 거의 항상 더럽거나 습기 찬 곳에서 잤다고 응답하였으며 37.6%는 종종 또는 거의 항상 잘 곳이 마땅치 않아 밤을 새웠다고 응답하였다. 또한 남자는 여자에 비해 더 많이 더럽거나 습기 찬 곳에서 자는 경향을 보였는데 이는 앞서 남자는 여자에 비해 고시원, 여관·모텔, 원룸 등이나 노숙과 같이 거친 잠자리를 이용한 비율이 상대적으로 높았다는 결과와도 일맥상통한다.

이상과 같은 결과들을 종합해보면 가정 밖 생활이 길수록 청소년들의 거주환경은 전반적으로 더욱 열악해짐을 알 수 있다. 또한 여자보다는 남자가 더 열악한 상황을 보인 경우가 있었는데 이 역시 남자들이 여자에 비해 거친 장소에서 생활하는 경우가 많기 때문인 것과 관련이 있어 보인다. 가정의 경제적 수준도 가정 밖 생활환경에 영향을 미쳤는데 가정 밖 생활을 하는 경우라 하더라도 가정의 경제적 수준이 여유로운 경우보다 그렇지 못한 경우 청소년들은 더욱 열악한 환경

에 처할 가능성이 높았다. 이는 가정의 경제적 수준이 가출 당시 청소년들의 경제적 수준에 영향을 미치기 때문인 것으로 판단된다. 한편 이러한 결과들과 더불어 앞서 최근 한 달 동안 아픈 증상이 있었는지, 그리고 현재 거주환경이 어떠한지에 대한 응답에서 시설에 거주하는 청소년들은 건강상태 및 거주환경이 양부모 가정의 청소년들과 비슷하게 양호한 상태로 나타났다. 이러한 결과를 종합해본다면 청소년들이 가정 밖 생활을 시작하거나 그 기간이 길어질 때 생활환경은 열악해질 수밖에 없지만 이후라도 청소년 시설에 진입한다면 그러한 열악한 환경에서 어느 정도 벗어날 수 있음을 보여준다.

가출 시 생활환경과 신체 및 정신 건강 간의 관련성을 알아보기 위하여 각각의 관련성에 대한 중다회귀분석을 실시하였다. 가출 시 생활환경 변인은 관련 9개 문항에 대한 응답평균으로 산출하였고 신체 및 정신 건강은 앞서 신체건강과 정신 건강 간의 관련성을 살펴본 부분에서 산출한 방식과 동일하다. 즉 신체건강은 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 정신건강은 행복도, 스트레스, 우울·불안, 자해·자살에 대한 총점을 기준으로 하되 행복도는 역산하였다. 점수가 높을수록 가출시 생활환경과 건강이 좋지 않음을 의미한다. 또한 두 변인 간의 관련성을 알아보기에 앞서 가출 여부를 통제하기 위해 가출 여부와 건강 간의 관계를 먼저 설정하였다.

회귀분석 결과는 <표 V-84>에 제시하였다. 가출 시 생활환경은 통계적으로 유의한 수준에서 청소년들의 신체 및 정신적 건강과 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 가출 시 생활환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강이 좋지 않았다. 한편 가출 경험과 건강 간에는 통계적으로 유의한 수준에서 관련성을 보이지 않았다. 각 변인 간 관계를 표준화 계수(β) 및 설명량(R^2)으로 비교해 볼 때 가출 시 생활환경은 정신적 건강보다는 신체적 건강과 좀 더 관련성이 높았다.

표 V-84 가출 시 생활환경과 건강에 대한 회귀분석 결과

N=320						
변인	신체건강(DV)	가출 경험	생활환경	B	β	R^2 변화량
(상수)				25.211***		
가출 경험	.153**			.257	.089	.023
가출 시 생활환경	.206***	.370***		.595**	.173	.026
				$R^2 = .049^{***}$		
평균	27.24	3.13	2.06	교정된 $R^2 = .043^{***}$		
표준편차	3.47	1.20	1.01	$R = .222^{***}$		
N=630						
변인	정신건강(DV)	가출 경험	생활환경	B	β	R^2 변화량
(상수)				14.762***		
가출 경험	.013			-.221	-.053	.000
가출 시 생활환경	.173***	.346***		.938***	.192	.032
				$R^2 = .033^{***}$		
평균	16.05	3.22	2.13	교정된 $R^2 = .030^{***}$		
표준편차	5.06	1.22	1.04	$R = .181^{***}$		

* 주: 1) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(4) 근로환경

① 근로경험

최근 6개월 동안 근로경험이 있는지 질문한 결과, 응답자의 41.1%가 있다고 응답하였다. 하위집단별 차이를 보면 19세 이상에게서, 비재학·청소년이나 고졸자에게서, 가정 밖 생활이 길수록, 가정의 경제적 수준이 하(下)인 집단에게서 그 응답률이 높았다. 또한 한부모·조손 가정의 청소년의 응답률(46.4%)이 양부모(34.8%)나 청소년 시설 청소년(39.1%)의 응답률보다 다소 높았고 기타 거주유형에 거하는 청소년들 중에는 72.7%가 일 경험이 있다고 응답하여 상당히 높은 응답률을 보였다. <표 V-85>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-85 일(아르바이트) 경험

(단위: %)

구분		사례 수(명)	없다	있다	χ^2
전체		1,982	58.9	41.1	60.629***
연령	19세 미만	1,548	63.4	36.6	
	19세 이상	434	42.6	57.4	
재학 여부	재학	325	75.7	24.3	46.822***
	비재학(고졸이하)	997	57.8	42.2	
	고교졸업	610	53.1	46.9	
일 경험	없음	1,167	100.0	0.0	1982.000***
	있음	815	0.0	100.0	
가정 밖 생활	없음	1,315	65.9	34.1	87.769***
	한 달 미만	288	52.8	47.2	
	1년 미만	213	41.3	58.7	
	1년 이상	142	36.6	63.4	
현재 거주 유형	양부모	873	65.2	34.8	74.881***
	한부모·조손	448	53.6	46.4	
	청소년 시설	522	60.9	39.1	
	기타	132	27.3	72.7	
경제 수준	상	294	65.0	35.0	28.459***
	중	1,116	61.9	38.1	
	하	571	49.7	50.3	

* 주: 1) * α .05, ** α .01, *** α .001

주로 한 일을 보면(그림 V-17) 식당 서빙(51.3%)이 가장 많았고 카페나 빵집(14.2%), 편의점(12.9%) 순으로 청소년들이 많이 하는 일은 서빙·판매 등 서비스 직의 일이었다. 경험한 일의 종류에서 성별 간 다소 차이를 보이는 경우도 있었는데 공장·건설현장 막노동이나 택배·물류센터 일, 배달 등 육체노동의 강도가 센 일은 여자보다 남자들이 더 많이 하였다.

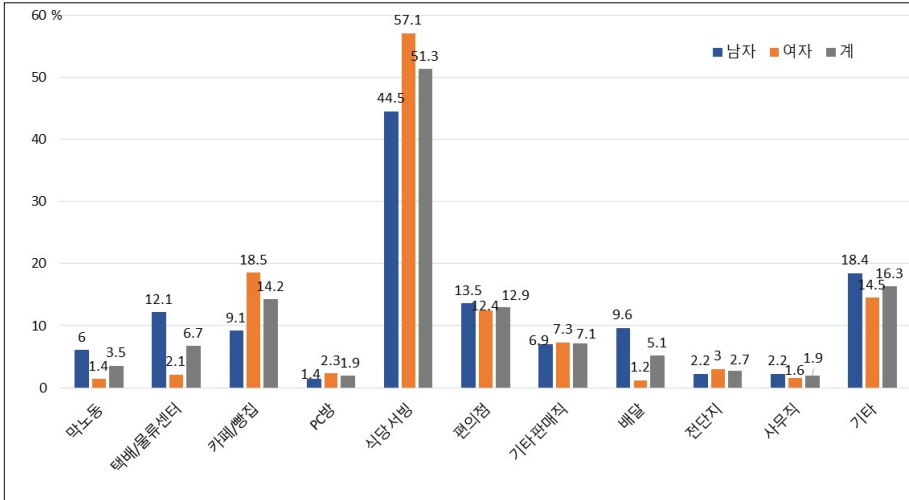


그림 V-17 경험한 일의 종류(복수 응답)

② 근로 환경

근로경험이 있다고 응답한 청소년들을 대상으로 근로환경에 대해 질문하였다. 그 결과 대체로 청소년들의 근로환경은 양호했지만 모두에게 그런 것은 아님을 알 수 있다.

공기가 깨끗한 곳에서 일한 청소년의 비율은 79.5%, 소음이 심하지 않은 곳에서 일한 청소년은 73.2%로 나타났으나 공기가 깨끗하지 못한 곳(20.6%)이나 소음이 심한 곳(26.7%)에서 일한 청소년도 적지 않다. 또한 다칠 위험이 높다는 응답은 34.1%, 실제로 심하게 다친 적이 있다는 응답은 14.8%로 나타나 안전하지 못한 곳에서 일하는 청소년이 적지 않음을 알 수 있다. 한편 야간근로를 한 적이 있다는 응답은 28.7%, 휴게시간이 충분하지 않거나 하루 8시간 이상 일했다는 응답은 22.4%, 개인위생공간이 적절치 못하다는 응답은 9.8%로 나타났다(그림 V-18).

하위집단별 응답률을 보면 남자가 여자보다 안전하지 못한 곳에서 일하거나 야간근로를 더 많이 하였다. 또한 19세 이상은 19세 미만보다 야간근로나 장기근로를 하는 경우가 더 많았고 19세 미만은 19세 이상보다 공기의 질이 좋은

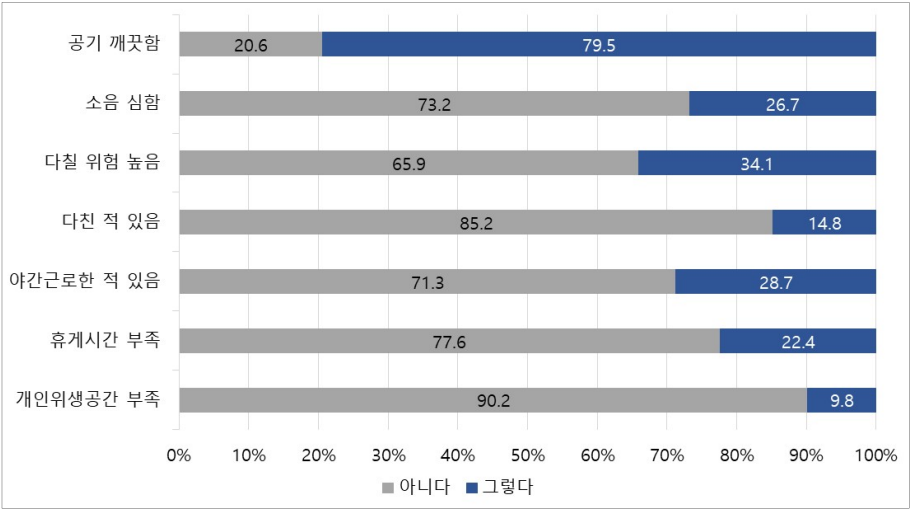


그림 V-18 근로환경

곳에서 일하는 경향을 보였다. 한편 가정 밖 생활 경험이 있거나 긴 경우, 그리고 기타 거주 유형에 사는 청소년들이 양부모 가정을 비롯한 다른 거주 유형보다 근로환경이 상대적으로 열악하였다(표 V-86).

표 V-86 하위집단별 가정 밖 생활 당시 생활환경

구분	성별	연령	재학	가정 밖 생활	거주유형	경제수준	지역규모
공기 깨끗함		미만>이상		없음>1이	나머지>기		
소음 심함				1미·10이>없음	기>양		
다칠 위험 높음	남>여			1미>없음			-
다친 적 있음	남>여			1미·10이>없음	기>나머지		
아간근로한 적 있음	남>여	이상>미만	나머지>재	1이>없음	기>나머지		읍>중
휴게시간 부족		이상>미만		1이>없음	기>양	하>상	
개인위생공간 부족				1미·10이>없음	기>나머지		

* 주: 1) 하위집단별 $p<.05$ 에서 통계적 의의가 있는 것만을 보고하였고 관련하여 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 각 하위집단별 축약어의 의미는 다음과 같다.
 연령: 미만(19세 미만), 이상(19세 이상), 재학여부: 재(재학), 비재(비재학), 졸(고졸),
 가정 밖 생활: 한미(하루 이상~한 달 미만), 1미(한 달 이상~1년 미만), 1이(1년 이상),
 거주유형: 양(양부모), 한(한부모·조손가정), 시(시설), 기(기타),
 지역규모: 대(대도시), 중(중소도시), 읍(읍면지역)

근로환경과 신체 및 정신 건강 간의 관련성을 알아보기 위하여 각각의 관련성에 대한 회귀분석을 실시하였다. 근로환경 변인은 관련 7개 문항에 대한 응답평균으로 산출하였고 그 중 공기가 깨끗한지에 관한 문항을 제외하고 나머지 문항은 역산하였다. 신체 및 정신 건강은 앞서 신체건강과 정신건강 간의 관련성을 살펴본 부분에서 산출한 방식과 동일하다. 즉 신체건강은 최근 30일 동안 20개 사항에 대한 신체적 증상이 있었는지 여부와 현재 앓고 있는 질병 여부에 대한 총점을 기준으로 하였다. 정신건강은 행복도, 스트레스, 우울·불안, 자해·자살에 대한 총점을 기준으로 하되 행복도는 역산하였다. 점수가 높을수록 건강이 좋지 않음을 의미한다.

회귀분석 결과는 <표 V-87>에 제시하였다. 근로환경은 청소년들의 신체 및 정신적 건강과 통계적으로 유의한 수준에서 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 근로환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강도 좋지 않았다. 각 변인

표 V-87 건강과 건강행동에 대한 회귀분석 결과

N=414				
변인	신체건강(DV)	근로환경	B	β
(상수)			31.244***	
근로환경	-.208***		-1.446***	-.208
평균	26.61	3.19	교정된 $R^2 = .043^{***}$ $R^2 = .041^{***}$ $R = .208^{***}$	
표준편차	3.60	0.52		
N=795				
변인	정신건강(DV)	근로환경	B	β
(상수)			20.464***	
근로환경	-.198***		-1.820***	-.198
평균	14.77	3.13	교정된 $R^2 = .039^{***}$ $R^2 = .038^{***}$ $R = .198^{***}$	
표준편차	5.27	0.57		

* 주: 1) * α .05 ** α .01 *** α .001

간 관계를 표준화 계수(β) 및 설명량(R^2)으로 비교해 볼 때 근로환경은 정신적 건강보다는 신체적 건강과 좀 더 관련성이 높았다.

(5) 학교 밖 경험

① 현 학업 상태

현재 학교에 다니고 있는지 살펴본 결과 절반 이상(51.6%)이 초중고를 중간에 그만두었다고 응답하였다. 그 외에 미인가 대안학교에 재학 중인 청소년은 4.7%였으며 일반 정규학교에 재학 중인 청소년은 12.2%, 검정고시를 포함하여 고등학교를 졸업한 경우는 31.5%였다. 재학생의 경우 고등학생은 78%, 중학생 이하는 21.5%였다(표 V-88).

한편 표에는 제시하지 않았으나 비재학 청소년들이 학교를 그만 둔 시기를 살펴 보면 평균 만 15.29세로 고등학교 시기에 학교를 그만 둔 경우가 65.9%, 중학교 시기에 그만 둔 경우가 18.5%였다.

표 V-88 청소년들의 현 학업상태 및 자퇴시기

구분	사례 수 (명)	일반 정규학교	미인가 대안학교	초·중·고 중단	고등학교졸업 (검정고시 포함)	χ^2
전체	1,938	12.2	4.7	51.6	31.5	3876.000 ***
재학	327	72.2	27.8	0.0	0.0	
비재학(고졸 이하)	1,000	0.0	0.0	100.0	0.0	
고교 졸업	611	0.0	0.0	0.0	100.0	

재학생	사례 수 (명)	중1 이하	중2	중3	고1	고2	고3	기타
	232	2.1	7.3	12.1	25.4	28.0	24.6	0.4

학교 밖 청소년 자퇴시기	사례 수(명)	평균	표준편차
	1,001	15.29	1.816

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

② 학교 밖 청소년 건강검진 참여 여부

미인가 대안학교에 재학 중인 학생이나 초중고교를 다니지 않는 19세 미만 학교 밖 청소년들을 대상으로 학교 밖 청소년 건강검진에 대한 인지도 및 참여도를 살펴보았다. 그 결과 건강검진에 대해 전혀 알지 못하는 경우가 33.1%였다. 한편 건강검진 제도가 있음을 알고도 받지 않은 경우는 31.4%, 신청은 했지만 받지 않은 경우는 11.9%, 신청해서 받은 경우는 23.6%로 나타났다. 즉 학교 밖 청소년들 중 66.9%는 건강검진제도가 있다는 것을 알고 있으나 이중 실제 건강검진을 받는 경우는 1/3정도에 그치고 있다.

표 V-89 학교 밖 청소년 건강검진

(단위: %)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	χ^2
전체		843	33.1	31.4	11.9	23.6	
성별	남자	352	42.0	23.6	9.7	24.7	29.278***
	여자	491	26.7	37.1	13.4	22.8	
재학 여부	재학(대안학교)	58	24.1	15.5	12.1	48.3	22.591***
	비재학(고졸이하)	785	33.8	32.6	11.8	21.8	
가정 밖 생활	없음	582	29.7	33.3	12.0	24.9	20.018*
	한 달 미만	126	33.3	31.7	13.5	21.4	
	1년 미만	93	46.2	23.7	11.8	18.3	
	1년 이상	33	51.5	21.2	0.0	27.3	
경제 수준	상	127	24.4	39.4	15.0	21.3	17.413**
	중	519	31.8	32.2	12.5	23.5	
	하	196	41.8	24.5	8.2	25.5	
지역 규모	대도시	291	33.0	27.5	10.0	29.6	19.268**
	중소도시	398	31.9	34.4	15.1	18.6	
	읍면지역	154	36.4	31.2	7.1	25.3	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) ① 알지도 못하고 건강검진을 받은 적도 없다, ② 알고는 있지만 건강검진을 신청해서 받은 적은 없다, ③ 알고 있고 신청했지만 건강검진을 받지 않았다, ④ 알고 있고 건강검진을 받은 적도 있다

3) 19세 이상 또는 일반 정규학교를 다니거나 고등학교를 졸업한 자는 제외하고 응답

이러한 인지도 및 수검률을 하위집단별로 보면 여자 청소년의 경우 73.3%가 검진제도를 알고 있는데 비해 남자의 경우는 58%만이 이를 알고 있었다. 반면 수검률은 남녀가 비슷하였고 여자 청소년들은 알고도 신청하지 않거나 신청해 놓고 가지 않는 비율이 남자에 비해 상대적으로 높았다.

재학 여부에 따른 차이를 보면 학교에 다니지 않는 청소년들은 대안학교 청소년 보다 인지율은 높았으나 실제 검사에 응하는 비율이 낮았다. 반면 대안학교 재학생은 비재학생에 비해 수검률이 상대적으로 높아 절반에 가까운 청소년(48.3%)들이 건강검진을 받고 있었다. <표 V-89>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

건강검진 제도를 알고 있음에도 이에 응하지 않은 청소년들을 대상으로 그 이유를 살펴보았다. 가장 많은 응답은 별 필요가 없을 것 같아서(26.5%)였고 귀찮아서가 23%로 그 뒤를 이었다. 또한 잊어버려서 받지 못했다는 응답은 10.6%였다. 즉 청소년들이 건강검진에 대해 적극적이지 않음을 알 수 있다. 한편 제도에 대해 정확히 몰라서 검진을 받지 않았다는 응답은 9.4%였으며 시간이 맞지 않아서

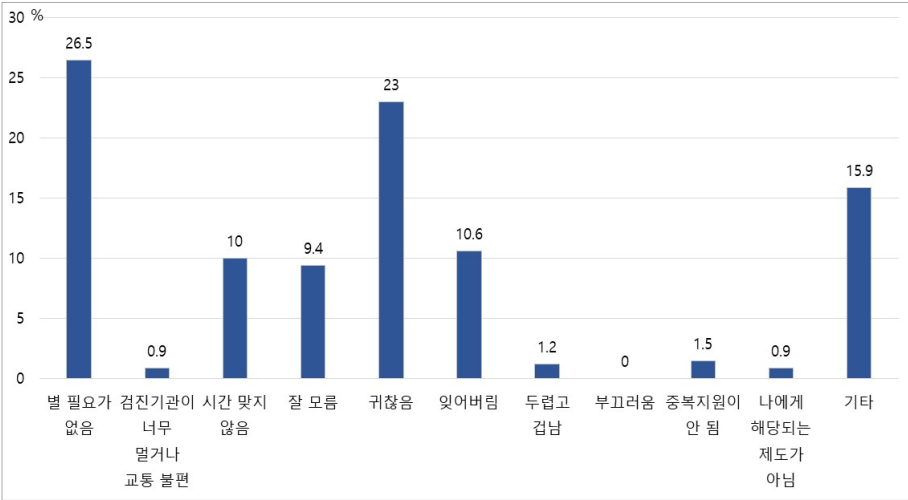


그림 V-19 건강검진을 받지 않은 이유

(10%), 검진기관이 멀거나 교통이 불편해서(0.9%) 등 접근성의 문제를 지적하는 경우는 약 11%로 그리 높지는 않았다(그림 V-19).

(6) 시설별 건강 서비스

이 절의 내용은 종사자의 설문응답 중 일부를 분석한 결과이다.

① 숙식제공

전체 시설을 대상으로 잠자리를 제공하는지 알아본 결과 전체 응답시설의 33.1%가 제공한다고 응답하였다. 시설별 차이를 보면 학교밖청소년지원센터의 경우는 거의 모든 시설에서 잠자리를 제공하지 않았고 미인가 대안학교는 25%만이 잠자리를 제공한다고 응답하였다. 반면 단기·중장기쉼터와 청소년 회복지원시설, 소년원은 100% 잠자리를 제공하였고 일시쉼터는 60%, 청소년자립지원관 66.7%, 내일이룸학교 80%가 잠자리를 제공하고 있었다. 청소년자립지원관의 경우는 주거지원이 기본 서비스로 포함되어 있음에도 불구하고 잠자리를 제공하지

표 V-90 잠자리 제공 여부

(단위: %)

구분			사례 수(명)	제공한다	제공하지 않는다	χ^2
전체			163	33.1	66.9	
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터		102	2.0	98.0	133.310***
	청소년 쉼터	일시	10	60.0	40.0	
		단기	20	100.0	0.0	
		중장기	11	100.0	0.0	
	청소년 자립지원관		3	66.7	33.3	
	청소년 회복지원시설		4	100.0	0.0	
	소년원		4	100.0	0.0	
	내일이룸학교		5	80.0	20.0	
	미인가 대안학교		4	25.0	75.0	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

표 V-91 한 끼 이상의 식사 제공 여부

(단위: %)

구분		사례 수(명)	제공한다	제공하지 않는다	χ^2
전체		163	90.8	9.2	8.847
시설 유형	학교 밖 청소년 지원센터	102	89.2	10.8	
	청소년 쉼터	일시	10	80.0	20.0
		단기	20	100.0	0.0
		중장기	11	100.0	0.0
	청소년 자립지원관		3	66.7	33.3
	청소년 회복지원시설		4	100.0	0.0
	소년원		4	100.0	0.0
	내일이룸학교		5	80.0	20.0
	미인가 대안학교		4	100.0	0.0

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

않는다고 응답한 곳이 있었는데 이는 시설 내 숙박시설이 없고 관할 지역 내 독립 주거공간에서 생활하는 청소년을 지원하는 경우이다(표 V-90).

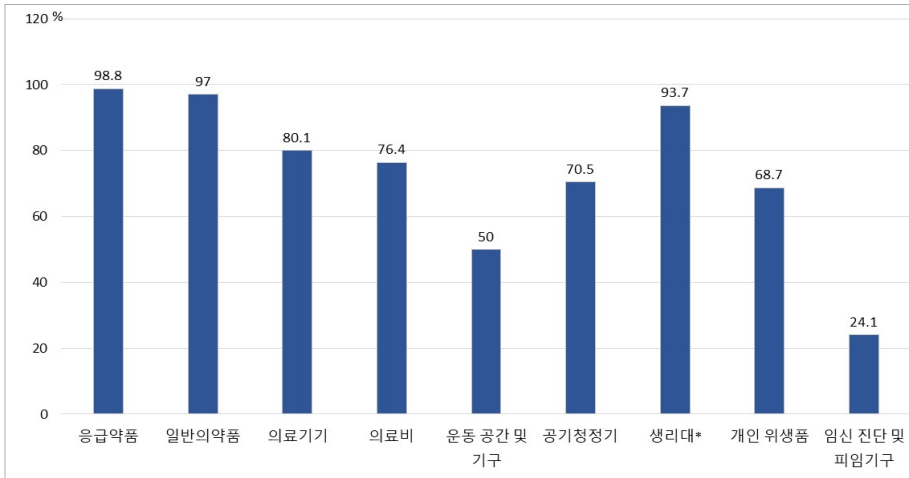
한 끼 이상의 식사제공을 하는지에 대해서는 응답기관의 90.8%가 그렇다고 응답하였다. 학교밖청소년지원센터, 일시쉼터, 청소년자립지원관, 내일이룸학교 중 일부에서는 식사제공을 하지 않았다(표 V-91).

② 건강서비스 제공

각 시설에서 제공하는 건강 관련 서비스에 대해 살펴보았다. 건강서비스는 크게 3가지 유형, 건강 관련 물품·비용 인력, 인력·기관 연계, 정보 및 교육 제공으로 나누어 보았다.

○ 건강 관련 물품·비용 지원

우선 건강 관련 물품·비용·인력 지원 정도를 살펴보면 다음과 같다(그림 V-20). 응급약품은 98.8%가 제공한다고 응답하였다. 청소년자립지원관 중 한 곳이 유일하게 지원하지 않는다고 응답하였는데 이는 아마도 청소년들의 거주공간이



* 주: 1) 남자 청소년만 이용·생활하는 시설은 제외

그림 V-20 건강 관련 물품·비용 지원율

시설과 떨어져 있기 때문인 것으로 추측된다. 또한 시설들은 평균 33.9만 원 정도의 관련 예산을 책정하고 있었다. 시설별 예산 정도를 보면 소년원과 청소년쉼터가 상대적으로 많은 예산을 투입하고 있었다. 소년원의 경우는 상대적으로 수용 인원이 많기 때문에 그에 비례하여 예산이 많은 것으로 판단된다.

일반의약품 지원 역시 대부분의 시설(97%)에서 제공하는 것으로 나타났는데 소수의 학교밖청소년지원센터와 자립지원관에서 제공하지 않는다고 응답하였다. 또한 시설들은 평균 35.8만 원 정도의 관련 예산을 책정하고 있었다. 시설별 예산 정도를 보면 응급약품과 마찬가지로 소년원과 청소년쉼터가 상대적으로 많은 예산을 투입하고 있었다.

간단한 의료기기를 구비한 경우는 80.1%였으며 일부 시설의 경우 이를 구비하지 않는 것으로 응답하였는데 숙식을 제공하는 시설 중에서도 이를 제공하지 않는다고 응답한 경우가 있었다. 그러나 최근 코로나19의 영향으로 체온계는 이제 모든 기관에서 비치할 것으로 예상된다. 또한 청소년들의 건강 증진을 위해 청소년들이 오래 머무르는 시설에서는 체중계나 혈압계 등 간단한 의료기기를 배치하여

청소년들이 스스로 자신의 건강을 체크할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

의료비는 전체 응답시설의 76.4%가 지원한다고 응답하였다. 일부 학교밖청소년지원센터, 자립지원관, 미인가 대안학교와 대다수의 회복지원시설, 내일이룸학교에서 지원하지 않는다고 응답하였다. 의료비 지원이 안 되는 시설에서 생활하는 청소년들 중 경제적으로 어려운 경우가 적지 않을 것으로 예상되는 바 시설에서 의료비 지원을 하지 못할 경우 의료기관 연계를 통해서라도 의료지원이 이루어질 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

청소년들을 위한 운동 공간 및 기구 설치가 이루어졌는지 살펴본 결과 제공한다고 응답한 비율은 50%에 불과하였다. 시설별로 살펴보면 학교밖청소년지원센터와 일시쉼터, 청소년 자립지원관, 회복지원시설에서 부정적인 응답률이 높게 나타났다. 일시쉼터는 이동형 버스형태의 시설이 많고 자립지원관은 시설과 떨어져 개인적인 독립공간을 제공하기 때문에 운동 공간 및 기구마련이 어려울 수 있다. 그러나 학교 밖 청소년지원센터나 회복지원시설은 청소년들에게 운동 공간이나 기구에 보다 적극적인 노력을 기울일 필요가 있다. 교육부가 승인한 초중고는 기본적인 체육수수를 마련하고 이에 따라 학생들의 건강증진을 위해 신체활동을 지원한다. 그러나 위기청소년들, 특히 학교 밖 청소년들은 이러한 기회에서 배제되기 때문에 이들이 주로 이용하거나 생활하는 시설에서는 정기적인 신체활동을 위한 노력을 기울여야 한다. 중앙정부나 지자체 역시 각 개별 시설에서 운동 공간 및 기구 마련이 가능하도록 적극적인 지원을 아끼지 말아야 할 것이다.

청소년 활동 공간에 공기청정기가 마련되어 있는 시설은 전체 시설의 70.5%였다. 학교 밖 청소년 지원센터의 40.4%, 소년원의 75%, 내일이룸학교의 60%, 미인가 대안학교의 25%는 공기청정기가 마련되어 있지 않다. 최근 미세먼지의 악화로 인해 일선 교실에도 모두 공기청정기 및 미세먼지 측정장치 설치가 의무적으로 시행되도록 「학교보건법」이 개정되었다(국민일보, 2019.3.11).¹⁴⁹⁾ 이에 위

149) 국민일보(2019.3.11). 교실 공기청정기 설치 의무화된다. 교육위 '만장일치' 의결. <https://news.v.dau>

기청소년, 특히 학교 밖 청소년들을 지원하는 시설에서도 이에 준하는 환경을 조성할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

여자 청소년들을 위한 위생용품(생리대)을 제공하는 경우는 93.7%, 그 외에 칫솔·속옷·일회용 면도기 등 개인 위생용품을 제공하는 경우는 68.7%로 보고되었다. 여성용품의 경우는 남자 청소년만 있는 시설은 제외하고 산출한 수치이다. 보다 구체적인 시설유형을 보면 여성용품을 지원하지 않는 곳은 학교밖청소년지원센터(6.4%, 6개소)와 내일이룸학교(50%, 2개소)였으며 생활시설에서는 모두 생리대를 지원하였다.

기타 개인 위생용품의 경우는 숙식을 제공하는 경우는 거의 모든 시설에서 제공한다고 응답하였으나 회복지원시설 중 한 곳에서 그렇지 않다고 응답하였고 숙박서비스가 제공되지 않는 학교밖청소년지원센터의 경우는 42.3%가, 미인가 대안학교의 경우는 50%가 지원하지 않는다고 응답하였다. 일부 위기청소년들의 경우 개인적 상황에 따라 위생용품의 지원이 필요한 경우가 있을 수 있으므로 청소년들의 상황에 대한 면밀한 검토를 통해 부분적으로나마 지원을 하는 방안이 마련될 필요가 있다.

임신 진단 및 피임기구는 대부분의 시설 유형에서 제공한다는 응답률은 50%이하로 나타났는데 유독 일시·단기 청소년쉼터(각 90%, 57.1%)에서만 50%를 초과하였다. 전체적으로 지원하지 않는다는 응답률은 75.9%로 제공하는 시설보다 더 많았다. 이는 부분적으로 사회적 규범상 미성년 청소년에게는 성생활이 허용되지 않기 때문인 것으로 보인다. 그러나 청소년 대상 설문조사에서 이미 33.9%의 청소년이 성경험이 있는 것으로 나타났고 성경험이 있는 여자 청소년 중 7.4%가 임신 경험, 그리고 그 중 46.8%가 낙태 경험이 있는 것으로 밝혀졌다. 이에 위기청소년들이 이용하는 시설에서는 이를 필요로 하는 청소년들에게 보다 적극적으로 임신 진단 및 피임기구를 지원할 필요가 있다. 기관별 건강 관련 물품·비용

m.net/v/20190311220155213에서 2020년 9월 18일 인출

에 대한 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

○ 인력·기관 연계

인력·기관 연계에서는 다음과 같은 응답비율을 보였고(그림 V-21) 기관별 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다. 가장 먼저 학교 밖 청소년 건강검진 안내에 대해 살펴보았다. 청소년쉼터와 회복지원시설과 소년원, 내일이룸학교의 일부를 제외하고는 모두 학교 밖 청소년 건강검진에 대한 안내를 한다고 응답하였다(95.2%). 학교 밖 청소년이 이용하거나 생활하는 시설은 건강검진에 대한 적극적인 안내가 기본적으로 이루어져야 할 필요가 있다.

또한 시설들은 평균 31.2만 원 정도의 관련 예산을 책정하고 있었다. 시설별 예산 정도를 보면 청소년쉼터가 60~83.8만 원으로 가장 많은 예산을 투입하고 있었다. 반면 소년원이나 내일이룸학교, 미인가 대안학교는 이에 대한 예산이 없거나 매우 낮았는데 소년원은 자체적인 정기 건강검진이 이루어지기 때문인 것으로 보인다. 반면 내일이룸학교나 미인가 대안학교는 학교 밖 청소년들을 대상으로

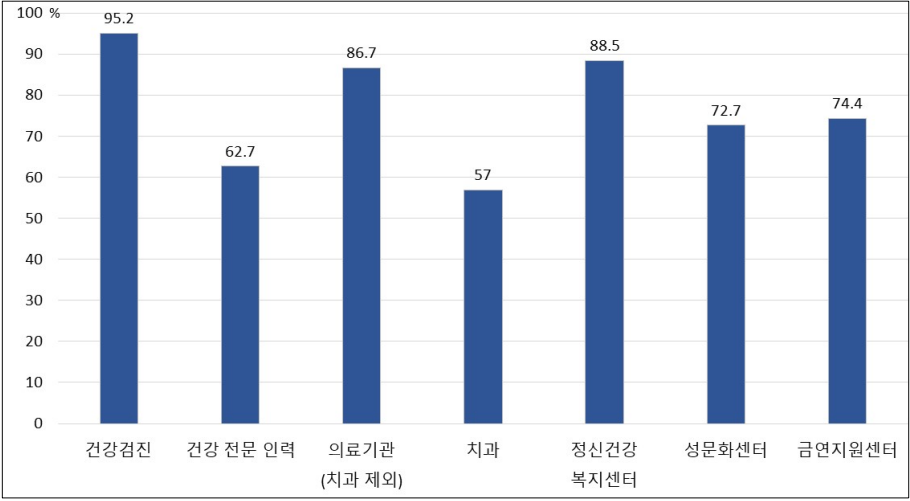


그림 V-21 건강 관련 인력·기관 연계율

하는 기관인 만큼 관련 예산 확보에 보다 적극적인 노력을 기울일 필요가 있다.

의사·간호사·간호조무사·보건교사 등 건강 전문인력과의 연계를 통한 의료상담이 이루어지고 있는 경우는 62.7%로 나타났다. 시설별 상황을 살펴보면 중장기쉼터 및 소년원을 제외하고는 연계가 이루어지지 않는 경우가 적지 않았다. 이와 더불어 의료기관 연계서비스를 살펴보면 치과를 제외한 의료기관의 연계는 86.7%, 치과와의 연계는 57%였다. 병원 및 보건소와의 연계는 대부분의 시설에서 이루어지고 있었으나 자립지원관 및 회복지원시설은 연계율¹⁵⁰⁾이 다소 떨어졌다. 참고로 의료비 지원, 의료기관이나 의료 전문인력과의 연계를 모두 제공하지 않는 시설은 총 9개소(학교밖청소년지원센터 6개소, 회복지원시설 2개소, 자립지원관 1개소)였다. 위기청소년들의 신체적 질환이나 질병의 치료에 사회적 지원이 필요한 바 의료기관이나 의료인력 연계, 의료비 지원은 반드시 제공될 필요가 있다.

한편 치과와의 연계는 의료기관 연계와 비교했을 때 대부분의 시설유형에서 그 비율이 상대적으로 낮았다. 앞서 청소년의 응답에서 응답자의 72.8%가 치과적 질환을 경험한 적이 있다는 응답에 비추어 볼 때 시설의 치과연계는 좀 더 적극적으로 이루어질 필요가 있다.

정신건강 복지센터 연계 서비스를 제공한다는 응답은 88.5%로 대부분의 시설에서 청소년 정신건강에 신경을 쓰고 있음을 알 수 있다. 이는 청소년들의 정신건강이 그다지 좋다고 말할 수 없는 청소년 응답경향에 대체로 상응하는 결과라 할 수 있다.

마지막으로 성문화센터와의 연계는 72.7%, 금연지원센터와의 연계는 74.4%였다. 이 역시 청소년들의 건강을 위해서 필요한 부분으로 자체적으로 질 좋은 프로그램을 갖추지 못한 시설에서는 보다 적극적으로 이러한 전문센터들과의 연계를 통해 청소년들에게 보다 효율적인 서비스 제공에 노력해야 할 것이다.

150) 이 경우 자립지원관 및 회복지원시설의 전체 응답 개소수가 적음에 유의해야 한다.

○ 정보 및 교육 제공

시설마다 청소년들에게 건강 관련 정보나 교육 프로그램을 어느 정도 제공하는지 살펴보았다(그림 V-22). 기관별 보다 자세한 통계수치는 기초분석보고서(별책 보고서)에 제시하였다.

먼저 영양 및 식습관과 관련해서는 57.6%가 정보를 제공한다고 응답하였다. 위기청소년들은 가정에서 영양이나 식습관에 대한 관리를 충분히 받지 못하고 스스로 챙겨야 하는 경우가 많으므로 이와 관련한 정보나 교육을 제공받는 것이 필요하다. 이에 교육 프로그램을 제공하는 것이 여의치 않은 시설에서는 안내책자나 온라인 동영상 등 관련 정보를 제공하는 데 보다 적극적이어야 할 것이다.

개인위생 및 청결과 관련해서는 70.9%가 관련 정보나 교육 프로그램을 제공한다고 응답하였다. 개인위생 및 청결에 대해서는 많은 경우 정보를 제공하고 있으나 학교밖청소년지원센터나 내일이룸학교는 그 비율이 상대적으로 낮았다. 그러나 관련 정보를 필요로 하는 청소년들이 있는 만큼 개별적으로라도 관련 정보를 안내할 필요가 있다.

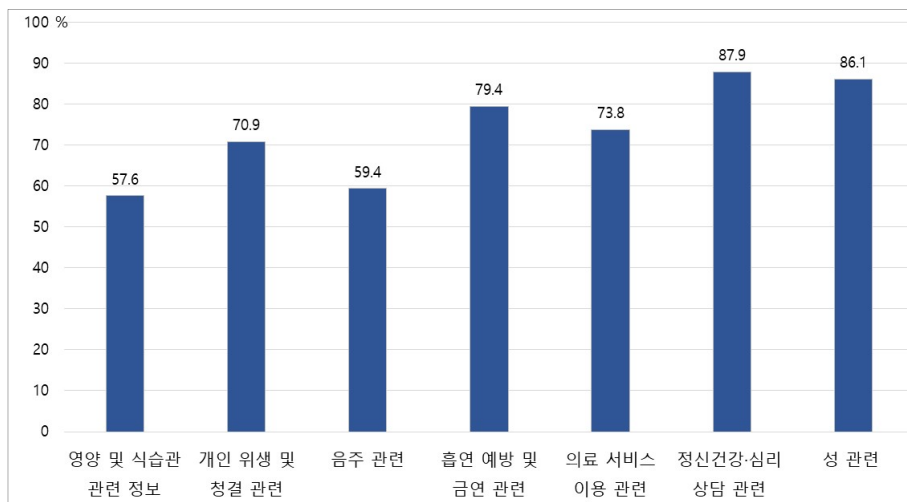


그림 V-22 건강 관련 정보 및 교육 프로그램 제공률

음주 또는 흡연과 관련해서는 각각 59.4%와 79.4%가 정보 및 교육을 제공한다고 응답하였다. 음주에 비해 흡연에 대한 긍정 응답률이 높은 이유는 부분적으로 음주에 대해서는 상대적으로 허용적인 사회분위기를 반영한 것으로 판단된다. 그러나 과도한 음주와 그에 따른 위험행동은 개인 뿐 아니라 사회적으로도 문제시 되는 상황이므로 보다 적극적인 정보 및 교육 제공이 필요하다.

의료서비스 이용에 대한 정보 및 교육 제공은 응답 시설의 73.8%가 하고 있었고 정신건강·심리 상담 관련해서는 87.9%가 정보 및 교육을 제공한다고 응답하였다. 정신건강 관련 정보 및 교육제공은 거의 대부분의 시설 유형에서 제공하고 있었으나 일부 학교밖청소년지원센터와 청소년쉼터에서 하지 않는다고 응답하였다. 참고로 정신건강 관련 연계 서비스나 정보·교육 제공을 모두 하지 않는 곳은 총 7개소(학교밖청소년지원센터 6개소, 일시쉼터 1개소)였다. 위기청소년들은 정신건강과 관련하여 취약한 측면이 많으므로 모든 기관에서는 연계서비스나 정보 및 교육을 제공할 필요가 있다. 의료 서비스 이용에 대한 정보 및 교육을 제공하지 않는 시설은 정신건강 관련 서비스 제공을 하지 않는 경우보다 좀 더 많았는데 이 역시 좀 더 주의를 기울일 필요가 있다. 특히 학교밖청소년지원센터 3곳과 회복지원시설 1곳은 의료 관련 연계는 물론 정보 및 교육제공도 없다고 응답한 점에 주목해야 한다.

성 관련 정보 및 교육 역시 대부분의 시설에서는 제공한다(86.1%)고 응답하였다. 앞서도 언급했듯이 위기청소년들은 일반 청소년에 비해 성경험률이 상당히 높고 그에 따라 위험률도 증가할 것으로 판단된다. 이에 위기청소년 대상 시설에서는 이와 관련한 정보 및 교육 제공에 대해 보다 적극적인 자세를 가질 필요가 있다.

이러한 결과를 앞서 청소년들의 응답률과 비교해 볼 때 실제 관련 정보나 교육을 받았다는 청소년의 응답률은 시설의 응답률에 비해 상당히 낮다. 이는 아마도 청소년들이 교육을 받았다 하더라도 기억을 하지 못하거나 시설이 정보나 교육을

제공하더라도 모든 청소년에게 개별적으로 일일이 제공하지 못하기 때문인 것으로 판단된다.

11) 건강의식 및 주관적 건강

(1) 건강에 대한 관심

청소년 본인과 보호자가 건강에 대해 얼마나 관심이 있는지를 질문하였다.

표 V-92 나(청소년)의 건강에 대한 관심 정도

(단위: %, 점)

구분		사례 수(명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증	
나의 부모 (보호 자)는 나의 건강 에 관심 이 있다	2019년 학생 ¹⁾		8,196	0.5	2.7	34.8	62.1	3.58	0.571	
	전체(위기청소년)		1,994	6.1	12.2	43.0	38.7	3.14	0.856	
	연령	19세 미만	1,559	4.1	11.5	43.2	41.1	3.21	0.804	6.354***
		19세 이상	435	13.3	14.5	42.3	29.9	2.89	0.983	
	일 경험	없음	1,167	4.3	10.5	41.3	44.0	3.25	0.809	6.664***
		있음	815	8.8	14.5	45.4	31.3	2.99	0.901	
	가정 밖	없음 ^a	1,319	3.0	7.9	41.8	47.3	3.34	0.747	91.855***
		한 달 미만 ^b	289	6.6	19.0	48.1	26.3	2.94	0.846	
	생활	1년 미만 ^c	215	10.2	23.7	46.5	19.5	2.75	0.886	
		1년 이상 ^d	142	27.5	21.8	36.6	14.1	2.37	1.036	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	877	1.6	7.5	43.3	47.5	3.37	0.692	54.946***
		한부모·조손 ^b	452	3.5	14.8	46.9	34.7	3.13	0.789	
		청소년 시설 ^c	525	13.0	15.0	40.0	32.0	2.91	0.991	
		기타 ^d	133	18.0	23.3	39.1	19.5	2.60	1.000	
경제 수준	상 ^a	294	2.7	5.4	34.0	57.8	3.47	0.723	95.534***	
	중 ^b	1,126	3.9	9.7	43.9	42.5	3.25	0.785		c<b<a
	하 ^c	573	12.2	20.6	46.1	21.1	2.76	0.922		

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

구분		사례 수(명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증	
나는 나의 건강 에 관심 이 있다	2019년 학생 ¹⁾		8,197	1.5	8.0	40.1	50.3	3.39	0.701	
	전체(위기청소년)		1,994	4.5	17.7	46.9	30.9	3.04	0.815	
	성별	남자	893	4.0	14.9	46.7	34.4	3.11	0.801	3.520***
		여자	1,101	4.8	20.0	47.0	28.2	2.99	0.821	
	재학 여부	재학 ^a	327	3.4	18.3	43.4	34.9	3.10	0.812	5.462** b<c
		비재학(고졸이하) ^b	1,000	5.3	19.0	47.5	28.2	2.99	0.827	
		고교졸업 ^c	611	3.6	15.2	47.5	33.7	3.11	0.788	
	일 경험	없음	1,167	3.9	15.6	48.1	32.4	3.09	0.794	3.026**
		있음	815	5.3	20.7	45.0	29.0	2.98	0.842	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,319	2.7	14.4	47.0	35.9	3.16	0.764	30.765*** d,b,c<a
		한 달 미만 ^b	289	8.3	23.9	46.0	21.8	2.81	0.870	
		1년 미만 ^c	215	6.5	25.1	48.8	19.5	2.81	0.822	
		1년 이상 ^d	142	11.3	26.1	40.8	21.8	2.73	0.930	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	877	3.0	14.4	47.9	34.8	3.14	0.768	14.849*** d<b<a
		한부모·조손 ^b	452	6.0	20.1	47.1	26.8	2.95	0.841	
		청소년 시설 ^c	525	4.8	17.9	46.1	31.2	3.04	0.826	
		기타 ^d	133	8.3	31.6	42.1	18.0	2.70	0.862	
	경제 수준	상 ^a	294	1.0	15.3	39.5	44.2	3.27	0.752	49.103*** c<b<a
		중 ^b	1,126	3.6	14.2	49.0	33.2	3.12	0.776	
		하 ^c	573	8.0	25.8	46.6	19.5	2.78	0.852	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

2) * α .05, ** α .01, *** α .001

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

그 결과 81.7%의 청소년이 부모(보호자)가 자신의 건강에 관심이 있다고 응답하였고 청소년의 77.8%가 본인의 건강에 관심이 있다고 응답하였다. 2019년에 조사한 학생 청소년들은 보호자의 관심을 96.9%, 본인의 관심을 90.4%로 응답하여 학생 청소년의 응답과 10%p 이상 차이를 보였다.

위기청소년의 22.2%는 본인의 건강에 관심이 없다고 하였다. 특히 가정 밖 생활 경험이 있는 청소년들(한 달 미만 32.2%, 1년 미만 31.6%, 1년 이상 37.4%)

과 기타 유형 거주 청소년(39.9%), 경제수준이 낮은 청소년(33.8%)에게서 그 비율이 더 높았다. 또한 조사대상 청소년의 18.3%는 보호자가 자신의 건강에 관심이 없다고 생각하고 있었는데 특히 가정 밖 생활 경험이 있는 청소년(1년 미만 33.9%, 1년 이상 49.3%), 기타 유형 거주 청소년(41.3%), 경제수준이 낮은 청소년(32.8%)의 보호자가 청소년의 건강에 관심이 없는 것으로 나타났다. <표 V-92>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

건강에 대한 관심은 바람직한 건강행동과 건강수준의 향상으로 이어진다. 건강에 대한 관심은 건강증진행위에 직접효과가 있고(박순주, 이영혜, 2016) 건강관심도가 높을수록 건강증진행위를 많이 하는 것으로 알려져 있다(윤치근, 2005). 따라서 청소년들과 보호자가 건강에 보다 관심을 가질 수 있는 여건을 마련하고 지원할 필요가 있다.

(2) 자신의 건강 돌봄

청소년들이 자신의 건강을 얼마나 돌보고 있는지를 긍정(그런 편이다 또는 매우 그렇다) 응답 기준으로 살펴보면 다음과 같다. 우선 건강을 위해 좋은 음식을 섭취하려고 하는 청소년은 77.8%, 아프면 병원에 간다는 청소년은 71.5%, 평소보다 몸 상태가 안 좋으면 쉬는다는 응답을 한 청소년은 74.8%였다.

하위집단별 차이를 살펴본 결과에 따르면 대체로 일 경험이 있는 청소년, 가정밖 생활 경험 1년 이상 청소년, 기타 유형에 거주하는 청소년, 경제수준이 낮은 청소년들이 자신의 건강을 돌보는 데 소극적인 경향을 보였다. 한편 성별로는 건강을 위해 좋은 음식을 섭취하려는 경향은 남자에게서, 평소보다 몸 상태가 안 좋으면 쉬는 경향은 여자에게서 더 높았다. <표 V-93>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

표 V-93 자신의 건강 돌봄 정도

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증	
좋은 음식 섭취	전체(위기청소년)	1,994	4.5	17.7	46.9	30.9	3.04	0.815	3.520***	
	성별	남자	893	4.0	14.9	46.7	34.4	3.11		0.801
		여자	1,101	4.8	20.0	47.0	28.2	2.99		0.821
	재학 여부	재학 ^a	327	3.4	18.3	43.4	34.9	3.10	0.812	5.462** b<c
		비재학(고졸이하) ^b	1,000	5.3	19.0	47.5	28.2	2.99	0.827	
		고교졸업 ^c	611	3.6	15.2	47.5	33.7	3.11	0.788	
	일 경험	없음	1,167	3.9	15.6	48.1	32.4	3.09	0.794	3.026**
		있음	815	5.3	20.7	45.0	29.0	2.98	0.842	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,319	2.7	14.4	47.0	35.9	3.16	0.764	30.765*** d,b,c<a
		한 달 미만 ^b	289	8.3	23.9	46.0	21.8	2.81	0.870	
		1년 미만 ^c	215	6.5	25.1	48.8	19.5	2.81	0.822	
		1년 이상 ^d	142	11.3	26.1	40.8	21.8	2.73	0.930	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	874	5.9	29.2	48.9	16.0	2.75	0.792	6.457*** d<a,c
		한부모·조손 ^b	451	7.8	32.4	45.7	14.2	2.66	0.815	
		청소년 시설 ^c	525	4.4	28.0	48.8	18.9	2.82	0.783	
		기타 ^d	133	8.3	39.1	44.4	8.3	2.53	0.765	
	경제 수준	상 ^a	294	4.4	23.8	46.9	24.8	2.92	0.812	24.907*** c<b<a
		중 ^b	1,123	5.3	28.1	50.4	16.2	2.78	0.777	
		하 ^c	572	8.6	37.8	43.4	10.3	2.55	0.791	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

구분			사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
아프면 병원 감	전체(위기청소년)		1,991	4.8	23.7	46.7	24.8	2.92	0.818	
	일 경험	없음	1,166	3.5	21.2	48.3	27.0	2.99	0.789	4.646***
		있음	813	6.6	27.1	44.6	21.6	2.81	0.848	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,317	3.3	21.3	48.5	26.9	2.99	0.783	14.635*** d<a
		한 달 미만 ^b	289	6.2	27.3	41.5	24.9	2.85	0.867	
		1년 미만 ^c	214	7.5	30.4	45.8	16.4	2.71	0.828	
		1년 이상 ^d	142	12.0	29.6	41.5	16.9	2.63	0.903	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	875	3.9	22.1	51.0	23.1	2.93	0.777	3.388* d<b,a,c
		한부모·조손 ^b	452	5.8	24.3	41.8	28.1	2.92	0.866	
		청소년 시설 ^c	524	4.2	24.4	44.7	26.7	2.94	0.823	
		기타 ^d	133	9.8	28.6	43.6	18.0	2.70	0.879	
	경제 수준	상 ^a	294	5.4	24.8	40.1	29.6	2.94	0.872	7.618*** c<a,b
		중 ^b	1,124	3.8	21.0	49.9	25.3	2.97	0.784	
		하 ^c	572	6.3	28.5	43.7	21.5	2.80	0.845	
전체(위기청소년)			1,988	4.2	21.0	51.4	23.4	2.94	0.781	
몸 상태 안 좋으면 싫	성별	남자	891	5.3	24.6	48.7	21.4	2.86	0.808	-3.951***
		여자	1,097	3.4	18.0	53.5	25.1	3.00	0.753	
	일 경험	없음	1,163	3.4	18.9	52.8	24.8	2.99	0.759	3.487**
		있음	813	5.4	24.2	48.8	21.5	2.86	0.810	
	가정 밖 생활	없음 ^a	1,315	3.2	17.3	54.0	25.6	3.02	0.746	17.964*** d<a
		한 달 미만 ^b	288	4.2	25.0	50.0	20.8	2.88	0.782	
		1년 미만 ^c	215	6.5	32.6	45.1	15.8	2.70	0.812	
		1년 이상 ^d	141	10.6	31.9	37.6	19.9	2.67	0.915	
	현재 거주 유형	양부모 ^a	873	3.3	18.7	53.0	25.0	3.00	0.755	8.578*** d<a=b
		한부모·조손 ^b	452	3.8	18.8	50.9	26.5	3.00	0.778	
		청소년 시설 ^c	524	5.0	25.4	49.2	20.4	2.85	0.797	
		기타 ^d	132	9.1	25.8	50.0	15.2	2.71	0.834	
	경제 수준	상 ^a	293	4.1	21.8	43.7	30.4	3.00	0.830	3.042* c<a
		중 ^b	1,122	3.8	19.3	54.4	22.5	2.96	0.755	
		하 ^c	572	5.1	23.8	49.5	21.7	2.88	0.802	

* 주: 1) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

표 V-94 자신의 건강에 대한 관심 여부와 건강 돌봄 정도 간의 관계

구분		건강에 대한 관심			F 검증
		있다	없다	계	
좋은 음식 섭취	사례 수(명)	1,548	442	1,990	203.224***
	평균(점)	1.71	1.36	1.64	
	표준편차	0.452	0.481	0.481	
아프면 병원 감	사례 수(명)	1,549	442	1,991	144.313***
	평균(점)	1.78	1.50	1.72	
	표준편차	0.416	0.501	0.451	
몸 상태 안 좋으면 쉽	사례 수(명)	1,546	442	1,988	82.344***
	평균(점)	1.79	1.59	1.75	
	표준편차	0.404	0.493	0.434	

* 주: 1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

청소년의 자신의 건강에 대한 관심 여부와 건강 돌봄 정도 간의 관계에 대해 일원변량분석(ANOVA)을 통해 살펴보았다. 그 결과 건강에 관심이 있는 청소년들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 자신의 건강을 돌보는 경향이 높게 나타났다(표 V-94). 이는 앞서 언급하였듯이 건강에 대한 관심도가 높을수록 건강증진행위를 하는 경향이 증가한다는 연구결과(윤치근, 2005)와도 일치하는 것이다.

(3) 주관적 건강상태

자신의 신체적 건강상태에 대한 응답자들의 평균은 3.09점으로 긍정적인 경향을 보였다. 하위집단별로 보면 여자보다는 남자가, 19세 이상보다는 19세 미만이, 학교에 재학 중인 경우가 그렇지 않은 경우보다, 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우가 그렇지 않은 경우보다, 가정이나 청소년 시설에서 생활하는 경우가 기타 거주지에서 생활하는 경우보다, 마지막으로 경제수준이 중(中) 이상인 경우가 하(下)인 경우보다 평균이 높았다. 한편 일 경험 여부나 지역규모에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 참고로 통계적 검증이 이루어지지 않는 않았으나 작년에 실시한 학생 집단과 비교해 보면 학생 집단의 평균은 3.37점으로 위기청소년에

비해 그 점수가 높았다. <표 V-95>에서는 통계적으로 유의한 수준에서 하위집단별 차이를 보인 결과만을 제시하였다.

자신의 정신적 건강상태에 대한 응답자들의 평균은 3.02점으로 신체적 건강에 대한 점수보다는 다소 낮았으나 비교적 긍정적인 경향을 보였다. 하위집단별로 보면 여자보다는 남자 청소년에게서, 19세 이상보다는 19세 미만에게서, 학교에

표 V-95 신체적 건강에 대한 주관적 인식

(단위:%, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,198	0.7	7.1	47.1	45.2	3.37	0.644	
전체(위기청소년)		1,992	2.4	16.5	51.0	30.1	3.09	0.745	
성별	남자	893	0.8	13.1	49.7	36.4	3.22	0.693	7.124***
	여자	1,099	3.7	19.2	52.0	25.0	2.98	0.769	
연령	19세 미만	1,558	2.3	15.3	50.1	32.3	3.12	0.744	4.074***
	19세 이상	434	2.8	20.7	54.1	22.4	2.96	0.736	
재학 여부	재학 ^{a)}	327	1.8	12.5	48.0	37.6	3.21	0.729	7.144** c,b<a
	비재학(고졸이하) ^{b)}	998	2.5	16.5	50.7	30.3	3.09	0.749	
	고교졸업 ^{c)}	611	2.6	18.8	52.4	26.2	3.02	0.745	
가정 밖 생활	없음 ^{a)}	1,317	2.1	14.7	50.7	32.5	3.14	0.732	10.657*** d<c,b,a
	한 달 미만 ^{b)}	289	2.1	17.0	52.6	28.4	3.07	0.730	
	1년 미만 ^{c)}	215	3.3	19.5	52.6	24.7	2.99	0.758	
	1년 이상 ^{d)}	142	5.6	28.2	47.2	19.0	2.80	0.812	
현재 거주 유형	양부모 ^{a)}	876	2.2	14.4	52.7	30.7	3.12	0.724	8.159*** d<b,a,c
	한부모·조손 ^{b)}	451	1.8	21.1	51.0	26.2	3.02	0.738	
	청소년 시설 ^{c)}	525	2.5	13.9	49.0	34.7	3.16	0.749	
	기타 ^{d)}	133	5.3	25.6	48.1	21.1	2.85	0.812	
경제 수준	상 ^{a)}	294	1.7	12.6	43.9	41.8	3.26	0.740	33.682*** c<b,a
	중 ^{b)}	1,125	1.6	13.8	52.9	31.7	3.15	0.706	
	하 ^{c)}	572	4.4	23.8	50.9	21.0	2.88	0.781	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

재학 중인 경우가 고등학교를 졸업한 경우보다, 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우보다 없는 경우가 자신의 정신건강에 대해 더 긍정적이었다. 또한 양부모 가정이나 청소년 시설에서 생활하는 청소년들이 기타 거주 유형에 있는 청소년보다, 그리고 가정의 경제수준 높을수록 긍정적인 응답을 하였다. 이 문항에서도 역시 일 경험이나 거주지역 규모에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

표 V-96 정신적 건강에 대한 주관적 인식

(단위:%, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,149	1.3	7.7	44.4	46.7	3.37	0.679	
전체(위기청소년)		1,977	4.5	18.3	47.6	29.6	3.02	0.810	
성별	남자	885	2.9	14.1	47.6	35.4	3.15	0.768	6.482***
	여자	1,092	5.7	21.7	47.7	24.9	2.92	0.829	
연령	19세 미만	1,546	3.8	18.0	46.7	31.5	3.06	0.803	3.657***
	19세 이상	431	6.7	19.5	51.0	22.7	2.90	0.826	
재학 여부	재학 ^{a)}	322	3.7	16.8	44.7	34.8	3.11	0.810	3.619* c<a
	비재학(고졸이하) ^{b)}	993	4.3	17.7	47.8	30.1	3.04	0.807	
	고교졸업 ^{c)}	609	5.1	20.4	47.9	26.6	2.96	0.820	
가정 밖 생활	없음 ^{a)}	1,311	3.1	16.4	47.7	32.8	3.10	0.777	15.858*** d<a
	한 달 미만 ^{b)}	286	6.3	22.7	47.6	23.4	2.88	0.838	
	1년 미만 ^{c)}	212	6.1	19.3	50.0	24.5	2.93	0.826	
	1년 이상 ^{d)}	141	11.3	25.5	44.7	18.4	2.70	0.900	
현재 거주 유형	양부모 ^{a)}	868	3.6	17.6	47.8	31.0	3.06	0.791	2.976* d<c,a
	한부모·조손 ^{b)}	451	3.8	20.4	48.6	27.3	2.99	0.793	
	청소년 시설 ^{c)}	522	5.7	16.7	46.4	31.2	3.03	0.842	
	기타 ^{d)}	129	7.8	21.7	48.8	21.7	2.84	0.852	
경제 수준	상 ^{a)}	292	2.4	13.4	42.8	41.4	3.23	0.769	49.459*** c<b<a
	중 ^{b)}	1,117	3.4	14.5	50.1	32.0	3.11	0.768	
	하 ^{c)}	567	7.6	28.4	45.1	18.9	2.75	0.846	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

통계적 검증이 이루어지지지는 않았으나 작년에 실시한 학생 집단과 비교해 보면 학생 집단의 평균은 3.37점으로 위기청소년에 비해 그 점수가 높았다(표 V-96).

신체적 건강과 정신적 건강에 대한 인식을 비교해 보면 응답자들은 정신적 건강(3.02점)보다는 신체적 건강(3.09점)을 더 긍정적으로 인식하고 있다. 이는 응답자들의 정신적 건강이 더 취약할 수 있음을 의미한다. 또한 표로 제시하지는 않았으나 신체적 건강과 정신적 건강 간의 관계를 살펴보고자 회귀분석을 실시한 결과 두 변인 간에는 통계적으로 유의한 수준($F(1, 1974)=1068.035, p<.001, R^2=.35$)에서 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 신체적 건강을 긍정적으로 인식할수록 정신적 건강도 긍정적으로 인식하는 경향을 보였다. 한편 하위집단별 신체적, 정신적 건강에 대한 인식은 가정 밖 생활이 일 년 이상인 경우에서 모두 더 부정적인 경향을 보였으나 시설에 거주하는 경우는 양부모 가정에 거주하는 경우와 크게 다르지 않았다. 이러한 결과에 따라 장기간의 가정 밖 생활은 청소년 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있으나 청소년 시설에서 보호받는다면 이러한 부정적인 상황이 다소 완화될 수 있음을 가정할 수 있다.

실제 청소년들의 실제 건강문제와 건강에 대한 인식 간의 관계를 살펴보았다. 그 결과 청소년들이 응답한 신체적 증상의 총점과 신체적 건강에 대한 인식 간의 관련성($F(1, 1054)=219.936, p<.001, R^2=.17$), 그리고 청소년들이 응답한 정신적 어려움의 총점과 정신적 건강에 대한 인식 간의 관련성($F(1, 1959)=1365.961, p<.001, R^2=.41$)에서 모두 통계적으로 유의한 수준에서 관련이 있었다. 두 관련성에 대한 비표준화 계수를 보면 정신건강($\beta = -.641$) 계수가 신체건강($\beta = -.416$) 계수보다 높아 실제 정신건강과 정신건강에 대한 인식 간 관련성이 신체건강보다 좀 더 명확한 경향을 보였다(표 V-97). 이러한 결과를 바탕으로 청소년들의 건강에 대한 인식을 다시 한 번 주목할 필요가 있다. 즉 청소년들은 실제 건강과 건강에 대한 인식에 차이를 보일 수 있는데 이는 신체적 영역에서 그 경향이 더 강하게

표 V-97 건강에 대한 인식과 실제 증상에 대한 회귀분석 결과

N=1,055

변인	신체적 건강에 대한 인식(DV)	실제 신체적 증상	B	β
(상수)			5.286***	
신체적 증상	-.416***		-.089***	-.416
평균	2.99	25.78		$R^2 = .173^{***}$
표준편차	.769	3.59		교정된 $R^2 = .172^{***}$
				$R = .416^{***}$

N=1,960

변인	정신적 건강에 대한 인식(DV)	실제 정신적 어려움	B	β
(상수)			4.373***	
정신적 어려움	-.641***		-.097***	-.641
평균	3.02	13.99		$R^2 = .411^{***}$
표준편차	.811	5.39		교정된 $R^2 = .411^{***}$
				$R = .641^{***}$

* 주: 1) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

나타날 수 있다. 청소년들은 신체적으로 어려움을 겪더라도 자신이 신체적으로 건강하다고 인식하는 경우가 적지 않을 수 있다는 것이다.

(4) 건강권 보장

조사대상 청소년들의 85.2%가 실생활에서 건강권이 보장되고 있는가에 대한 질문에 긍정 응답(그런 편이다 또는 매우 그렇다)을 하였다. 이는 2019년에 조사한 학생 청소년의 87.6%보다는 조금 낮은 수치이다. 하위집단별로는 19세 미만 청소년, 재학 청소년, 일 경험이 없는 청소년, 가정 밖 생활 경험이 없을수록, 양부모 가정 청소년, 경제수준이 높을수록 건강권 보장 정도를 높게 평가하였다. 반대로 건강권 보장 정도를 낮게 평가한 집단은 비재학 청소년, 가정 밖 생활 경험 1년 이상, 기타 유형 거주 청소년, 경제수준이 낮은 청소년이다(표 V-98).

표 V-98 내 건강권은 실생활에서 보장되는지 여부

(단위: %, 점)

구분		사례 수 (명)	①	②	③	④	평균	표준편차	t/F 검증
2019년 학생 ¹⁾		8,170	1.6	10.8	57.5	30.1	3.16	0.669	
전체(위기청소년)		1,994	2.4	12.4	55.3	29.9	3.13	0.708	
연령	19세 미만	1,559	1.7	11.4	54.5	32.5	3.18	0.690	5.900***
	19세 이상	435	4.6	16.3	58.4	20.7	2.95	0.744	
재학 여부	재학 ^{a)}	327	2.1	8.3	53.2	36.4	3.24	0.690	6.525** b<a
	비재학(고졸이하) ^{b)}	1,000	2.4	14.6	55.2	27.8	3.08	0.717	
	고교졸업 ^{c)}	611	2.0	11.0	56.3	30.8	3.16	0.687	
일 경험	없음	1,167	1.9	10.4	53.9	33.8	3.20	0.692	5.218***
	있음	815	3.1	15.3	57.3	24.3	3.03	0.720	
가정 밖 생활	없음 ^{a)}	1,319	1.5	9.2	52.7	36.6	3.24	0.678	41.204*** d<b<a
	한 달 미만 ^{b)}	289	2.8	16.3	60.2	20.8	2.99	0.695	
	1년 미만 ^{c)}	215	3.3	21.4	61.9	13.5	2.86	0.679	
	1년 이상 ^{d)}	142	7.7	21.1	58.5	12.7	2.76	0.771	
현재 거주 유형	양부모 ^{a)}	877	1.3	8.1	54.2	36.5	3.26	0.655	31.760*** d<b<a
	한부모·조손 ^{b)}	452	3.5	18.1	54.2	24.1	2.99	0.752	
	청소년 시설 ^{c)}	525	1.9	11.0	59.2	27.8	3.13	0.670	
	기타 ^{d)}	133	7.5	27.1	51.1	14.3	2.72	0.801	
경제 수준	상 ^{a)}	294	1.0	7.1	45.6	46.3	3.37	0.662	75.366*** c<b<a
	중 ^{b)}	1,126	1.6	8.7	57.1	32.6	3.21	0.659	
	하 ^{c)}	573	4.5	22.5	56.9	16.1	2.84	0.738	

* 주: 1) 이는 전년도 연구인 「청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구」에서 제시한 수치이다.

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

3) ① 전혀 그렇지 않다, ② 그렇지 않은 편이다, ③ 그런 편이다, ④ 매우 그렇다

앞서도 누누이 언급했듯이 건강권은 단순히 질병을 예방하거나 질병 발생 시 치료를 받을 수 있는 권리에서 한 걸음 더 나아가 도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 보장받을 수 있는 권리이다. 그러나 청소년들의 응답을 종합적으로 고려해 보건데 설문에 응한 위기청소년들이 진정한 의미의 건강권을 충분히 보장받고 있다고 보기 어려울 것으로 추측할 수 있다. 특히 건강권 보장 정도가 낮다고

응답한 청소년들은 최소한의 의료서비스 접근성 보장 정도도 낮을 가능성이 높다. 이에 위기청소년의 의료 접근성을 비롯하여 전반적인 건강권을 향상시키기 위해 서는 다양한 방안이 강구될 필요가 있다.

3. 요약 및 정책적 시사점

위기청소년 1,994명의 설문지와 종사자 166명의 설문지를 분석한 결과를 요약 하면 다음과 같다.

1) 건강행동 및 실태에 대한 주요 결과

첫째 위기청소년들의 평균 수면시간은 8시간 15분이었다. 그러나 밤낮이 바뀌거나 새벽에 잠자리에 드는 경우, 불면증을 호소하는 경우가 적지 않았다. 한편 응답자의 절반 이상이 수면시간이 부족하다고 응답하였지만 이들의 평균 수면시간이 8시간 이상으로 나타났고 수면 부족의 주된 이유로는 동영상·만화보기·채팅·문자메시지·SNS·게임 등 컴퓨터나 휴대폰 등의 이용이었다. 이같은 결과는 청소년들이 불규칙한 생활로 인해 신체리듬이 깨지면서 수면의 질이 담보되기 어려운 경향이 있음을 시사한다.

둘째 영양 및 식습관에 대한 응답결과에 따르면 위기청소년들은 건강하지 못한 형태로 식생활을 하는 경향을 보인다. 특히 남자보다는 여자가, 재학 청소년보다는 비재학 및 고졸 청소년들이, 일 경험이 있거나 가정의 경제수준이 낮은 경우, 가정이나 시설에 거주하지 않는 경우에 더욱 그러하였다. 이에 반해 학교나 가정, 시설 청소년 등과 같이 일정 수준 이상의 사회적 지원을 받는 청소년들은 상대적으로 건강한 식생활을 하고 있었다. 한편 최근 12개월 동안 영양 및 식습관에 대한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있다고 응답한 청소년들(24%)은 그렇지 않은 청소년들에 비해 더 바람직한 식습관을 보였다.

셋째 신체활동 실천율을 보면 여자 청소년과 저소득층 청소년들은 신체활동이 상대적으로 적었다. 시설 거주 청소년들은 신체활동 실천율이 비교적 높았으나 일시쉼터와 같이 청소년 복지시설을 이용하지만 사회적 안전망에서 다소 빗겨나 있는 청소년들의 신체활동률은 높지 않았다.

넷째 양치, 목욕이나 샤워, 손 씻기 등 개인위생 및 청결 행동은 비교적 양호하였다. 뿐만 아니라 미세먼지가 심한 날의 행동이나 코로나19에 대한 대처 행동에서도 대개의 청소년들은 비교적 바람직한 행동을 하였다. 그러나 남자 청소년, 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 경험이 한 달 이상 1년 미만인 청소년, 기타 유형에 거주하는 청소년들은 그렇지 않은 집단에 비해 미세먼지나 코로나19에 대한 대처 행동이 상대적으로 미흡하였다. 덧붙여 생리용품이 필요한 위기청소년들 중 생리대 부족으로 곤란했던 적이 있었다는 응답은 18.5%로 지난 해 학생 조사에서 나타난 응답률(40.6%)에 비해 현저히 낮았고 그 중에서도 경제적 어려움으로 생리대를 사지 못했기 때문이라는 응답은 소수(생리용품이 필요한 청소년의 2.4%)였다. 이는 부분적으로는 아마도 최근 수행 중인 생리대 바우처 지원 사업에 힘입은 바로 추측된다.

다섯째 유해물질과 관련하여 청소년들의 음주·흡연 경험률은 낮지 않았고 특히 19세 미만 청소년 중에도 음주·흡연을 경험한 경우가 상당한 비율을 차지하였다. 음주 후에는 위험행동을 하는 경우가 적지 않았는데 19세 미만 학생이나 비재학 청소년의 경우에 더욱 그러하였다. 특히 비재학 청소년들은 학생에 비해 음주 운전 관련이나 시비 경험 등 반사회적 행동을 한 경우가 더 많았다. 또한 청소년들의 음주일수가 증가할수록 음주 후 위험행동 경향도 높아졌다. 또한 흡연에 대한 교육이나 정보 제공을 받은 경험(39.6%)에 비해 음주에 대한 교육이나 정보 제공을 받은 경험(31.5%)이 적었는데 이는 음주에 대해 상대적으로 관대한 사회적 분위기를 반영하는 것이라 할 수 있다.

여섯째 신체건강과 관련하여 위기청소년들은 다양한 신체적 증상 및 질환을 호소하였다. 하위집단별 차이를 보면 대체로 남자보다는 여자 청소년에게서, 일

경험이 있을수록, 가정 밖 생활을 경험했거나 그 기간이 길수록, 그리고 거주환경이나 경제수준이 열악할수록 건강상의 문제를 경험하는 경우가 많았다. 이러한 결과는 전반적인 생활환경이 열악할수록 건강하지 못함을 시사한다. 참고로 시설 종사자들은 청소년들의 구강 관련 문제를 상대적으로 심각하게 인식하였다. 그 다음으로 성 질환과 눈 건강에 대한 문제를 심각하게 생각하였고 신체적 외상이나 성인병에 대한 문제를 언급하기도 하였다. 이에 더하여 청소년들이 자기보고식으로 제시한 신장과 체중을 바탕으로 비만율을 측정한 결과 이들의 비만율이 낮지 않았다. 비만율이 높다는 것은 그만큼 건강에 문제가 있을 가능성도 높다고 볼 수도 있다는 점에 주목할 필요가 있다.

또한 청소년들은 신체적 증상이나 질환이 있음에도 의료서비스를 받지 않는 경우가 적지 않았는데 이는 본인이 증상을 심각하게 인식하지 않거나 진료를 귀찮아 하기 때문인 경우가 대부분이었다. 이는 청소년들이 자신의 건강에 관심을 충분히 기울이지 않고 있음을 시사하는 것이기도 하다. 한편 일 경험이 있거나 가정이나 시설에서 생활하지 않을수록, 가정 밖 생활이 길어질수록, 그리고 경제수준이 낮을수록 돈이 없거나 시간이 맞지 않아 병의원을 찾지 않았다는 응답률이 높게 나타났다.

신체건강과 건강행동 간의 관련성을 살펴본 결과, 자기 돌봄, 식습관, 신체활동, 씻기 등 바람직한 건강행동을 하는 경우는 신체적 건강이 양호한 경향을 보였다. 반대로 음주 및 흡연 경험률의 증가는 신체적 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

일곱째 정신건강과 관련하여 위기청소년들은 정신건강에서 취약한 경향을 드러내었다. 특히 남자보다는 여자 청소년들이, 그리고 가출이나 학교 밖 경험이 있고 양부모 가정이 아닌 경우나 경제적 수준이 낮은 경우 등 생활환경이 열악할수록 더욱 그러하였다.

정신건강과 건강행동 간의 관련성을 살펴본 결과, 자기 돌봄, 식습관, 씻기 등과 정적 관련성을 보였다. 자기 돌봄이나 위생관리, 식습관의 정도를 자기관리의 척

도로 가정한다면 자신에 대한 관리와 정신건강 간에는 밀접한 관련이 있음을 시사하는 결과라 할 것이다. 또한 신체적 건강과 정신적 건강 간의 관련성을 살펴본 결과 두 변인 간에는 밀접한 관련이 있었다.

한편 많지는 않지만 정신적 어려움이 있고 본인의 의사가 있음에도 불구하고 부모의 동의를 얻지 못하여 치료 및 상담의 기회를 놓친 경우, 그리고 “별 효과가 없을 것 같아서” 치료 및 상담을 받지 않았다는 응답을 주목해 볼 필요가 있다. 후자의 경우는 심리검사를 받기에 경제적 부담을 크게 느낄 수 있는 집단에서 특히 응답률이 높았음에 비추어 볼 때 이는 비용 대비 효과가 적다는 의미도 포함될 수 있음을 추측해 볼 수 있다. 이에 경제적 부담을 느낄 수 있는 이들을 대상으로 저비용에 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다. 이와 관련하여 종사자들 중 70% 이상이 청소년들의 정신건강은 문제가 있다고 응답하였고 관련 서비스를 제때 받지 못하고 있다는 응답은 30.9%로 나타났다.

여덟째 성 건강과 관련하여 위기청소년들은 성경험 및 관련 질환 위험도가 더 높았으나 그에 비해 성교육이나 관련 정보를 제공받은 적이 있는 청소년은 절반 이하로 나타났다. 특히 학교를 다니지 않거나 청소년 시설에 거주하지 않는 청소년들은 그만큼 성 건강 관련 교육을 받을 기회가 적었다.

2) 건강 환경에 대한 주요 결과

첫째 사회적 자원을 살펴보면 위기청소년들은 10명 중 8명 정도 또는 그 이상의 청소년들이 아프거나 힘들 때 도움을 받을 수 있는 가족, 친구, 선생님, 기관이 있다고 응답하였다. 그러나 가족보다는 친구나 선생님의 도움에 더 많이 의존하는 경향을 보였다. 한편 아프거나 힘들 때 주변에 도움을 청하지 않고 혼자 버틴다는 응답도 절반 이상으로 나타나 주변의 도움을 받을 수 있어도 청하지는 않으려는 경향을 드러내기도 하였다.

둘째 거주지 환경을 살펴보면 10명 중 약 1~2명 정도는 채광, 온도, 환기, 사생활 보호가 잘 되지 않는 곳에서 거주하였으며 20명 중 1~2명 정도는 세면시설, 화장실, 옷과 침구, 식품에 대한 위생 정도가 좋지 않은 곳에서 생활하고 있었다. 청소년들이 처한 주거환경이 열악할수록 이들의 신체 및 정신적 건강도 좋지 않았는데 신체적 건강보다는 정신적 건강이 더 밀접한 관련성을 보였다.

셋째 위기청소년들의 34%는 가출 경험이 있었고 가출 시 끼니와 잠자리 해결이 가장 큰 문제로 나타났다. 이들의 가출 생활은 그 기간이 길어질수록 열악하였다. 또한 여자보다는 남자가 더욱 열악한 환경에 처할 가능성이 높았는데 이는 남자들이 여자에 비해 거친 장소에서 생활하는 경우가 많기 때문인 것으로 추측된다. 또한 가정 밖에서 생활하더라도 가정의 경제적 수준이 여유로운 경우보다 그렇지 못한 경우 청소년들은 더욱 열악한 환경에 처할 가능성이 높았다. 이는 가정의 경제적 수준이 가출 당시 청소년들의 경제적 수준에 영향을 미치기 때문인 것으로 판단된다. 가출 시 생활환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강이 좋지 않았는데 거주환경에서 나타난 결과와는 다르게 신체적 건강과 더 밀접한 관련을 보였다.

한편 시설에 거주하는 청소년들의 전반적인 건강상태 및 거주환경은 양부모 가정의 청소년들과 비슷하게 양호한 상태로 나타났다. 이러한 결과를 앞서 가출 시 생활환경 결과와 종합해본다면 청소년들이 가정 밖 생활을 시작하거나 그 기간이 길어질수록 생활환경은 열악해지고 건강상태도 나빠지지만 이후라도 청소년 시설에 진입한다면 그러한 열악한 상태에서 어느 정도 벗어날 수 있음을 시사한다.

넷째 응답 청소년들의 약 41%는 근로 경험이 있었는데 이들의 근로환경을 살펴보면 대체로 양호했다. 하지만 항목에 따라 10명 중 1~3명 정도는 열악한 환경에서 근로를 경험한 것으로 나타났다. 근로환경이 열악할수록 청소년들의 신체 및 정신적 건강이 좋지 않았는데 특히 가출 시 생활환경과 마찬가지로 신체적 건강과 더 밀접한 관련을 보였다.

다섯째 19세 미만 학교 밖 청소년을 대상으로 학교 밖 청소년 건강검진 참여 여부를 살펴본 결과 건강검진을 받은 경우는 23.6%에 불과하였고 33.1%는 학교 밖 청소년 건강검진 제도에 대해 전혀 알지 못하였다. 한편 알고는 있지만 검진을 받지 않은 경우는 43.3%이다. 건강검진 제도를 알고 있음에도 이에 응하지 않은 청소년들은 그 이유로 별 필요가 없다거나 귀찮기 때문에, 또는 잊어버렸기 때문이라는 응답이 60% 이상으로 건강검진에 대해 적극적이지 않음을 알 수 있다. 반면 11%는 시간이 맞지 않거나 검진기관 가기가 불편해서 등 접근성의 문제를 지적하였다.

여섯째 청소년들이 이용 및 생활하는 시설에서 제공하는 건강 관련 서비스를 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 건강 관련 물품·비용 지원에서는 시설에 따라서 의료비 지원이 안 되거나 공기청정기가 구비되지 않은 곳이 있었다. 또한 운동 공간 및 기구를 제공하는 경우는 절반에 불과하였다. 건강 관련 인력·기관 연계 정도에서는 치과와의 연계율이 상대적으로 낮았다. 정보 및 교육 제공 정도에서는 정신건강·심리상담 관련이나 성 관련 정보 및 교육 제공률은 90% 가깝게 나타난 것에 비해 영양 및 식습관 정보나 음주 관련 정보 및 교육 제공률은 60% 이하로 나타났다.

마지막으로 위기청소년의 22.2%는 본인의 건강에, 32.8%는 보호자가 청소년의 건강에 관심이 없다고 응답하여 적지 않은 수의 청소년과 그의 부모들이 건강에 관심을 기울이지 않는 것으로 나타났다. 또한 건강에 관심이 없는 청소년들은 자신의 건강을 돌보는 행위에도 소극적인 경향을 보였다. 청소년들은 자신의 전반적인 건강에 대해 비교적 양호한 것으로 인식하고 있었으나 신체적 건강보다는 정신적 건강을 좀 더 부정적으로 바라보았다. 이들의 건강에 대한 인식과 실제 건강 간에는 통계적으로 유의한 수준에서 정적 관련성을 보였으나 실제 건강하지 못하더라도 건강하다고 인식하는 가능성도 배제할 수 없다. 또한 조사대상 청소년들의 85.2%가 실생활에서 건강권이 보장되고 있다고 응답하였다. 건강권은 단순

히 질병을 예방하거나 질병 발생 시 치료를 받을 수 있는 권리에서 한 걸음 더 나아가 도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 보장받을 수 있는 권리이다. 그러나 청소년들의 응답을 종합적으로 고려해 보건데 설문에 응한 위기청소년들이 진정한 의미의 건강권을 충분히 보장받고 있다고 보기 어려울 것으로 추측할 수 있다. 특히 건강권 보장 정도가 낮다고 응답한 청소년들은 최소한의 의료서비스 접근성 보장 정도도 낮을 가능성이 높다.

이상과 같이 각 영역별 건강행동 및 실태, 관련환경에 대한 주요 결과를 살펴보고 있다. 이러한 결과를 1차년도 조사나 청소년건강행태조사에서 나타난 학생들의 건강 관련 결과들과 비교해 볼 때 위기청소년들의 건강 및 관련 행동과 환경 등은 상대적으로 열악하였다. 한편 하위집단별 차이를 살펴보면 학교에 다니지 않을수록, 일 경험이 있을수록, 가출 경험이 있거나 그 기간이 길수록, 경제적 수준이 낮을수록 건강 행동이나 환경이 열악하였다. 한편 시설별 차이를 살펴보면 양부모 가정 청소년들의 건강 상태 및 환경이 다른 거주 유형의 청소년들보다 양호하였는데 시설에 사는 청소년들도 비슷한 양상을 보이는 경우가 적지 않았다. 이 같은 결과들은 청소년들의 건강권을 보장하기 위해서는 청소년들이 자신의 건강을 스스로 관리하는 것 뿐 아니라 이들을 둘러싼 전반적인 환경의 개선을 지원하는 정책이 수립될 필요가 있음을 시사한다.

3) 정책적 시사점

위의 주요 결과들을 바탕으로 몇 가지 정책적 시사점을 위기청소년들의 개인 역량 증진 영역과 환경개선 영역으로 나누어 제시하였다.

(1) 개인 역량 증진 영역

청소년의 개인 역량 증진을 위해서는 청소년들이 스스로 자신의 건강권을 지킬 수 있도록 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공이 필요하다. 그 중에서

도 가장 기본적인 내용으로는 건강권에 대한 인식 개선이 필요하다. 앞서 언급했듯이 조사대상 청소년들의 85.2%가 실생활에서 건강권이 보장되고 있다고 응답하였으나 실제 이들의 건강상태나 이를 둘러싼 환경을 살펴 볼 때 건강권이 충분히 보장되고 있지 못하고 있음을 알 수 있다. 건강권은 단순히 질병을 예방하거나 질병 발생 시 치료를 받을 수 있는 권리에 한정된 것이 아니라 도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 보장받을 수 있는 권리이다. 이에 위기청소년들이 건강권을 단순히 필요시 의료서비스에 접근 정도로 생각하는 것에서 한 걸음 더 나아가 건강권에 대해 올바르게 인식할 수 있도록 보다 적극적인 교육 및 정보 제공 대책이 수립되어야 한다.

둘째 건강 영역별 교육 및 정보 제공이 필요하다. 건강과 관련하여 영역별 정보 및 교육 제공을 받았다는 응답률을 살펴보면 성교육(46.9%)이 가장 많았고 그 다음으로 심리 상담 및 치료(42.5%), 개인위생 및 청결(41.7%), 흡연 예방 및 금연(39.6%), 음주(31.5%), 의료 서비스 이용(31%), 약물 오·남용 및 예방(26.6%), 영양 및 식습관(24%), 고카페인(18%) 순으로 나타났다. 이 같은 결과는 위기청소년들이 어느 건강 영역에서 취약한지를 보여주기도 한다. 하지만 그 어떤 영역에서도 절반 이상의 청소년들이 교육이나 정보 제공을 받았다고 응답하지 않았다는 것은 위기청소년들이 그만큼 건강 정보 취득에 취약함을 시사한다. 한편 식습관의 예에서 알 수 있듯이 관련 교육이나 정보를 제공받는 청소년들은 그렇지 않은 청소년에 비해 올바른 습관을 형성하는 경향을 보인다. 이에 다양한 영역에서 보다 많은 청소년들에게 건강한 습관을 형성하기 위한 교육이 필요하다. 최근에는 학교밖청소년지원센터에서 국민건강보험공단 등 지역 유관기관과의 협업을 통해 영양관리 및 실습, 성교육 등을 포함하는 건강교실을 개최하기도 한다.¹⁵¹⁾ 이러한 교육의 영역이 위기청소년들의 취약 영역에 맞춰 확대되어야 하며 교육 방법도 오프라인과 온라인에서 병행될 필요가 있다.

151) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

셋째 모든 청소년들이 건강 관련 교육 및 정보를 제공받을 수 있도록 해야 한다. 유형별 청소년들의 건강 관련 교육정도를 보면 학교에 재학 중인 청소년이나 시설에 장기 거주하는 청소년들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 상대적으로 관련 교육이나 정보를 제공 받을 수 있는 기회가 많다. 학교에서 실시하는 건강 교육 시수는 법적으로 규정되어 있기 때문이다. 또한 기관이나 시설 종사자들이 응답한 건강 관련 교육 제공률이 청소년들이 교육을 받았다는 응답률을 훨씬 상회하고 있는 결과 역시 청소년 시설이나 기관에서 건강 관련 교육을 꾸준히 하고 있음을 뒷받침한다. 이에 교육 및 정보 제공에서 소외된 청소년, 즉 학교에 다니지 않거나 시설에 장기거주 하지 않는 청소년들을 대상으로 한 건강 관련 교육 및 정보 제공 방안을 마련할 필요가 있다. 이들에게는 집체 교육이 어려운 만큼 청소년 개개인을 대상으로 하는 개별 교육 자료의 개발 및 보급이 필요하다. 그러나 이러한 개별 교육 자료는 인력이나 재정 부족 등을 이유로 개별 시설이 일일이 개발하기는 어려운 것이 현실이다. 이에 중앙정부나 지자체 차원에서 관련 자료를 개발, 배포하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다. 최근에는 동영상 제작이 활발하고 온라인 등을 통해 이를 소비하는 청소년들도 많은 점을 고려할 때 청소년들의 접근하기 쉬운 방식으로 정보를 생산·제공하는 방법도 고려해 볼만하다.

시설이나 기관에서 건강 관련 교육을 제공할 때에는 일방향의 강의식 교육보다는 상호교류가 있는 다양한 방식의 교육이 보다 효과적일 것이다. 건강 관련 교육 및 정보 제공 비율에서 청소년들이 제공받았다는 응답률보다 종사자들의 제공하였다는 응답률이 더 높은 것은 부분적으로 청소년들이 교육이나 정보를 제공받고도 이를 기억하지 못하기 때문인 것에 기인할 수도 있다. 이는 청소년들의 기억에 남는 교육이 제공되지 못했기 때문이다. 이에 청소년들이 직접 체험하거나 프로젝트를 수행하는 등 보다 다양한 방식의 교육이 제공된다면 그 효과 역시 증가할 것으로 판단된다.

(2) 건강 환경의 개선

첫째 청소년들의 신체활동을 증진시킬 수 있는 환경이 마련되어야 한다. 교육부가 승인한 초·중·고등학교는 기본적으로 규정된 체육시수에 따라 학생들의 신체활동을 지원한다. 그러나 위기청소년들, 특히 학교 밖 청소년들은 이러한 신체활동의 기회에서 배제되기 때문에 이들이 주로 이용하거나 생활하는 시설에서는 청소년들의 신체활동을 위해 보다 적극적인 노력을 기울여야 한다. 즉 학교 밖 청소년지원센터를 비롯하여 청소년들이 이용 및 생활하는 기관 및 시설은 청소년들을 위한 체육 공간 및 기구 마련에 보다 적극적인 노력을 기울일 필요가 있다. 중앙정부나 지자체 역시 각 개별 시설들이 운동 공간 및 기구를 마련하는 것에 대한 지원을 아끼지 말아야 한다. 협소한 공간 문제로 인해 시설 내 체육 공간 마련이 어려운 경우에는 인근 기관과의 연계 등을 통해 청소년들이 경제적인 부담을 느끼지 않고도 정기적인 신체활동이 가능할 수 있도록 하는 방안도 고려해야 한다. 특히 여자 청소년들의 신체활동은 남자 청소년들에 비해 부족한 경향을 보이고 있으므로 여자 청소년들이 보다 흥미를 갖고 접근할 수 있는 신체활동 프로그램도 개발할 필요가 있다.

둘째 청소년들이 규칙적인 생활을 통해 건강을 증진시킬 수 있는 환경이 마련되어야 한다. 연구 결과에 따르면 청소년들은 수면시간을 충분히 확보하고 있음에도 불구하고 불규칙한 생활습관 등으로 불면증을 호소하는 등 수면의 질이 보장되지 않는 경우가 적지 않았다. 수면의 질은 낮 시간 동안의 활동과도 관련이 있다. 즉 청소년들이 낮 시간동안 신체활동을 포함하여 규칙적이고 다양한 활동을 적당히 할 수 있다면 밤 시간에 숙면을 취할 수 있을 것이다. 이에 위기청소년들이 낮 시간에 활동을 할 수 있도록 관련 시설 및 기관에서는 보다 다양한 프로그램을 개발·제공할 필요가 있다.

셋째 열악한 생활환경의 영향으로 영양 및 식습관에 문제를 보이는 경우도 보고되고 있었다. 이에 청소년들이 보다 안정된 생활을 통해 건강한 수면 및 식생활이 보장될 수 있도록 관련 지원이 제공되어야 한다. 가정의 지원이 충분하지 못하고

청소년 시설에서도 생활하지 못하는 청소년들은 식생활이 상대적으로 더 열악한 경향을 보이는 바 이들에 대한 식생활 지원이 필요하다. 일례로 가정이나 시설의 지원을 받지 못하는 청소년들이 주로 이용하는 일시쉼터의 경우를 생각해 볼 수 있다. 일시쉼터는 쉼터를 방문하는 청소년들에게 간단한 요깃거리를 제공하기는 하지만 영양을 고려한 충분한 식사를 제공하지는 못하는 형편이다. 이와 관련하여 일부 시민단체 및 지자체들은 청소년 밥차와 같이 청소년들에게 식사제공 활동을 운영하고 지원하기도 한다(예: 경남신문, 2019.3.7; 국민일보, 2020.5.28). 청소년 밥차의 운영은 청소년들을 찾아가 균형 잡힌 식사를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 이에 이동형 일시쉼터 등에게 추가적인 인력 및 예산 지원을 통해 정기적인 밥차의 운영, 현재 식사 서비스가 없는 지역에서의 밥차 운영 확대 등이 이루어질 필요가 있다. 또한 위기청소년들의 과일과 우유의 섭취 정도를 보면 평균 일주일에 3회 미만인 것으로 나타났다. 과일이나 우유는 성장기 청소년에게 필요한 비타민과 무기질, 단백질 등 중요한 영양소를 공급하는 식품이기 때문에 이를 섭취할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 규칙적이고 균형 잡힌 식생활, 신체활동의 확대 등이 이루어진다면 청소년들의 건강도 일정 부분 향상될 수 있을 것이다.

넷째 청소년들의 위생과 관련된 물품들에 대한 지원을 확대할 필요가 있다. 대개의 청소년들은 미세먼지나 코로나19에 대해 비교적 바람직하게 대처하는 것으로 나타났으나 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 경험이 한 달~1년 정도인 청소년, 기타 유형에 거주하는 청소년들은 그렇지 않은 집단에 비해 대처 행동이 상대적으로 미흡하였다. 최근 코로나 19상황에서 보는 바와 같이 향후 환경변화에 따라 개인의 위생행동은 더욱 중요해 질 수 있다. 이에 위생행동에 특히 취약 청소년들을 대상으로 적절한 대처를 위한 지원 및 교육이 반드시 필요하다. 청소년들이 생활하는 기관이나 시설에는 학교에 준하여 공기청정기 설치 등을 지원하고 청소년 개인에게는 마스크나 손소독제와 같은 위생용품을 구입하는데 경제적 부담을 크게 느끼지 않도록 할 필요가 있다. 또한 비록 소수이긴 하지만 생리대 구입에 경제적 압박을 느끼는 경우(2.4%)가 확인되었다. 이에 최근 수행중인 생리

대 바우처 지원 대상에서 사각지대가 발생하지 않도록 면밀한 조사를 통해 생리대 지원 대상을 확대할 필요가 있다.

다섯째 의료 서비스의 확대가 필요하다. 위기청소년들 중 상당수는 내과적 문제 외에도 구강 질환, 눈 건강, 신체 외상, 비염 및 피부 질환, 성 질환 등 다양한 신체적 증상 및 질환을 호소하였는데 전반적인 생활환경이 열악할수록 더욱 그러하였다. 특히 구강 건강은 청소년들이 증상을 보고하는 경우도 적지 않았지만 종사자들 역시 청소년들의 구강 건강을 심각하게 인식하고 있었다. 그러나 이러한 질환과 관련하여 의료서비스를 받는 것에는 적극적이지 않은 경향을 보였다. 이는 청소년들이 자신의 건강에 충분한 관심을 기울이지 않은 것에도 기인하지만 생활환경이 열악할수록 돈이 없거나 시간이 맞지 않아 병의원을 찾지 않았다는 응답률도 증가하여 의료서비스의 확대 지원이 필요함을 시사하였다. 위기청소년들이 신체적 이상을 느낄 때 의료처치를 받는 데 어려움을 겪지 않도록 환경이 개선되어야 한다. 일례로 가정의 지원을 받기 어려운 만24세 이하 위기청소년들에게는 기간의 제한 없는 의료비 지원도 마련되어야 한다. 또한 의료비 지원을 받지 못하는 경우가 발생하는 것을 대비하여 위기청소년에게 친화적인 의료지원 기관의 확충이 필요하다. 지역마다 청소년이 주로 찾는 진료과목을 중심으로 청소년 시설·기관과 연계한 의료기관, 또는 위기청소년 지원 의료기관이 설치·확대되고 이를 청소년이 충분히 인지할 수 있도록 홍보방안이 마련되어야 한다.

여섯째 위기청소년들은 정신건강에서 취약한 경향이 강하였기 때문에 정신건강 증진을 위한 환경 개선이 필요하다. 정신건강 문제는 방치기간이 오래될수록 예후가 좋지 못하기 때문에 보다 조기 개입이 필요할 뿐 아니라 체계적이고 장기적인 지원책이 필요하다. 정신적 문제를 치료하기 위한 장기적인 심리상담은 개인적으로 비용을 감당하기가 쉽지 않고 청소년상담복지센터 등에서 지원하는 서비스는 이용대상자 대비 서비스 공급에 한계가 있다. 이에 위기청소년들을 대상으로 하는 정신건강 서비스를 확대하는 한편 서비스의 질을 향상시키기 위하여 종사자들의 자격 조건을 강화하고 처우를 개선할 필요가 있다.

일곱째 건강 관련 전문기관 및 시설과의 연계를 확대할 필요가 있다. 앞서 언급한 의료기관과의 연계 뿐 아니라 다양한 영역에서 건강 관련 전문기관 및 시설과의 연계가 필요하다. 일례로 위기청소년들 중 정신적 건강에 있어서 어려움을 호소하는 경향이 적지 않은 바 이러한 전문기관과의 연계에서 정신건강 분야도 반드시 포함되어야 할 것이다. 또한 위기청소년들 36%는 최근 한 달간 흡연 경험이 있고 그 중 절반 이상이 금연을 시도하는 등 금연의사가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 볼 때 효과적인 금연 프로그램을 운영하는 전문기관의 도움을 통해 청소년들의 금연을 보다 적극적으로 지원할 필요가 있다. 또한 전체 청소년의 약 40%, 19세 미만 청소년의 약 34%가 음주 경험이 있고 음주 후 위험행동을 하거나 과도한 음주를 하는 경우도 적지 않음을 볼 때 전문기관과의 연계를 통해 과도한 음주폐해에 대한 인식을 제고시키는 것은 물론 술에 대한 청소년들의 접근을 최소화하려는 사회적 환경을 조성할 필요가 있다.

물론 기관이나 시설에 따라서는 전문기관과 연계를 하지 않고도 자체적으로 효과적인 프로그램을 개발하고 적용하는 경우도 있을 것이다. 그러나 그렇지 못한 시설에서는 보다 적극적으로 전문기관들과의 연계를 통해 청소년들에게 보다 효율적인 서비스 제공에 노력을 기울여야 한다. 또한 지자체 등에서는 이러한 연계노력이 결실을 맺을 수 있도록 관련 기관들을 지원하는 한편 연계 후 운영에 대한 점검 등 관리에 소홀해서는 안 될 것이다.

여덟째 학교 밖 청소년 건강검진을 강화해야 한다. 학교 밖 청소년들의 건강검진은 학교 밖 청소년을 위한 대표적인 사업임에도 불구하고 대상 청소년들 중 이를 인지하지 못하는 경우가 거의 1/3에 달하였고 알면서도 검진을 받지 않는 경우도 40% 이상이었다. 검진 제도에 대한 청소년들의 인식을 제고하기 위해서는 학교 밖 청소년 관련 기관에 적을 두지 않은 청소년들을 대상으로 홍보할 필요가 있다. 즉 TV 등 매체를 통한 광고, 버스나 지하철역 등 대중교통을 활용한 광고 등 대국민 홍보가 필요하다. 검진 제도를 알면서도 받지 않은 청소년들 10명 중 약 한 명은 접근성의 문제를 지적했다는 점에 주목하여 청소년들의 접근성을 높일

필요가 있다. 최근 온라인 신청, 결과통보기간 단축, 출장검진 및 검진기관 확대 등을 통해 청소년들이 보다 쉽게 검진을 받을 수 있도록 절차를 개선하였다.¹⁵²⁾ 이러한 노력이 지속적으로 이루어져야 하며 동시에 청소년들이 검진과 관련하여 잘 못 알고 있는 부분을 되짚어주는 노력이 필요하다. 예를 들어 보호자가 아닌 청소년 본인에게 결과 통보, 검진 이후 질환 의심자에게는 추가검진까지 지원함을 홍보할 필요가 있다. 또한 질환 확진자에게는 의료지원 서비스를 연계해주는 등 사후 관리에도 관심을 가지고 이를 홍보한다면 청소년들의 검진이 좀 더 늘어날 것으로 판단된다.

아홉째 위기청소년들의 주거환경 개선을 지원해야 한다. 앞서 연구결과에서 알 수 있듯이 일부 청소년들은 건강에 좋지 않은 환경에서 생활하고 있었으며 이러한 열악한 주거환경은 청소년들의 신체 및 정신적 건강에 부정적인 영향을 미치고 있었다. 이에 청소년들의 건강권 보장을 위해서는 이들의 주거환경 개선에 대한 지원이 반드시 이루어져야 한다. 이를 위해서는 청소년 생활시설의 설치기준을 강화하고 관련 지원을 하는 한편 적절하지 못한 주거환경에서 생활하는 청소년들에게는 주거지원이 제공되어야 한다. 최근 주거취약계층에 대한 주거지원에 대한 정부의 지침¹⁵³⁾이 마련되어 있고 이에 따라 주거지원 사업이 운영되고 있다. 위기청소년들의 주거환경에 대한 면밀한 조사를 바탕으로 이 사업의 지원 대상에서 주거환경이 열악한 청소년들이 배제되지 않도록 최선을 다해야 할 것이다.

열째 위기청소년들의 근로환경 개선을 지원해야 한다. 연구결과에서 제시했듯이 근로환경과 청소년들의 신체 및 정신적 건강 간에는 밀접한 관련성이 나타났고 근로환경이 열악할수록 특히 청소년들의 신체적 건강은 좋지 않았다. 이에 청소년들이 주로 근무하는 사업장을 중심으로 휴게시간 및 야간 근로 관련 사항 등 청소년 근로기준이 잘 준수되고 있는지 면밀한 점검이 필요하다. 또한 근로환경이 좋지

152) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

153) 주거취약계층 주거지원 업무처리지침. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr/행정규칙/주거취약계층%20주거지원%20업무처리지침>에서 2020년 11월 6일 인출.

못한 소규모 사업장을 대상으로는 근로환경 개선 지원사업을 통해 청소년들의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 환경을 개선할 필요가 있다. 현재 정부에서는 소규모기업환경 개선지원 사업¹⁵⁴⁾을 수행 중에 있다. 이 사업의 지원 대상에서 만24세 이하 청소년의 종사율이 높은 사업장을 우선 지원하는 방안을 고려해 볼 수 있으며 특히 공기질 정화나 부상 위험 감소를 위한 환경 개선을 적극 지원할 필요가 있다. 이와 더불어 청소년을 포함하여 근로자의 건강권 보장에 친화적인 사업장에는 건강친화사업장 인증마크 부착이나 인센티브 부여 방안도 고려해 볼만 하다.

마지막으로 위기청소년들의 건강지원 서비스가 강화될 필요가 있다. 위기청소년들은 가정이나 학교 등 보호체계 안에서 생활하는 청소년에 비해 건강적 측면 뿐 아니라 사회적 보호체계가 취약한 경향을 보인다. 이에 건강 관련 지원이 필요한 경우가 발생할 가능성은 높은 반면 지원요청을 할 수 있는 사회적 체계를 충분히 갖추지 못하여 어려움을 겪을 수 있다. 이에 위기청소년들이 보다 적극적으로 도움을 요청할 수 있고 또 보다 쉽게 받을 수 있는 사회적 여건을 마련할 필요가 있다. 이를 위해 CYS-net 및 청소년 전화 1388의 활성화를 통해 건강 관련 긴급 상황에 대해 최단 시간 응답이 가능하도록 지원해야 하며 청소년들이 안심하고 찾아갈 수 있는 의료지원 서비스망이 구축될 필요가 있다. 특히 의료지원 서비스망 구축을 위해서는 건강특화형 쉼터의 기능을 보강하는 한편 위기청소년들에게 건강 및 의료 상담을 제공하고 필요 시 의료 지원 및 연계를 하는 시설이 전국에 확대될 필요가 있다.

결론적으로 영역에 따라 다소 차이는 있지만 청소년복지시설에서 안정적으로 생활하는 청소년들은 양부모 가정에서 생활하는 청소년들과 거의 비슷한 수준의 건강상태 및 환경을 유지하는 경우가 많았다. 이는 보호체계 속에서 생활한다는

154) 소규모기업환경 개선지원. 정부24 홈페이지. <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/40900000236>에서 2020년 11월 6일 인출.

것은 일정 수준 이상의 건강권을 보장받을 수 있음을 의미한다. 따라서 위기청소년들의 건강권을 보장하기 위해서는 사회적 안전망에서 벗어나 있는 청소년들을 신속하게 발굴하여 안전망 안으로 진입할 수 있도록 해야 한다. 또한 사회적 안전망이 제대로 기능할 수 있기 위해서는 통합적인 지원과 이에 대한 면밀한 관리·감독이 이루어질 필요가 있다.

제6장 위기청소년의 건강권 실태 분석: 면접조사

- 1. 조사개요
- 2. 조사결과
- 3. 요약 및 정책적 시사점

1. 조사개요

면접조사는 위기청소년을 대상으로 하여 성별과 지역, 각 관련 시설·기관별 안배를 통해 만15세 이상 청소년 총 25명에게 실시하였다. 이들은 위기청소년들이 주요 이용·생활하는 기관 및 시설, 즉 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관, 미인가 대안학교 등에서 추천받거나 설문조사 섭외 과정에서 면접 참여를 희망하는 청소년들로 구성되었다. 면접조사는 반구조화된 설문지를 바탕으로 면접원과 면접에 참여한 청소년 간 일대일 대면으로 진행하였으며 1회 면접시간은 50분 내외이다. 면접 내용은 청소년의 동의 하에 모두 녹음한 후 전사하여 분석에 활용하였다. 이와 관련한 면접지 개발과 자료 수집 및 분석, 분석 방법에 대한 내용은 아래에서 보다 자세히 서술하였다.

1) 면접지 개발

면접지는 앞서 설문지 개발과 동일한 절차를 거쳐 작성하였다. 즉, 문헌연구의 검토를 거쳐 연구진이 질문지를 작성한 후 전문가의 검토와 수정·보완, 연구원

155) 이 장의 1. 조사개요는 백혜정 선임연구위원과 외부공동연구자인 송미경 교수(서울여자대학교)가 공동으로, 2.조사결과, 3. 요약 및 정책적 시사점은 송미경 교수(서울여자대학교)가 집필하였다.

표 VI-1 면접 조사 내용

영역	면접 조사 내용
현재 생활	- 현재 시설/기관을 이용하게 된 계기 - 현재 시설/기관에서의 생활을 포함한 하루 일과 - 현재 시설/기관에서의 생활 및 현재 일과에 대한 만족도 및 아쉬운 점
건강 관련	- 현재 건강상태와 그에 따른 대처 및 지원 정도, 원하는 도움 - 과거 건강상태와 그에 따른 대처 및 지원 정도 - 개인적 상황 변화에 따른 건강 및 관련 환경 변화와 그에 따른 문제 및 대처, 원하는 도움 - 건강 관련 교육 및 정보를 제공받은 경험 - 학교 밖 청소년 건강검진에 대한 경험 - 최근 코로나19에 대한 대처 경험 - 건강권 보장을 위해 필요한 지원

내 기관생명윤리위원회(IRB)의 심의를 거친 후 최종 문항을 확정하였다(202004-HR-고유-005). 면접의 주요 내용은 <표 VI-1>과 같다. 면접의 주요 내용들은 설문조사에서 미처 파악하지 못한, 좀 더 구체적이고 심도 깊은 내용들을 포함하였다.

2) 자료수집 및 분석

(1) 자료수집

면접은 반구조화된 질문지를 바탕으로 면접 상황 및 내용에 따라 몇 가지 질문을 추가 또는 삭제하는 형식으로 진행되었다. 면접의 주된 내용은 참여자들의 건강행태 및 환경과 관련된 것으로 평소 하루 일과, 과거 및 현재 건강상태와 그에 따른 대처와 지원 정도, 상황 변화에 따른 건강 변화와 그에 따른 문제 및 대처, 건강 관련 교육 및 정보를 제공받은 경험, 최근 코로나19에 대한 대처 경험 등이 포함되었다.

면접은 2020년 5~7월에 일대일 대면 형식으로 진행되었으며 1인당 면접시간은 50분 내외가 소요되었다. 면접원은 총 2명으로 면접조사 유경험자이다. 면접자는 면접 시작에 앞서 참여자들에게 면접의 목적과 진행절차, 면접 내용 및 개인정보의 비밀유지, 면접 내용에 대한 사전 녹음 등에 대한 설명을 하였으며 면접에 대한 동의를 한 청소년에 한하여 면접을 진행하였다.

참여자 동의 취득 절차 및 방법은 설문조사 참여자에 대한 절차 및 방법과 동일하다. 즉 참여자들은 모두 조사 동의¹⁵⁶⁾와 개인정보 수집 및 이용에 동의하였고 동의하지 않은 이들은 조사에서 제외하였다. 미성년자인 청소년들은 원칙상 '법정 대리인 서면동의'도 받도록 되어 있으나 '가출 및 학교 밖 청소년'의 특성을 고려했을 때 법정대리인 서면동의가 어려운 측면이 있어 IRB 심의에서 법정대리인 서면동의 면제를 승인받았다. 면접내용은 모두 참여자의 동의 아래 녹음 후 전사되어 분석에 활용되었다.

(2) 면접 참여자 특성

면접에 참여한 이들은 만15~20세 사이에 있는 청소년으로 총 25명(남자 8명, 여자 17명)이다. 성별의 균형을 맞추고자 노력하였으나 면접에 참여하고자 하는 남자 청소년들이 적어 부득이하게 여자 청소년들의 숫자가 더 많았다. 이들은 위기청소년들이 주요 이용·생활하는 기관 및 시설, 즉 전국 학교 밖 청소년 지원센터, 내일이룸학교, 소년원, 청소년쉼터, 청소년회복센터, 청소년자립지원관, 미인가 대안학교 등에서 추천받거나 설문조사 섭외 과정에서 면접 참여를 희망하는 청소년들로 구성되었다. 보다 자세한 참여자 현황은 <표 VI-2>에 제시하였다.

156) 1. 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.

2. 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.

3. 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.

표 VI-2 참여자 현황

	성별	연령(만)	지역	자퇴 시기	가출 시기/경험	현재 사는 곳/ 동거인
1	여	15	서울	중2	2018년	자취/ 언니
2	여	19	경기	고3	2017.9~2019.3 쉼터	자취
3	남	17	광주	고1	초5~고1	집/ 아빠
4	여	18	전북	고2	없음	집/ 엄마
5	남	15	전남	소년원 입소로 인해 대안 교육으로 대체	중1	쉼터
6	여	17	충남	고교 미진학	없음	집/ 엄마, 언니, 아빠(주말에만)
7	여	16	충남	고1	없음	집/ 엄마, 아빠, 동생
8	여	16	충남	고교 미진학	없음	집/ 엄마, 아빠, 언니
9	남	18	대전	고1	2019.9	쉼터
10	여	17	경북	고2	없음	집/ 엄마, 동생
11	여	19	대구	고2	없음	집/ 엄마
12	여	19	울산	고2	없음	집/ 부모님
13	여	18	강원	고2	없음	집/ 부모님, 동생 2명
14	남	17	경기	고1	고1	쉼터
15	여	17	경기	고2	없음	집/ 엄마, 할머니
16	여	20	경기	고1	없음	집/ 엄마(평일) 자취방(주말)
17	남	18	경기	고2	중1	쉼터
18	여	16	경남	고1	없음	집/ 부모님, 동생
19	여	20	경남	고1	없음	집/ 아빠
20	남	15	인천	중학교 재학 중	중3	쉼터
21	여	15	경기	중1	없음	기숙사
22	남	18	서울	고2	중2 여름방학(약 2개월)	집/ 엄마
23	여	15	서울	중학교 재학 중	2020.5	쉼터
24	남	17	서울	고1	없음	집/ 부모님, 누나 2명
25	여	14	서울	중학교 재학 중	초6(아빠가 쉼터로 보냄)	쉼터

(3) 분석방법

면접자료는 질적분석연구방법인 CQR(Consensual Qualitative Research)을 통하여 분석되었다. CQR은 다수의 연구자가 분석팀을 구성하여 합의에 도달하는 과정을 거치면서 연구대상의 경험내용을 범주화하고 그 경험의 진행과정을 확인할 수 있다(양미진, 이영희, 2006, 재인용). 따라서 대상자들만의 특수한 경험을 분석하여 보다 풍부한 내용을 얻기 위한 질적 연구에서 많이 사용되고 있다. 또한 각 사례간의 대표성을 검토하는 체계적인 연구과정을 거치면서 한 연구자의 주관적 관점을 배제하고 객관성을 유지할 수 있다는 장점이 있다(양미진, 이영희, 2006, 재인용).

이 연구에서는 분석을 위해 CQR 연구 경험이 있는 3명의 합의팀과 2명의 감수자를 구성하였다. 합의팀은 상담심리사 1급이며 상담심리 박사학위 소지자인 현직 심리학 관련 교수 1명과 상담 및 임상심리 관련 박사 수료생 2명으로 이루어졌으며, 이들의 평균 상담경력은 약 15년이다. 감수자는 현직 심리학 관련 교수로 상담심리학 박사학위 소지자이며 상담심리사 1급으로 상담경험과 연구경력을 지닌 자, 정신보건임상심리사 1급 및 상담심리사 1급을 소지하고 대학 강의와 연구경력이 있는 자로 선정하였다. 감수자들은 또한 본 연구 이전에 합의적 질적 분석방법의 연구에서 합의팀과 감수자로 참여한 경험이 풍부한 전문가이다.

합의팀은 익명성 보장을 위해 25사례에 사례번호를 부여한 후, 사례 전체의 축어록마다 면접용 질문을 기초로 하여 같은 주제별로 내용을 정리하였다. 먼저 1사례에 대해 3명의 합의팀은 개별적으로 축어록을 읽고 영역을 분류, 요약한 후 모여서 불일치한 점을 확인, 논의하고 합의하는 과정을 거쳤다. 이후 24사례에 대해서는 연구의 효율성을 위해 연구자 1명이 먼저 피면접자의 응답 중, 같은 주제를 담는 구문, 생각의 단위, 문장, 의미단위들을 분류하여 그 자체로 이해될 수 있도록 축어록을 부호화 했다. 이후 다른 2명의 연구진이 각자 개별적으로 이 축어록을 검토하여 영역목록을 개발하고 요약반응을 구성한 후 함께 모여 논의

하고 검토하면서 중심개념을 합의하고 결정하였다. 이 내용에 대해 감수자 2명이 개별적으로 검토하고 의견을 제시하는 과정을 거친 후 영역과 중심개념을 확정하였다.

다음 단계로 25사례에서 유사성과 패턴을 확인하기 위한 범주화 작업을 실시한 다음 결정된 범주에 대해 다시 감수자의 감수를 받았다. 감수에서 지적된 내용은 합의팀의 토의를 거쳐 수정하거나 기존의 결정을 유지하였다. 교차분석과 감수 이후 25사례를 다시 검토하여 분석결과에 대한 안정성을 점검하였다.

본 연구는 Hill, Knox, Thompson, Williams, Hess, & Ladany(2005)의 제안을 따라 위기청소년 25사례의 모든 사례 혹은 한 사례를 제외한 모든 사례에서 나타나는 것은 ‘일반적(general)’, 12~23사례에서 나타나는 것은 ‘전형적(typical)’, 4~11사례에서 나타나는 것은 ‘변동적(variant)’, 2~3사례에서 나타나는 것은 ‘드문(rare)’이라고 표시하였다. 각 영역과 범주에서 1사례인 경우는 모두

표 VI-3 분석에 사용된 면접 질문 내용

영역	면접 조사 내용
건강 관련 일반적인 질문	- 현재 건강상태는 어떠한가요? - ‘건강하다’라고 말하려면 어떤 상태여야 한다고 생각하십니까? - 건강 대처과정에서 어떤 경험을 했나요? - 위기청소년의 일반적인 건강대처과정을 간단히 설명해주세요
건강상태 대처 경험 관련	- 현재 건강을 유지하는데 도움을 주는 요인은 어떤 것이 있습니까? 그 이유는 무엇입니까? - 현재 건강을 유지하는데 어려움은 무엇인가요? 그 이유는 무엇입니까? - 현재 건강을 유지하는데 필요한 것은 무엇인가요? - 현재 건강유지의 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인은 무엇인가요? - 건강을 유지하는 것에 대해 추가적으로 말씀해주실 것이 있나요?
제공받은 건강 정보와 교육 경험 관련	- 지금까지 건강 유지를 위해 어떤 도움을 받았나요? - 건강유지를 위해 도움을 받지 못했다면 그 이유는 무엇인가요? - 건강을 유지하기 위해서 필요한 정보나 교육은 어떤 것이 있습니까? - 건강을 유지하기 위해 국가 정책과 행정면에서 어떤 지원이 필요하나요? - 그 외에 필요한 것은 무엇인가요?

제외하였다. 연구자들이 선행연구를 참고하여 위기청소년들의 건강상태와 관련한 경험이 잘 드러날 수 있도록 분석에 주로 사용된 질문은 <표 VI-3>과 같다.

2. 조사결과

본 연구에서는 위기청소년들의 면접결과를 통하여 그들이 경험한 건강상태, 대처과정 및 제공받은 건강정보와 교육경험, 그리고 국가에 요청하는 지원의 종류 등을 중심으로 분석하였다.

1) 청소년이 지각하는 자신의 건강상태와 “건강함”의 의미

건강상태와 “건강함”의 의미에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-4>과 같다.

(1) 청소년이 지각하는 자신의 건강상태

청소년이 지각한 현재 자신의 건강상태 범주는 “건강상태가 나쁨(22사례)”, “건강상태가 좋음(18사례)”이 전형적인 비율로 나타났고 “건강상태가 보통임(4사례)”이 변동적 응답으로 나타났다(표 VI-4). 이들이 지각하는 건강상태는 신체적 건강과 심리적 건강으로 구분될 수 있어서 신체적으로 건강하지만 심리적으로 건강하지 않다고 지각하거나 둘 다 건강하다고 느끼거나, 심리적으로는 건강하지

표 VI-4 건강상태와 “건강함”의 의미에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
자신의 건강상태	• 건강상태가 나쁨 • 건강상태가 좋음 • 그저 그런 보통 수준임	전형적 (22) 전형적 (18) 변동적 (4)
“건강함”의 의미	• 심리적으로 건강한 상태 • 신체적으로 건강한 상태 • 심신이 건강한 상태	변동적 (7) 변동적 (5) 드 문 (2)

만 신체적으로 건강하지 않다 등으로 세분된 응답으로 세 개의 범주 안에서도 의미하는 개념이 다양하게 구성되어있다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘건강상태가 나쁨’의 개념과 예시

○ ‘심리적으로 우울하고 불안할 때가 있음’

“괜찮은 것 같은데 요즘은 약간 바빠서 괜찮은 것 같은데 학원 다니기 전에는 약간 혼자 있으니까 그냥 우울한 것 같기도 하고 그런 생각 안 들려고 막 하긴 했는데 확실히 혼자 있으면 좀 뭔가 다운되는 게 있는 것 같아요.” (참가자 2)

○ ‘대인관계 어려움으로 힘들’

“한 동안은 심리 상담을 받으면서 선생님 제가 막 사람들 관계에서 그렇게 그렇게 말을 할까 봐 두렵고 무서워요. ‘저는 의도가 전혀 아닌데 자꾸 상처를 주게 돼서 그게 너무 힘들어요.’라고 이렇게 차츰 선생님이랑 고쳐가기 시작했다고 해야 되나. 그 의도치 않게 상처를 주는 그런 행동을 고치려고 많이 노력을 하다 보니까 그래서 되게 관계가 또 좋아, 좋아졌고. 또 막 상황 판단 같은 거 어떤 상황에서 이렇게 적절하게 행동을 해야 될지 그런 것도 하고, 또 마음 진정을 위해서 신경안정제를 먹으면서 되게 노력을 많이 했었던 것 같아요.” (참가자 13)

○ ‘우울 및 불안으로 힘들’

“심리적으로 따지면 한 3 정도인 것 같아요. (중략) 원래도 막 외로움 같은 거 많이 타가지고 밤이나 막 새벽 되면 혼자서 그냥 갑자기 분위기에 취해가지고 막 울거든요. (왜 우울할까? 청소년이라?) 근데 저는 한 5년을 계속 이렇게 살아와 가지고 이제는 아, 그래. 우울, 와라. 너 내 친구야. (웃음) 막 이렇게 받아들일 수 있는 경지가 돼 버렸어요.” (참가자 1)

○ ‘신체적인 건강이 안 좋다고 느낌’

“저, 신체적으로는, 지금 치과를 다니고 있어서, 이빨 치료를 다니고 있고요. (왜?) 이쪽으로, 왼쪽으로 아예 음식을 씹지를 못했어요. 그거를 한 1년 가까이 그래서, 이번에 치과를 가서 신경치료랑 해가지고 다 받고 있고, 그리고 따른 신체

적 하면 저는 진짜로 면역력이 너무 약해서 자잘자잘한 거를 너무 잘 걸려요. 감기도 잘 걸리고, 뭐 피부에 염증 같은 거 날 때도 있고, 그리고 저는 좀 약간 위염을 달고 살기도 하고, 장염도 잘 걸려요. 그래서 약을 수시로 달고 사는 편이에요. 그리고 편두통이 좀 심해서 타이레놀도 많이 먹고 그래요.” (참가자 24)

○ ‘ 좋지 않은 생활습관으로 인하여 나빠짐’

“눈은 컴퓨터를 많이 하다 보니까 약간 좀 나빠진 것 같아요, 시력이. (눈이 안 좋아진 이유는?) 아무래도 컴퓨터랑 핸드폰 때문인 것 같아요. 그리고 왜 그런지는 모르겠는데 한 이틀에 한 번꼴로는 밤에 왼쪽 눈에서 눈물이 흐른다고 해야 되나.” (참가자 3)

② ‘건강상태가 좋음’의 개념과 예시

○ ‘건강함’

“지금 몸은 좋죠. 1급 나올 정도로. (1급?) 군대 가는 거. (검사했어요?) 아직 검사 안 했는데, 저는 1급이에요. (왜?) 건강하니까.” (참가자 16)

○ ‘완전하지는 않지만 건강함’

“저요? 저야 아주 좋죠. (언제 건강하다 느끼나?) 아픈 데가 없을 때. 항상 신이나요. 재밌고. (최근에 불편한 적?) 무릎 뼈가 안 좋아요. 뼈가 휘었어요. (왜?) 모르겠어요. 어느 날 갑자기 휘었어요. 중 1때. 뭐 딱히 큰 무리만 안하면 상관없는데 수술 안 해도 상관은 없어요. 그냥 좀 많이 뛰지는 못하고 그래요. (100미터 달리기?) 그런 거요? 요즘은 할 수 있죠. 익숙해져 갖고 이제 안 아파요. 무더졌어요.” (참가자 5)

○ ‘개인적인 노력으로 건강해짐’

“음... 어... 음... 큰 문제없이 아주 건강하다고 ... (웃음) (왜 그렇게 생각하나?) 확실히 식생활에 대해서는 조금 빈도차이가 있지만 먹다 안 먹다 이러니까 맨날 시간대로 다르지만 학교에 앉아있는 시간을 지금은 걷는 시간으로 활용을 하니까 그래가지고 오히려 더 건강해진 거 같기도 해요. 근육도 생기고 힘도 세지고, 그래

서 학교 다닐 때 보다 오히려 더 체력이 좋아지지 않았나. 더 건강해지지 않았나 싶은 생각이 들어요.” (참가자 4)

○ ‘수면이나 식사를 적당히 함’

“나쁘지 않은 것 같아요. 괜찮아요. (수면은?) 네. 9시간 정도. (질이나 양은?) 적당한 것 같은데요? (왜?) 그냥 원래 그렇게 자야 키가 크고 하니까 그게 맞는 것 같아요. (식사 양이나 질?) 적당해요. 그냥 자유롭게 풀 수 있어서 괜찮은 것 같아요. (시간은?) 네. 정해진 시간에 나와요.” (참가자 9)

③ ‘건강상태가 보통임’의 개념과 예시

○ ‘신체적인 결함 때문에 건강상태가 보통임’

“좋지는 않아요. (왜?) 크게 문제 될 건 아닌데 자잘하게 아프고. 가끔 배가, 복통이 심해진다거나…. (복통?) 몰라요. 속이 좀 안 좋아가지고…. 보통 피부 상태도 별로 안 좋고. 자외선을 안 받다 보니까. 그리고 살이 많이 쪼여요.” (참가자 8)

○ ‘건강해지고 있음’

“제 건강상태요? 제가 볼 때는 살짝, 음 5.5점? (왜?) 디게 저가 생각했을 때는 전보다는 많이 좋아졌다고 생각을 해요. 그래서 저는 괜찮아졌다고 생각을 하는데. 지금은 살짝, 살짝, 뭔가가 높게 줄 수야 있겠지만 그게 있어요, 살짝. 불안정하다고 해야 되나, 살짝 너무, 딱 그게 있어요. 살짝 제가 자존감 높다나? 활발하다, 긍정적이다? 라는 말을 디게 많이 들어요. 분위기메이커란 말을 많이 듣죠.” (참가자 21)

○ ‘때때로 글 마감, 알바 등 외부 요인 때문에 영향을 받음’

“신체적으로 따지면 6, 심리적으로 따지면 한 3 정도인 것 같아요. (점수를 그렇게 준 이유?) 학원에서도 힘들고 그리고 대표님도 좀 많이 쪼아대시고. (글 빨리 쓰라고?) 새벽에도 그냥 연락 오셔서 OO야, 뭐 이거 어찌고저찌고. 그러면

전 아, 네, 알겠습니다. 고치겠습니다. 이런 거 새벽 막 2시, 3시에도 연락 주셔갖고.” (참가자 1)

(2) 청소년이 지각하는 ‘건강함’의 의미

건강하다고 말할 수 있는 상태는 어떤 수준이나 정도라고 생각하는지에 대한 질문에 청소년들은 건강함의 의미 범주를 “심리적으로 건강한 상태(7사례)”, “신체적으로 건강한 상태(5사례)”, “심신이 건강한 상태(2사례)”의 세 개 하위범주로 구분하였다. 비록 세 범주 모두가 변동적이거나 드문 비율이긴 했으나 청소년들은 신체보다는 심리적인 건강을 더 중요하게 생각하고 있는 것으로 드러났다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘심리적으로 건강한 상태’의 개념과 예시

○ ‘심리적으로 안정됨’

“심리적으로요. 심리적으로 뭐 안정됐다 생각하고. 뭐 머리 안 아프고, 잡생각이 많이 없고. 그런 생각하면 심리적으로 건강하다 생각해요.” (참가자 16)

○ ‘체력이 좋아졌다고 느낌’

“네. 체력이 확실히 좋아진다는 걸 느꼈어요, 그때. (어떤 때 느껴지나?) 그냥 이제 많이 움직이고 그러면 힘들잖아요. 전 되게 뭔가 많이 뭔가 안 했는데 되게 힘들어하거든요? 근데 그거 운동했을 때는 되게 많이 체력이 좋아졌어요.” (참가자 14)

○ ‘스스로가 만족할 수 있음’

“저 병원 원할 때 제때, 제때 갈 수 있는 것과 정신적으로 건강할 때인 것 같아요. (정신적으로 건강한건?) 그러니까요. (웃음) 일단 자기만족이 높을 때 건강한 것 같아요.” (참가자 2)

○ ‘하루가 만족스러움’

“굉장히, 굉장히 만족. 만족하면서 살고 있어요. (어떤 점 때문에?) 뭐 일단 만날 사람이 있고. 매일 일단 하루가 공허하지 않잖아요. 알차게 보낼 수 있으니까, 될 하든.” (참가자 18)

○ ‘대인관계가 잘 됨’

“마음의 건강. 정신적 건강이나 친구들 관계, 부모님과의 관계. 네, 그런 걸 저는 봅니다. 친구 관계나 부모님과의 관계도 나쁘진 않아요. 네. 그렇습니다.” (참가자 21)

② ‘신체적으로 건강한 상태’의 개념과 예시

○ ‘신체에 기능적 문제가 없음’

“일단, 소화가 잘 되고, 배변활동도 활발하게 (웃음) 잘 되고, 그리고 적절하게 수분섭취도 하면서 식욕도 잘 있고 그리고 조금 걸어도 체력이 없어서 금방 금방 힘든 경우도 있잖아요. 근데 그렇지 않고 오래 걸어 다녀도 씩씩하게 잘 다니고 아니면 여자애들 같은 경우에는 누워 있다가 일어나면 살짝 빈혈 때문에 핑 돌 때가 있단 말이에요. 그런 경우도 거의 없고 이 상태가 크게 건강에 대해서 요인이 없으면 건강하지 않을까.” (참가자 4)

○ ‘시각적으로 보기에 좋음’

“저는 일단 외적인 걸 많이 보는 것 같아요. 약간 외적 뭐 마른 것도 아니고 약간 몸에 딱 이런, 이런 애들 있잖아요. 그러니까 뭐라 해야 되지? 라인도 잡히고 그런 애들. 저는 외적인 거에서 많이 보는 것 같아요. 개네들도 속으로는 힘들고 그럴 수는 있는데 저는 외적인 부분에서 좀 괜찮으면 건강하다. 이런 생각하는 것 같아요.” (참가자 11)

○ ‘신체 기능이 원활함’

“어, 나 몸에 문제가 별로… 그 뭐지. 그 배 아픈 것도 없고 (몸 아픈 게 없어야..) 네. 멀쩡하면 너무 좋다. 다치지 않고. (멀쩡하다고 하면?) 그냥 골절이나 뭐 이렇

게 뼈 다친 거나 그다음에 뭐 소화 잘 되고, 그다음에 어, 컨디션 좋고 정신적으로도 건강하고 이러면 되지 않을까요.” (참가자 20)

③ ‘심리적, 신체적으로 건강한 상태’의 개념과 예시

“저는, 솔직히 말하면 신체적 건강하고 마음의 건강. 정신적 건강이나 친구들 관계, 부모님과의 관계. 네, 그런 걸 저는 봅니다. (참가자 21)

“몸과 마음이 건강한 상태?” (참가자 16)

2) 건강유지에 필요한 것과 도움이 되는 요인

건강유지에 필요한 것과 도움이 되는 요인에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-5>에 제시하였다.

(1) 건강을 유지하는데 필요한 것

위기청소년들이 자신의 건강을 유지하기 위해 필요한 것은 무엇인가에 대한 질문에 대해 두 개 하위범주, “본인 스스로의 행동변화(11사례)”와 “정책적 지원(7사례)”이 변동적 비율로 나타났다. 분석에 포함시키지 못한 한 사례만의 응답에서는 ‘사회의 인식 변화’ 라는 보고도 있었는데 이는 고정관념이 사라져야 한다는

표 VI-5 건강유지에 필요한 것과 도움이 되는 요인에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
건강유지에 필요한 것	• 본인 스스로의 행동 변화	변동적 (11)
	• 정책적 지원	변동적 (7)
	• 사회의 인식 변화	- (1)
건강유지에 도움이 되는 요인	• 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력	전형적 (14)
	• 주변이나 인터넷의 도움을 얻는 것	변동적 (5)
	• 전문기관에 도움을 구함	드 문 (3)

것으로 신체적으로 아픈 것에 대해서는 그렇지 않은데 심리적으로 아픈 사람들에게는 정신적으로 이상하다, 어차피 위기청소년들은 이상한 아이들이라는 인식이 많다는 내용의 보고였다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘본인 스스로의 행동변화’의 개념과 예시

○ ‘규칙적인 습관을 만들어야 함’

“생활패턴을 바꿔야 될 것 같은데요. (구체적으로?) 빨리 자고 빨리 일어나고 밥도 막 안 거르고 먹고. (그게 중요한가?) 그래야 될 것 같아요. 그래야 막, 그래야 막 건강에 좋을 것 같고.” (참가자 3)

○ ‘운동을 해야 함’

“비만은 병원에 가기보단, 인식은 하고 있는데 최근에도 다이어트할라고 노력은 하는데 잘 안 되는 느낌. (웃음) (움직이는 프로그램?) 맞아요. 좋죠. (예를 들면?) 운동이요? 그냥 뭐…. 간단한 운동? 저는 격한 걸 좀 좋아해서 헬스 같은 거. 뭘 배울 수 있는 거. 태권도나 유도 같은 거. (이런 거 하면?) 일단 맨날 하는 거니까 약간은 규칙적이게 되겠죠, 생활이.” (참가자 8)

○ ‘수면시간을 조절해야 함’

“일단 점정고시가 끝나야 될 거 같아요. (왜?) 그러면 잠자는 시간도 많아질 거고. (웃음) 그리고 여기, 이 시간에 아침을 먹지 않을까요? (웃음)” (참가자 17)

○ ‘스마트 기기 사용시간을 줄여야 함’

“일단은 핸드폰 중독을 고쳐야겠죠. 고치고, 이것만 고치…. 물론 핸드폰 중독이 약간 공부하다가 막히는 게 있어서 막 머리…. 이렇게 복잡하고 그러니까 약간 회피하려고 하는 부분도 있잖아요. 핸드폰을 자꾸 집어 드는 게. 공부를 매일 꾸준히 하든. 네. 삶의 질이 높아지지 않을까.” (참가자 7)

○ ‘귀찮음을 극복할 수 있는 계기가 필요함’

“(귀찮음을 줄이려면?) 음, 억지로라도 시작할 수 있는 계기가 있으면. (예를

들면?) 진짜, 진짜 뭐 스포츠클럽 같은 것밖에 생각이 안 나는데. (스포츠클럽을 하면 몰까?) 그러니까 좀 재밌는, 재밌는 그런 애들이 좋아할 만한 뭐 배드민턴, 탁구 이런 거 있잖아요. 애들이 되게 쉽게 모여가지고 대결 같은 거 자주 하는 그런 운동을 하거나 하는 게 좀 좋을 것 같아요.” (참가자 6)

○ ‘건강에 관심을 가짐’

“뭐… 네. 그 약을 먹고 배가 아프면 설사약 있고 먹고. 이런 거. 다양한 약들 같은 게 좀 많이 준비되면 좋지 않을까 생각이 들어요.” (참가자 20)

② ‘건강유지에 필요한 정책’의 개념과 예시

○ ‘기관의 지원을 통한 건강 점검’

“전 그냥 건강검진 한번 받고 싶어요. (왜?) 건강검진을 최근에 한 번도 못 받았어요. 그래서 제가 꿈드림에다가 건강검진 하고 싶다고 얘기를 했는데 그 게 안 해…. 거기서 이제 신청서까지 다 썼는데 전혀 연락이 안 오더라고요. (연락이 안 와요?) 네. 그래서 제가 학교 다니면 원래 건강검진 하는 게 있잖아요. 근데 저는 뭐 건강검진할 수 있는 기회가 없어가지고 건강검진을 받고 싶어요.” (참가자 14)

○ ‘식사비 지원’

“어, 특히 그런 거 있잖아요. 되게 막, 나라에서 뭐, 이렇게 진짜 뭐, 쉼터에 사는 애들, 뭐 얼마나 산 애들, 어떤, 이렇게 그런 거에 되게 신경을 써서 카드 같은 거나 아니면 뭐 핸드폰 쿼알 코드나 그런 걸로 이제 뭘 탁, 지원해서, 돈을 지원해주던가 아니면 뭐, 되게 뭐, 밥을 어떻게 지원해주던가 그럼 되게 좋을 것 같아요, 저는. 이, 그럼 되게, 굶을 일도 없고.” (참가자 23)

○ ‘운동시설 확충’

“시설이 이렇게 그 확충됐으면, 확충되는 게 최고겠죠. (시설이?) 이제 하, 문화 센터처럼 이제 꿈드림 프로그램 할 수 있는 데 있고 운동할 수 있는 장소 있고

이런 식으로. (예를 들어 지원을 해준다면?) 일단 헬스장 같은 거나 수영장 같은 게 있으면 좋겠죠. 아니면 운동장 있어도 좋을 것 같고.” (참가자 12)

○ ‘체육센터에서 감액해줬으면 함’

“약간 왜 시마다 보면 약간 막 체육센터 이런 거 있잖아요. (체육센터?) 네. 그런 거 있잖아요. 약간 막 수영장 있고 뭐 그런 거 원래 돈 내고 이제 하잖아요. 저도 이제 그 수영장 다니고 싶은데 그게 은근히 돈이 좀 들어요. 시립인데도. (얼마인데?) 한 달에, 한 달에 6만 원, 7만 원 정도 하는데. 네. 그래서 이제 그런 거를 한, 한 10% 감액까지라도 괜찮을 것 같은데.” (참가자 10)

○ ‘시설에서 이벤트나 콘텐츠 준비’

“청소년들이 참여할 수 있는 이벤트나 뭐 그런 콘텐츠를 주면은…. 준비하지 않을까요? (예를 들어?) 뭐 그냥 지금 제 머릿속에 있는 걸로 얘기하자면 뭐 컴퓨터에서 이스포츠(E-sports) 대회나. 아니면은 뭐 노래해서 뭐 투표해서 뭐 그르거나. 그런 거요.” (참가자 15)

(2) 건강유지에 도움이 되는 요인

현재 자신의 건강을 유지하는데 도움을 주는 요인은 어떤 것이 있으며 그 이유가 무엇인지에 대한 생각은 “생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력(14사례)”이 전형적인 비율로, “주변이나 인터넷의 도움을 얻는 것(5사례)”이 변동적인 비율로, “전문기관의 도움을 구함(3사례)”이 드문의 비율로 나타났다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력’의 개념과 예시

○ ‘생활습관을 규칙적으로 유지함’

“아침, 점심, 저녁 잘 챙겨 먹고. 뭐 하루에 1시간, 못해도 1시간은 운동하고. 네. 그게 다인 것 같아요. 샤워도 좀 하고. (샤워는 왜?) 샤워 안 하면…. 아, 저 약간 이게 콤플렉스라고 해야 하나? 그런 게 막 샤워를 아침에 일어나서 안 하면

좀 그날 하루는 그냥 늘어져요. 뭔가 하루를 시작한다는 기분이 안 들어서. 네. 약간 상쾌하게. 네. 그렇게 맞아야지.” (참가자 7)

○ ‘식습관을 고침’

“대부분은 제가 닭 가슴살이랑 양상추를 싸가요. 계란이랑. (본인이?) 네, 그냥 구워서 싸요. (왜 닭 가슴살이랑 계란이에요?) 단백질 먹어야 돼서요. 저녁엔 탄수화물 항상 먹으니까. 맨날 탄수화물만 많이 먹어서 뭐라도 먹, 단백질 꼭 섭취해야 될 것 같아서 단백질 먹어요. (중략) 쓰러지고 난 뒤에 좀 많이 변했어요.” (참가자 19)

○ ‘운동을 함’

“운동은 일주일에 한 두세 번 정도는 하는 것 같아요. (뭐해요?) 집에서 혼…. 원래는 점핑 그거 아세요? 혹시 점핑 다이어트. 트램펄린 위에서 막 춤추는 그런 하는 데가 있거든요. 그런 거 했었는데 지금은 안 하고 홈 트레이닝 해요. 사이클 돌려요. (얼마나?) 하루에 많을 때는 1시간 반. 적을 때는 한 50분, 1시간 정도.” (참가자 11)

② ‘주변사람이나 인터넷의 도움을 얻음’의 개념과 예시

○ ‘친구에게 도움을 받음’

“그냥 애들한테 이제 연락을 해요. 내가 아픈데 약 있는 분? 막 그러면서 구해다 줄 분? 그런 식으로 하고 끝내는 것 같아요. (중략) 뭐, 그, 살짝 이거 베었을 때 이제 친구가 친, 이제 약을 가져다주든가, 거의 그런 것 같아요.” (참가자 23)

○ ‘친구의 부모님께 도움을 받음’

“(아플 때 도움을 요청할 사람?) 어, 거의 친구 부모님들? 그런 분들 빼고는 아예 없는 것 같아요. (친구 부모님들?) 네. 진짜 친한 애들은 이제 제가 아픈데 이제 쉼터에 사는 걸 알면 큰 병원에 같이 데려다 주신 분도 있었고.” (참가자 23)

③ ‘전문기관에 도움을 구함’의 개념과 예시

○ ‘병원에 찾아가감’

“아프다고 말하면, 병원 데려가 주세요.(누구랑?) 사감 쌤이나, 자원봉사로 오신 선생님들이나, 그렇게 같이 가는 거 같아요.” (참가자 24)

○ ‘건강을 위해 동아리 활동을 함’

“저는 긍정적인 면에서는 약간 건강이 괜찮다고 생각하는 거는 약간 꿈드림 와서 건강 그런 거는 모르겠는데 꿈드림 와서 동아리 활동하면 사람이 활동적이게 되더라고요. 활동적이게 되니까 몸, 몸 건강한 건 모르겠는데 마음이 건강해져요, 일단은. 그리고 몸을 건강하다고 느낀 건 저가 좀 많이 걷는 편이거든요.” (참가자 11)

3) 건강유지의 어려움과 건강유지 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인

건강유지의 어려움과 건강유지 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-6>과 같다.

(1) 건강유지의 어려움

위기청소년들이 건강을 유지하기 어려운 이유와 관련해서는 “불규칙한 생활습관(14사례)”이 전형적인 비율로 나타났다. 또한 “심리적 불편감을 느끼게 하는

표 VI-6 건강유지의 어려움과 극복 요인에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
건강유지의 어려움	• 불규칙한 생활습관	전형적 (14)
	• 심리적 불편감을 느끼게 하는 생각들	변동적 (9)
	• 경제적인 문제	드 문 (2)
	• 주변 상황	드 문 (2)
건강유지의 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인	• 정책적 지원	변동적 (9)
	• 변화를 위한 스스로의 노력	변동적 (8)
	• 주변의 도움과 지지	드 문 (3)

생각들(9사례)”은 변동적 비율로, “경제적인 문제(2사례)”, “주변 상황(2사례)”은 드문 비율로 나타났다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘불규칙한 생활습관’의 개념과 예시

○ ‘불규칙한 식습관이 건강을 해침’

“사실 이게 1시간동안 걸었던 것도 살 빠진 게... 학교에서는 계속 다 먹게 되고 오히려 배고프니까 식판에 한판이 나오면 다 먹었거든요. 근데 이제는 제가 먹고 싶을 때 먹고 안 먹고 싶을 때 안 먹고 이게 불규칙으로 인해서 오히려 몸이 조금 고무줄처럼 좀 몸무게가 많이 왔다 갔다 하는 게 크지 않을까... (지금 먹는 게, 적게 먹고, 폭식하고?) 네. 이게 저는 자퇴하고 나서의 차이점인 것 같아요. 학교 다닐 때 맨날 똑같은 밥만 먹으면서 했는데 지금은 계속 양이 맨날 달라지고 이러다보니까 위도 늘었다 줄었다 이런 게 좀 크지 않을까...” (참가자 4)

○ ‘잠이 부족함’

“전 잠. (웃음) (잠을 적게 자서?) 너무 컨디션이 안 좋아지니까.” (참가자 2)

○ ‘컴퓨터 및 휴대폰 이용시간이 길어짐’

“그게 아, 약간 핸드폰을 많이 하다 보면 좀 자괴감이 많이 들죠. (왜?) 뭐 핸드폰만... 아니, 약간 놀아도 좀 활동적이게 놀거나 확실하게 놀면 뭐 그래도 나름 괜찮다고 생각하는데 핸드폰 하는 건 약간 그냥 하다 보면 시간 흘러 있고 별로 안 좋은 것 같아요.” (참가자 7)

○ ‘잦은 흡연’

“음주는 안 하고 흡연은 해요. (언제부터?) 이게 뭐냐, 끊겼다 피웠다 끊겼다 피웠다 해가지고 제일 처음 피운 게 6살 때 삼촌 거 한 번 피웠다가 이제 초등학교 5학년인가 6학년 때 피웠다가 혼나고 중1, 2 때 피웠다가 또 혼나고 중3 때부터 거기 형들, 같이 살던 형들도 다 피우니까 자기들은 피우면서 우리보고 못 피게 하면 좀 그런갑다 생각했나 봐요, 자기들도. 그래서 이제 중3 때부터 그때 막

마음껏 못 피워도 막 가려서 피우라 해가지고 그때부터 쭉 지금까지 피우고 있어요. (하루 몇 개?) 학교 다닐 때는 이제 친구들 때문에 한 갑은 기본으로 피웠는데 이제, 집에 있다 보니까 반 정도 피우는 것 같아요.” (참가자 3)

② ‘심리적 불편감을 느끼게 하는 생각’의 개념과 예시

○ ‘주위에서 알게 되는 것이 싫음’

“일단 보통은 아프면 가는 게 맞는데. (병원을?) 저는 진짜 막 못 걸을 때 아니면 안 가니까. 이런 거에 대해서 제가 굉장히 미흡하다고 생각해요. (병원에 안 가는 이유가 부모님이 알게 되는 그런 부분?) 부모님이 한 40%되는 것 같고요. 병원비가 한 60% 되는 것 같아요.” (참가자 1)

○ ‘막연하게 괜찮아질 거라 생각함’

“저는 제가 아픈 걸 잘 느끼는데, 이게 뭐 때문에 아픈 거지 이런 걸 잘 몰라서, 단순 아픈 거라고 생각하고, 잠깐 아프다마는 거겠지라는 생각하다 보니까, 나중에 더 심해지고 나서 약간 깨닫는 그런 게 있어요.” (참가자 24)

○ ‘뒤쳐지는 것 같고 포기하고 싶다는 생각’

“이제 막 약간 막 수능.... 수험생들 약간 있는 그런 데 가보잖아요. 그러면 약간 내가 너무 뒤쳐지는 것 같은 느낌 들어서 약간 다 안 하는데 나만 노는 느낌. 학교 다니는 친구들도 학교에서 만약에 잔다 해도 그래도 개네는 학교에서 그래도 몇 시간씩 그래도 하긴 할 텐데 나는 너무, 너무 그런 생각이 들어가지고. 약간 맨날 그런 생각이 들어요. 나만, 내가 좀 뒤쳐지는 느낌 이런 식으로. 내가 학교를 안 다니니까 조금 더 많이 해야 된다는 생각은 좀 드는 것 같아요.” (참가자 10)

“힘들겠죠. 뭐, 힘들겠죠. 포기하고 싶고. 잘 버텨내야죠. 버티자 생각하고.” (참가자 16)

○ ‘우울, 불안한 생각’

“생리통 때문에. 더 우울하고 더 아파요. 많이 심해요. 항상 누구랑 싸워요.

불안해. 뭔가 부순다거나. 하는 그런 일이 생겨요. (뭘?) 핸드폰이던가. 유리병이라든가 뭘, 깨지고 부서져요. (집에서?) 음, 집일, 집일 때도 있고 밖일 때도 있고.” (참가자 19)

③ ‘경제적인 문제’의 개념과 예시

“아플 때. 근데 저도 생각, 저도 약간 아프면 약간 저는 자잘한 거 아픈 거는 병원에 진짜 잘 가거든요. 근데 크게 아픈 건 병원을 안 가요. (왜?) 돈이 많이 들까 봐. 그래서. (예를 들어) 저 뭐지? 그때 열이 많이 났나? 두통도 너무 심하고 열이 너무 많이 났는데 집에 체온계 있는데 열이 너무 많이 나는 거예요. 그래서 그런데도 혹시 이게 큰 병이거나 막 그러면 돈이 많이 들잖아요. 어쨌거나 저희 집이 그렇다고 엄청 잘 사는 것도 아니고 그러니까 돈적으로 그런 게 너무 부담이 되기 싫어서. 그때 또 저녁이었는데 응급실 가야 되는데 돈도 많이 들고 이래서 일부러 얘기를 안 했죠. 병원비.” (참가자 11)

④ ‘건강유지에 어려움을 주는 주변상황’의 개념과 예시

○ ‘시간부족으로 활동이 어려움’

“어, 일단은 뭐지. 공, 운동하고 공부하면 잠이 와가지고. 그렇다고 저는 그래서 공부하고 운동을 나가는데 공부 다 끝내면 새벽 1시라서 운동하기도 되게 눈치 보이고. 그냥 아예 갈팡질팡하지 말고 8월 22일까지는 그냥 공부만 하자 이렇게.” (참가자 13)

○ ‘기관의 규칙으로 인한 제약이 있음’

“그런 거 뭐, 음… 되게 굶고 다니는 게 제일 큰 원인인 것 같아요. (그럼 어떻게?) 어, 일단 돈이 없어서 굶은 거니까. 그런 것도 되게 문제인 것 같고. 이제 저 같은 경우 쉽지가 네, 딱 시간에 맞춰서 있어서. 시간이 지나면 밥을 먹을 수가 없잖아요. 그럼 어쩔 수 없이 굶어야 되고.” (참가자 23)

○ ‘운동이 귀찮고 운동할 장소가 없음’

“밖에서 활동하면 일단 몸을 움직이는 거에 제약이 없죠. 그러니까 뭐 실내에서 하면 팔이 벽에 닿아가지고 못한다거나 이런 것처럼 그런 게 아예 없고. 또 세상 돌아가는. (웃음) 그런 느낌도 알 수 있고 이 시간대에 사람들이 보통 뭐 하나도 알 수 있고. 새로운, 오래 살았지만 새로운 길을 발견할 수도 있는 거고. 그런데 운동할 장소가 없어요.” (참가자 6)

(2) 건강 유지의 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인

반면에 건강유지의 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인 범주에는 “정책적 지원(9사례)”과 “변화를 위한 스스로의 노력(8사례)”이 변동적 비율로, “주변의 도움과 지지(3사례)”가 드문 비율로 나타났다. 분석에 포함시키지 못한 한 사례만의 응답에서는 ‘자존감을 낮추는 사람이 사라짐’이라는 보고가 있었다. 이는 나의 자존감을 낮추게 하는 나를 힘들게 하던 대상이 내 주위에서 없어지니까 그때부터 약간 나를 찾은 느낌이 들어 건강을 유지할 수 있었다는 내용으로 관계에서 오는 어려움에 대한 호소로 보였다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘건강유지의 어려움을 극복하는 데 도움이 되는 정책적 지원’의 개념과 예시

○ ‘병원 등의 무료 의료지원’

“거기 살 때처럼 막 병원비가 안 나오게 되면 자주 갈 것 같은데요. (진짜?) 그래도 불편한 것보다는 나은 것 같아요. (병원비 무료? 아니면 일부를 내더라도?) 무료더라고요.” (참가자 3)

○ ‘상담을 받을 수 있는 기관 지원’

“선생님이 대부분 오시거든요. 오셔서 저의 힘든 점 다 얘기하고. (방문해서?) 네. 진짜 그냥 상담해 주세요. 상담 선생님처럼. 상담 위주로 상담하는 거 같아요. 힘들었던 것도 다 상담하고, 위로해 주시고, 조언해 주시고.” (참가자 24)

○ ‘생활비 지원관련 기관 지원’

“그냥 제가 보기에는 이렇게 그냥 아예 밖에서 사는 청소년들은 만은, 나이는 필요 없고 아마 그냥 그 살고 있는 거주지? 그거를 따른 곳으로 옮겨서, 따른 곳으로 옮기지는 않고 그냥, 그냥 뭐 혼자 자립하고 있다는 그런 거를 해서, 뭐 그냥 그 기초수급? 그런 거를 지원해주거나. 아니면은 밖에 있는 청소년들을 대상으로 그냥 뭐가 필요한지 뭐 그냥 조사를 해서 지원해주는? 그런 정책? 그니까 조금 복잡할 수도 있는데, 그런 과정에서. 좀 그래줬으면 좋겠는 바램이.” (참가자 15)

○ ‘무료 스포츠 활동 지원’

“체육관 같은 데나 가가지고 이 다 같이 모여가지고 기본부터 알려주거나 해가지고. 그런데 무조건 가격은 무료여야 하지 않나. 가격은 무료인데 군 같은 데서 운영해주면 확실히 더 그런 가르쳐주는 사람들은 책임감 있게 할 것 같고. 홍보 같은 거는 학교에다가 청소년들 있는 학교나 이런 꿈드림 이런 데다가 부탁을 하면 이런 게 이런 게 있다. 뭐 언제 언제 이런 걸 한다 하면서 학교에서도 좀 학생들이 할 수 있게 지원을 이렇게.” (참가자 6)

○ ‘도움 받을 수 있는 기관의 정보 제공’

“저는 그때는 이런 상담복지센터가 있는지도 몰랐고 기관이 있는지도 몰랐고 저를 도와줄 사람이 세상에 없다 생각했어요. (어느 시점에 정보를 주면 좋을까?) 저는 고등학교 1학년이라 생각해요. (진짜? 왜?) 네. 그게 진짜 심하대요. 무슨 증후군이 있는데 학교 적응을 못 하고, 적응을 못 하고 너무 힘들어서 우울증이 걸리거나 불안장애나 오는 애들이 진짜 많대요. 그런 애들 있는데 그걸 애들 대처를 잘 못해서 자퇴를 하거나 안 그러면 그냥 불안장애 달고 살거나, 불안장애를 달고 살거나 그렇대요. 근데 그때 센터의 도움이 있었더라면 그걸 예방할 수 있지 않을까.” (참가자 11)

○ ‘병원에서 무상으로 치료’

“부모님 한 명이 이혼하셨거나 아니면 뭐 한 명이랑 같이 사시든가 그런 것 같아요. 그니까 막, 그런 애들이 되게 사는 게 힘들잖아요. 되게 돈을 별로 없고.

그러니까 아파도 참는 것 같아요. 돈 때문에, 거의. (뭘 해주면 좋을까?) (중략)
애들이 이런 말 한 적 있어요. 아유, 난 아플 때 그냥 병원에서 공짜로 해주시면
좋겠다, 막 그런 애들. 몇 명은 그럴 수도 있잖아요. 아, 그러던가 아니면 뭐.
그런 거 있잖아요. 뭐 가출한 애들은 병원이라서 이제 공짜로 해주라, 그런 거?”
(참가자 23)

② ‘변화를 위한 스스로의 노력’의 개념과 예시

○ ‘운동이 필요함’

“작년엔 진짜 이것저것 문제가 많았었는데, 그래서. (작년과 대비해 올해?) 외출
하는 습관, 그리고 운동을 중간에 한번 했어서 그래서 그때 많이 좋아진 거 같아
요.” (참가자 8)

○ ‘약을 복용함’

“그 생리전증후군도 심해요. 그니까 생리전증후군 약을 비싼 약을 먹고. 비타민
D를 먹고 철분제도 먹어요. 맨날 생리 때 어지러우니까. 아침에 그 약 세, 그
영양제 세 개랑. 그리고 정신과 약 하나 먹으면. 먹을려면은 아, 빈속이면 안 되니
까 사과 하나 먹고.” (참가자 19)

○ ‘독서나 공부’

“다른 타인한테 내가 뭐 어떻게 보일까? 이것을 계속 신경 쓰게 되고 그러다
보면 자존감 이런 게 많이 낮아지는 것 같아요. (중략) (어떻게 하면 자존감이
올라갈까?) 아무래도 잡생각을 많이 하다 보니까 이런 생각까지 하게 되는 것
같고 좀 머리를 쓰는 활동을 하면 좀 나아지지 않을까. (어떻게?) 뭐 책을 읽는다거
나 공부를 한다거나 뭐 그런 거요.” (참가자 7)

○ ‘규칙적인 생활 습관을 위해 노력함’

“살다보니, 살다보니. 이게 차츰차츰 괜찮아졌던 것 같은데. (밥을 나름 챙겨먹
고) 나름 규칙적, 규칙적으로. (중략) (계기?) 모르겠어요. 운동을 하고 나서 그런가
계속.” (참가자 18)

③ ‘주변의 도움과 지지’의 개념과 예시

○ ‘상담선생님, 쉼터 선생님 등이 도움이 됨’

“엄청 돼요. 아, 오히려 어떻게 보면 저 혼자 자존감을 올린 게 아니라 선생님이 도와주신 것 같아요. 1시간 정도 상담하게 되는데 상담 받은 그 날은 자존감이 하늘을 찌는 그런 날이에요. 딱 센터를 나오며는 자존감이 확 올려져 있고 기분이 완전 하이 텐션 되가지고 오히려 이런 생활을 하다보니까 오히려 이런 게 자존감을 올린 게 아닌가 싶어요.” (참가자 4)

○ ‘학원친구나 여자 친구가 도움이 됨’

“여자 친구를 만나서. 여자 친구를 만나서 활기찼어요. (누군가가 나를 사랑해준다는 느낌?) 네. 여자 친구가 한 번 잘해주고 했었는데.” (참가자 9)

4) 건강유지를 위해 받은 도움과 도움을 받지 못한 이유

건강유지를 위해 받은 도움과 도움을 받지 못한 이유에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-7>에 제시하였다.

(1) 건강유지를 위해 지금까지 받은 도움

위기청소년들이 자신의 건강 유지를 위해 지금까지 받은 도움의 범주로는 “교육 지원 및 정보 제공(14사례)”이 전형적인 비율로, “의료지원(10사례)”이 변동적인 비율로 나타났다. 분석에 포함시키지 못한 한 사례만의 응답에서는 ‘생필품을 직

표 VI-7 건강유지를 위해 받은 도움과 도움을 받지 못한 이유에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
건강유지를 위해 받은 도움	• 교육 지원 및 정보 제공	전형적 (14)
	• 의료지원	변동적 (10)
도움을 받지 못한 이유	• 기회와 정보 부족	전형적 (14)
	• 스스로 차단함	전형적 (12)

접 지원받음'이 있었는데 3개월에 한 번씩 대략 1년 정도 인스턴트 밥이나 생리대 등 간단한 생필품을 지원받을 수 있어서 삶이 조금은 풍요로워졌다고 보고하였다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① '건강유지를 위해 받은 교육 및 제공받은 정보'의 개념과 예시

○ '질병과 관련하여 문자로 안내 받음'

“교육보다는 약간 핸드폰에 문자메시지가 계속 오더라고요. 그거 말고는 없는 것 같아요. (어떤 내용?) 몇 번째 확진자 이동 경로나 막 예방법이나 막 어디를 가지 말고 그런 거. (도움이 되나? 왜?) 이동 경로까지 뜨고 이제 그러니까 막 집 앞에 PC방을 갔는데 거기서 확진자가 났는데 문자가 안 오면 모르고 계속 가니까. 문자 오니까 거기를 안 가고 감염이 안 되죠.” (참가자 3)

○ '부모님을 통해 교육 받음'

“그런 거는…. 그런 게 있나? 그냥 인터넷 같은 데 돌아다니다가 그냥 엄마가 또 건강 쪽에 관심이 많으셔서가지고 이런 거 영상 봐라 하면 무슨 건강 챙기는 법 이런 거 있잖아요. 이런 영상 봤던 것 같아요.” (참가자 6)

○ '성교육, 흡연교육, 중독예방 등 기관에서 교육받음'

“아, 받았죠. 여기서 건강, 안전 교육을 싹 다 해요. 안 해본 게 없어요. 막 돈 관련된 거 그런 것도, 은행 그런 것도, 대출 이런 것도 교육 싹 다 해주세요. 안 해본 교육이 없어요. 금연 교육, 음주 교육, 성교육 이런 거 싹 다 해요. (도움이 돼?) 네. 엄청 도움 되죠. (왜?) 제가 몰랐던 걸 알게 됐잖아요.” (참가자 16)

○ '여러 병원, 교육관련 정보를 제공받음'

“아, 성교육은 한 적 있고 흡연은 하고 싶은 아이들에게 어떤 흡연 교육 프로그램이 있다는 정보만 알려준 것 같아요. (참여?) 아니요. 해본 적은 없어요. (왜?) 글썄요. 딱히 심각하다고 생각은 안 했던 것 같아요.” (참가자 12)

○ ‘인터넷을 통해 관련 정보를 알게 됨’

“메시지, 그거 모든 사람들이 받는 거, 그걸로. (중앙안전) 유튜브에서도 나오고 하니까 마스크 끼라고. (누가?) 뉴스 막 올라오잖아요, 클립으로. 그거 많이 봐요.”
(참가자 8)

○ ‘기관에서 선생님들이 개인적으로 챙겨줌’

“여기선 선생님들이 신경을 많이 써 줘요. 맨날 열도 재고 하니까. 그래서 여기서 제가 챙기는 건 아닌데 누가 계속 챙겨 주잖아요.” (참가자 5)

② ‘건강유지를 위해 받은 의료지원’의 개념과 예시

○ ‘병원 연계 도움을 받음’

“치과도 갔었고. 그때는 감기 걸려도 갔던 것 같아요. 왜냐하면 옮으면 안 되니까. 같이 생활하는 사람들이. (크게 아파서 간적은?) 제가 그랬던 적은 없는데 독감이 나 진짜 막 전염성 심한 것들 걸리면 입원시켜 줘요, 쉼터에서.” (참가자 2)

○ ‘건강검진 지원을 받음’

“(건강검진?) 저번 주 화요일날 받고 왔어요. (어떻게 알고?) 거기 선생님이 알려 주셨어요. (안 하는 친구들도 많은데) 굳이 안 할 이유는 없으니까. 그냥 학교 다닐 때는 학교에서 직접 오셔가지고 해 주셨잖아요. 근데 지금은 뭐 여기서 하는 거니까 그냥 건강검진해서 나쁠 건 없잖아요.” (참가자 7)

○ ‘의약품 지원을 받음’

“이런 의료에서는 쉼터 같은 곳도 있긴 하죠. (어떻게 해주나?) 일단 그냥 여기에서 응급약을 주고. 그래도 안 된다면 병원을 데리고 가는 그런 방식이죠.”
(참가자 15)

(2) 건강유지를 위한 도움을 받지 못한 이유

건강 유지를 위한 도움을 받지 못한 위기청소년들도 많았다. 물론 지금까지 한 번도 도움을 받지 못했다는 것이 아니라 도움을 받을 수 있는 여러 번의

기회를 놓치거나 선택하지 않았음을 의미하는데 그 이유로는 “기회와 정보의 부족(14사례)”, “스스로 차단함(12사례)”과 같은 두 개 하위범주가 전형적인 비율로 나타났다. 특히 스스로 차단하게 된 이유로는 도움 받는 것의 필요성을 느끼지 못하거나, 자신이 도움을 받았다는 사실이 기록에 남는 것이 싫어서, 또 부모님이 알게 되는 것이 싫어서 등의 이유가 포함되어 있었다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘기회와 정보 부족’의 개념과 예시

○ ‘정보를 받거나 들은 적이 없음’

“(정보가 있는데 모르는 건지, 아예 없는지?) 아예 없는 것 같아요. 일단 뭐 딱히 그렇게 청소년 식단 관련 그런 공지 같은 것도 없어서. 그리고 뭐랄까. 애들이 좀 관심 있는 거는 대학입시나 막 이런 혜택 같은 거 그런 거에 되게 관심이 있어 보이더라고요. 그래서.” (참가자 13)

○ ‘기간을 놓침’

“지원해주는…. 그러니까 건강검진 지원해주는 거 알고 있어요. 그런데 신청을 안 해가지고 제가 (웃음) 안 했을 뿐이지 그 지원되고 하는 건 알고 있어요.” (참가자 6)

○ ‘학교를 그만두어 도움 받지 못함’

“(학교를 그만두고 교육을 받은 적?) 아니요. 그건 없어요.” (참가자 21)

○ ‘보호자나 말할 상대가 없음’

“보통 꿈드림. 꿈드림에서 하라고 건강검진 있다 신청을 해라 하고. 그러면 신청을 하면 이렇게 우편물을 보내요. 어디로 가라고. (중략) 그다음에, 들은 바로는, 제가 가질 않았거든요, 저는. 대형병원으로 갈라면 같이 가야 된대요. (누구랑?) 꿈드림에서, 센터에서 사람들이 모여서 가야 되고. 소형 병원 같은 경우에는 부모님이랑 같이 가야 된대요. (혼자는 안 되나?) 네. 그래서 좀 못 갔었어요. 엄마도 바쁘고 그래서.” (참가자 8)

○ ‘지원 연령 대상이 아니라서’

“아, 그 나는 봄이라는 센터가 서울 합정역에 있는데. 그 센터가 그 정도 의료기관이 있거든요. 여성 애들만 위주로 해서. 근데 너무 좋았거든요. (지금은?) 네, 지금도 있어요. 아, 전 못가요. (왜?) 쫓겨났어요, 19살이 넘어서.” (참가자 19)

○ ‘기회가 없었음’

“있을 것 같은데 저는 들어본 적 없어요. 다닌 지 얼마 안 돼가지고. (언제부터?) 지금 한 달 됐나, 이제.” (참가자 22)

② ‘스스로 차단함’의 개념과 예시

○ ‘대수롭지 않게 생각함’

“감기 걸려도, 감기 별로 대수롭지 않게 생각하고. (걸리면 어떻게?) 감기 걸리면요? 감기 걸린 채로 그냥 살아요. (이런 게 도움 될 거 같다 한 거?) 건강에 대해서는 뭐 굳이 그런 거는 없어요.” (참가자 15)

○ ‘기록이 남을까봐 도움 받지 못함’

“나는 봄이라는 기관이 의료 지원 같은 거 다 돼서 이쪽도 있긴 한데 보통 기관에 저는 도움을 잘 요청하는 편이 아니어서요. (왜요?) 그것도 기록 남을까 봐.” (참가자 1)

○ ‘건강해서 받을 필요가 없었음’

“그거를 잘 모르겠어요. 근데 제가 있는데 안 받은 거 같아요, 아마. (왜?) 그냥 굳이 들어야 되나? (웃음) (왜 그런 생각?) 지금 충분히 잘 지키고 있다 생각해서. (웃음)” (참가자 25)

5) 건강유지를 위해 필요한 국가 차원의 정책과 행정 지원

건강유지를 위해 필요한 국가 차원의 정책과 행정 지원에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-8>과 같다.

표 VI-8 건강유지를 위해 필요한 국가 차원의 정책과 행정 지원에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
청소년의 건강유지를 위해 필요한 국가적 차원의 정책과 행정적인 지원	• 실질적인 정보 제공과 적극적인 홍보	전형적 (16)
	• 의료비 지원	전형적 (16)
	• 다양한 프로그램 지원	변동적 (8)
	• 생필품 및 식사 지원	변동적 (7)
	• 금전적 지원	변동적 (7)
	• 간편한 행정 절차	변동적 (6)
	• 신원에 대한 비밀보장	변동적 (5)

(1) 건강유지를 위해 필요한 국가적 차원의 정책과 행정적인 지원

위기청소년들은 자신들의 건강유지를 위해 국가적 차원의 정책과 행정 지원이 더 많이 제공되기를 바라는 마음이 컸다. 청소년들의 건강유지를 위해 국가가 행해야 할 정책이나 행정적인 지원의 범주로는 “실생활에서 정말 필요한 실질적인 정보를 제공하고 이를 적극적으로 홍보해 줄 것(16사례)”, “의료비 지원(16사례)”이 전형적인 비율로 나타났다. 또한 “다양한 프로그램 지원(8사례)”, “생필품 및 식사 지원(7사례)”, “금전적 지원(7사례)”, 지원 이용이 수월하도록 “간편한 행정 절차(6사례)”, 지원을 받는 청소년들의 “신원에 대한 비밀보장(6사례)”에 대한 요구가 변동적인 비율로 나타났다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘실질적인 정보의 제공과 적극적인 홍보’의 개념과 예시

○ ‘식습관을 위한 요리법’

“음…. 최소 아침, 점심, 저녁을 어떻게 먹어야 되는지 이 정도나 아니면 좀 효율적인 식습관을 위한 요리법 이런 거. (웃음) 이런 느낌. (어떤 내용?) 그러니까 아침, 점심, 저녁마다 필요한 영양소가 다를 거 아니에요, 아마도. 아침에는 활동, 아침을 먹고 난 뒤에는 활동을 많이 해야 되니까 탄수화물 위주로 먹어야 된다

이런 것 같이 어떤 영양이든 조화를 이루는 적어도 먹어야 되는 음식. 어떤 반찬까지 들이면 좋다 이런 거나 점심에는 어떤 단백질 먹으려면 두부 같은 걸 먹는 거 좋다 이런, 이런 정보. 이런 정보가 있으면 밥을 챙길 때 더 좋을 것 같아요. 좀 필요한 것만 딱 먹을 수 있기도 하고.” (참가자 6)

○ ‘건강관련 정보나 교육 안내’

“어… 그런 것보다 짝꿍, 그런 거 있잖아요. 막 내가 어딜, 아파서 어떻게 갔는데 뭐, 거기서 병원비가 나왔으면 이게 어떻게 지불을 해야 되나? 그런 것도 되게 궁금하고. 그것보다 전 되게 몸에서 제 얼굴 부위를 되게 많이 생각을 해요, 애초에. 그, 막, 피부도 어디에 뭐, 여드름이 나거나 갑자기 무슨 트러블이 났을 때 어떻게 해야 되나? 그런 교육이 되게, 많이 받고 싶어요.” (참가자 23)

○ ‘성관련 교육’

“학교나 학교에서 그런 거 해줬음 좋겠어요. 성교육 같은 것도 그냥, 이건 나쁜 거야, 학생들 이런 거 하면 안 돼 라는 인식을 심어주는 게 있는데. 그냥 살짝 성병의 위험이나 아니면 이거를 살짝 올바른 피임 방법. 저는 그런 거 위주로 알려줬으면 좋겠어요.” (참가자 21)

○ ‘직업 및 진로와 관련 된 정보’

“없어요. 그런 거 없어요. 그냥 자퇴하고 끝이에요. 근데 학교마다 다른데 원래 약간 숙려기간 해가지고 한 일주일, 이주일 정도 생각을 하는 시간을 줘요. 근데 그때도 약간 그냥 학교를 다니게끔 설득을 하는 거지 뭐 그만두면 이런 시설이 있고 이런 데 가서 니가 이런 도움을 받을 수 있고 그런 거 없어요. 자기가 다 찾아야 돼요. 근데 그런 것 좀 그래요. (얘기를 해주면?) 해 주면 좋긴 한데 이제 숙려기간 그런 거 하는 친구한테는. 하면 좋을 것 같아요.” (참가자 10)

○ ‘건강 서비스 관련 홈페이지 개설 및 정보 제공’

“학교, 학교 그만둘 때 약간 애초에 이렇게 봉투에 서류 같은…. 이렇게 건강검진이나 아니면 학교 밖 청소년이 받을 수 있는 혜택 이런 것들을 아예 묶어서

주면 그래도 읽지 않을까라는 생각이 들어요. 애초에 그렇게 알면.”(참가자 7)

“근데 확실히 청소년 보호 같은 경우에는 홍보가 많이 안 되어 있어서 저도 쉽터 같은 것도 몰랐다가 지인이 알려줘서 안 것처럼, 정말 가정 밖 청소년들을 위한 거를 홍보 자체가 안 되어 있어요.” (참가자 24)

○ ‘SNS에 건강과 관련한 정보를 홍보’

“인터넷으로 많이 홍보를 하면 애들이 많이 볼 거 같아요. (어떤?) 보통 유튜브도 많이 보고 인스타그램. 이쪽으로. 저는 인스타그램 많이 찾아봤었어요. (해시태그?) 해시태그. 페이스북 이런 쪽으로 검색할 수 있는 키워드를 많이 만들어서.” (참가자 8)

② ‘의료비 지원’의 개념과 예시

○ ‘병원비 지원 및 연계 필요’

“그러니까 꿈드림 안에서도 저 같은 경우는 이제 가자고 해서 갔지만 솔직히 가자고 안 하면 애들이 자발적으로 이런 거 잘 안 하니까. 그런 문제도 있는 것 같긴 한데. (받게 하려면?) 선생님들이 애들한테 연락을 좀 하는 게 나을 것 같은데. 있으니까 하고 싶으면 가자. 이런 식으로.” (참가자 10)

○ ‘치료 기관 확대’

“음... 최소한. 최소한의 아, 아픈 거 정도? 그냥, 그냥 병원비. 병원비까지는 아니더라도 그냥 시설을 한, 구, 구마다 좀 지어줬으면 좋겠어요. 동네에, 구마다. 청소년, 그래도 만24세까지는 돈별이가 잘 안 되니까. 24세까지는 그래도 치과라도 안과라도 좀 그나마.” (참가자 19)

③ ‘다양한 프로그램 지원’의 개념과 예시

○ ‘운동 관련 프로그램’

“필라테스가 뭔가 갑자기 궁금해요. 필라... (웃음) (왜?) 필라테스가 살이 쪽쪽 빠진다고 들어서. 아이돌들이 다 한다고 하는데요. 근데 다만 비쌌 뿐. (웃음) (무료

지원이면?) 아, 괜찮을 것 같아요. 필라테스하고 싶었는데 지금 못하고 있어가지고.” (참가자 13)

○ ‘스마트 기기 중독에 대한 검진 관련’

“핸드폰 중독 검사라고 해야 되나? 약간 그런 것도 있으면 괜찮을 것 같고요. (어디서 어떻게?) 인터넷 설문조사를 이렇게 문자로 보내서 사이트 들어가서 한 다음에 중독이다라고 나오면. 네. 센터나 이런 데. 그런데 받으면 좋을 것 같고.” (참가자 7)

○ ‘진로 관련 탐색 지원’

“저는 이제 꿈이 있는데 없는 친구들이 되게 많잖아요. 솔직히 제 포레에 있는 애들도 드물고. 그러니까는 여러 가지 일단 해보는 게 되게 좋은 것 같아요. 자, 그리고 그 중에서 진짜 자기가, 자기가 좋아하는 게 뭔지. 그러다 보면 이제 정신적 건강도 건강해지지 않을까. 네. 그런 생각을 합니다.” (참가자 22)

○ ‘상담 서비스 필요’

“네. 거기 쉼터에 계시는 분들이 어쨌든 상담하시는 분들이니까 틈틈이 상담도 하고 조금 이제 걱정이, 염려가 되는 친구들은 아예 그냥 병원을, 정신병원 상담하러 가고 아니면 가끔씩 이제 오시는 분도 계세요. 성모병원 이런 데서. 정신과에서 오실 때도 있고. (도움이 됐어요?) 저는, 저는 학원 때문에 1번밖에 못 해 봐가지고. 괜찮았던 것 같아요. 확실히 전문가는 전문가구나. (쉼터 밖 친구에게도 그런 서비스가 있다면?) 좋을 것 같아요. (왜?) 약간 의지가 되지 않을까요?” (참가자 2)

④ ‘생필품 및 식사 지원’의 개념과 예시

○ ‘생필품 지원’

“지원을 조금 늘려주시면 좋겠어요. (무슨 지원?) 특별하게 제가 지금까지 받아왔던 거를 예를 들어보면 그런 간단한 생필품이나 그리고 생리대 지원이 제일 좋아요. 그리고 먹을 것도 주셨고 해서 되게 삶이 그래도 풍요로웠거든요. (박스에

이것저것 넣어서?) 네. 간단한 뭐 스팸이나 참치 같은 것도 넣어주시고. 그랬는데. 그럼 그거 하나 가지고 원래 3개월 쓰라고 주신 건데. (한 박스?) 그래도 저는 그거 아끼고 아껴서 5개월 동안 쓰고 그러거든요. 그래도 되게, 되게 풍요로웠어요.” (참가자 1)

○ ‘급식카드 및 도시락 등 지원’

“좀 자취 말고 조금 밥 같은 거 잘 못 먹을 수 있는 경우에는 도시락이라도 좀 지원해줄 수 있는 그런 상황이 있으면 확실히 좋겠죠. (어떻게 줘야?) (중략) 결식, 뭐 결식하는 애들 도와줄 카드 있잖아요, 그런 거. 그런 것처럼. 그래서 만약에 꿈드림에서도, 꿈드림에서도 저 같은 애들 말고 좀 사정이 있어서 집을 나오거나 잘 밥 제대로 못 먹는 애들한테 그렇게 지원을 해줄 수 있으면 그게 확실히 낫긴 하겠죠. 좋아요. 카드 같은 거를 주고 먹을 수 있게 하는 게.” (참가자 6)

⑤ ‘금전적 지원’의 개념과 예시

○ ‘진료비, 약값, 병원비 지원’

“제가 할 수 있는 방법은 제때 제때 병원에 가는 거고 제가 할 수 없는 거는 심터에 있던 것처럼 어떤 선생님이나 관련 사람이 나와서 같이 병원에 가준다거나 아니면 어떤 병원비를 청구를 했을 때 뭐 어느 정도 지원을 해 준다거나 하면 좀 덜 부담이 되지 않을까요?” (참가자 2)

○ ‘생활비 지원’

“음, 생활비, 용돈 같은 거 많이 지원해줬으면 좋지 않을까. 후원 같은 거. (중략) 솔직히 어, 저도 솔직히 부모님이 좀 가정형편이 안 좋으니까 저한테 용돈을 별로 못 주시거든요. 그래서 한 대략 한 20만 원. 20만 원 정도, 한 달에. (20만 원 정도?) 네. 25만 원 그 정도?” (참가자 20)

⑥ ‘간편한 행정절차’의 개념과 예시

○ ‘검사 안내 및 결과 모바일 서비스’

“검사만 받고 결과를 받으려 안 가는 경우) 귀찮잖아요. 받으려 갈 시간이 없죠. 놀아야 돼요. (방법?) 문자로 보내면 되죠.” (참가자 5)

○ ‘주변 눈치 보지 않고 신고 가능한 앱 개발’

“남 의식을 너무 많이 하니까. 제가 봤을 땐 앱, 어플 같은 걸 하나 만들어서 그냥 신고 정도로만 해서, 그냥 파견? 까진 아니더라도 이제 메세지 해서, 그런 걸로 하는 게 제일 좋다곤 생각은 하는데. (웃음) 제가 너무 생각이 짧아서. (웃음) (어플을 깔까?) 그니까 그게 이제 문제긴 한데. 그래도 도움이 필요하면 하지 않을까요? 자기가 필요하면 하게 될 거 같다고 생각.” (참가자 25)

⑦ ‘신원에 대한 비밀 보장’의 개념과 예시

○ ‘기록이 남지 않고, 부모님께 알리지 않았으면 함’

“저는 솔직히 안 좋아해요. 그런, 그런 거 말고 그냥 프린트해서 학생한테 주는, 주고 학생이 원하면 부모님께 보여드리는 거에 대해서는 좋은데 그냥 무조건 무슨 진짜 암 이런 것처럼 큰 문제가 있으면 그건 당연히 부모님한테 알려야 되는데 그런 큰 지병이 있거나 뭐 무슨 병이 있는 게 아니면 그냥 학생한테만 줘도 학생이 학교 밖 청소년 한 열다섯에서 열아홉일 거 아니에요. 그럼 그 정도 자기 몸 상, 이런 거 그거를 보고도 자기 몸 상태가 지금 어떤 상황인지 다 파악할 수 있는 정도라서 학생이 보고 알아서 판단해서 부모님께 보여드리거나 아니면 혼자서 보든 해도 될 것 같아요. 아, 근데 부모님께 보내는 건 또 걱정시키는 것 같기도 하고, 괜히. 좀 부모님이 이제 너 왜 이렇게 했어? (중략) 돌아오니까. 학생들도 그것 때문에 스트레스 받을 것 같아요.” (참가자 6)

표 VI-9 일반적인 건강대처 경험과 건강검진 장려방안에 대한 교차분석 결과

영역	범주	응답빈도
건강 대처과정에서의 경험	• 아플 땐 적극적으로 병원진료를 받음	전형적 (22)
	• 귀찮아서 그냥 참음	전형적 (14)
	• 경제적 이유로 치료나 검진을 포기함	변동적 (10)
	• 예방을 위해 운동과 정서조절에 노력함	변동적 (4)
건강검진 장려방안	• 답례품 지급	전형적 (13)
	• 기타	드 문 (3)

6) 위기청소년들의 일반적인 건강대처 경험과 건강검진 장려방안

일반적인 건강대처 경험과 건강검진 장려방안에 대한 교차분석 결과는 <표 VI-9>와 같다.

(1) 일반적인 건강대처 경험

위기청소년들의 일반적인 건강대처경험의 범주는 “일단 아플 땐 적극적으로 병원진료를 받음(22사례)”, “귀찮아서 그냥 참음(14사례)”이 전형적인 비율로 나타났다. 그 외에 “경제적 이유로 치료나 검진을 포기함(10사례)”, “예방을 위해 운동과 정서조절에 노력함(4사례)”이 변동적인 비율로 나타났다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘아플 땐 적극적으로 병원 진료를 받음’의 개념과 예시

○‘스스로 병원에 가고 약을 먹음’

“저는 약간 뭐라 하죠? 조금 아프면 막 인터넷 찾아봐요. (건강염려?) 네, 맞아요. 그게 진짜 심해요. 조금 아프면 항상 찾아보고 항상 병원을 가요. (인터넷으로? 뭘?) 만약에 저가 발이 만약에 조금 부었다. 이렇게 생각하면 갑자기 발이

부어요. 갑자기 발이 부어요. 이렇게 인터넷 쳐보면 지식인이나 어디 블로그 항상 많이 뜨거든요. 그런 거 보고 항상 병원을 가요. 조그마한 것도. 그래서 입술이 갑자기 부었다. 이러면 조금 부었다. 이러면 바로 저는 치과 달려갔어요.” (참가자 11)

○ ‘기관의 지원을 받아 병원에 감’

“다른 애들. 근데 꿈드림에서 아프다 하면 저한테 옛날에 그랬는데 제가 좀 아파서 병원에 갔는데 그런 거를 지원을 해 줘요. 다 지원해 주는 건 아닌 것 같은데 저한테 옛날에 그렇게 얘기하시더라고요. 제가 ○병원에 갔는데 아픈 데 있으면 같이 병원을 가더라고요, 선생님이. 의료 쪽에서도 건강검진도 공짜로 해 주고 그런 지원이 좀 있는 것 같아가지고.” (참가자 11)

② ‘귀찮아서 그냥 참음’의 개념과 예시

○ ‘귀찮아서 아무것도 하지 않음’

“귀찮아요. 그냥 귀찮아서 병원 안 가요. (귀찮아서 참고.) 귀찮아서 그냥 신경 안 쓰고 있으면 그냥... (쉼터 선생님한테 이야기 해봤나?) 아니요. 어차피 병원 가기 귀찮아서 얘기 안 해요. 얘기하면 병원 가야되니까 그냥 얘기 안 해요.” (참가자 5)

○ ‘심한 병이 아니라서 치료하지 않음’

“이게, 왜 그런지 모르겠어요. 눈물이 나오더라고요. 뭐가 들어가지도 않았는데 눈물이 나오고 계속 따끔따끔하고. 눈물이 계속 나오는 것 같아요. (병원은?) 아니요. 딱히 뭐 눈이 막 그렇게 쭈시는 것처럼 아픈 것도 아니고 딱 잠깐 5분 그래가지고 불편한 것도 별로 없어갔고 병원 안 가봤어요.” (참가자 3)

③ ‘경제적 이유로 치료나 검진을 포기함’의 개념과 예시

“전 병원을 안 좋아해가지고. (왜?) 아버지도 그렇고 병원 가는 걸 별로 안

좋아해가지고. (왜?) 가면 항상, 모르겠어요. 저희만 그런지 모르겠지만 가면 항상 돈 떼먹는 사람이 많아 가지고. (돈을 떼어 먹다니?) 그, 일부러 막 부풀려서 얘기하고 막 하는 사람이 많아서. 저희 엄마 병원 갔을 때도 그렇고. 한 번은, 그런 사람이 많아서 딱히 심하신 거 아니면은. 잘 안 해요. 그리고 또 병원 갈 정도로 되게 아픈 것도 아니었어가지고.” (참가자 18)

“비싼 병원비로 인해 병원에 입원할 수가 없어요. 집에 약이 있으면 먹기는 하지만 굳이 사서 먹지는 않아요.” (참가자 4)

“돈이 드니까 엄청 심하게 아픈 경우가 아니면 병원은 안 가게 되요. 병원비 때문에 웬만하면 병원에 잘 안 가는 거죠.” (참가자 21)

“저소득층 친구가 아픈데 병원에 안 가고 참는 것을 많이 봤어요.” (참가자 18)

④ ‘예방을 위해 운동과 정서조절에 노력함’의 개념과 예시

○ ‘운동을 함’

“그냥 헬스장도 했었…. 다녀왔고. 근데 그거는 그나마 오래 하긴 했는데 그때 뭐 때문에 그만뒀…. 뭐 때문에 그만뒀다가 쪽 못 가고 있고 지금 다녀야 되는데 계속 못 가고 있고. 원래는 올해부터 다니려고 했어요. 근데 코로나 때문에 또 못 갔어요. (웃음) 또 뭐 유도도 제가 잠깐 했는데 그거는, 그거는 그때 제가 이겨 뭐야, 이거 피어싱을 뚫으면서 이것 때문에 못 하는 거예요, 몇 달 동안. 그래서 그때 쉬다 보니까 계속 안 가고 있어요, 지금도.” (참가자 10)

○ ‘심리적 어려움을 해소하고자 함’

“저는 기분 나쁘거나 이런 일이 있으면 제 기분을 제가 바꿔주려고 노력해요. 그래가지고 우울하네. 이러면서 우울함에 갇혀있지 않고 우울하니까 뭐할까? 뭐 재밌는 거 있나? 뭐 맛있는 거 먹을까? 이런 식으로 환경을 바꿔주거든요. 그러면서 그날의 스트레스를 다 풀고 다음에도 계속 마음에 이고 가지 않으려고 노력하거든요.” (참가자 4)

○ ‘나의 상태를 주위에 알림’

“애기를 하죠, 저는. 처음에 애기를 했는데 왜 참는 이유가 디게 자주 아프거나 많이 아픈데 작은 거 아픈 거에도 그렇게 바로 바로 애기를 하면은 좀 그렇죠. (어떤 데?) 그냥 남들이 보기에 좀 안 좋을 거 같아요. 애는 계속 아픈 애구나, 궤병이네, 내가 진짜 너무 아플 때 신경을 안 써줄 거 같은 느낌이 들어요. 그냥 저, 엄마한테는 조금 아파도 애기를 하는 편이긴 해요, 엄마한테는. 엄마한테는.” (참가자 21)

(2) 건강검진 장려 방안

위기청소년들이 예방적 차원으로 혹은 치료를 위해 병원에 가는 것을 장려할 수 있는 방안으로 제안한 것으로는 “치료 시 답례품 지급(13사례)”이 전형적인 비율로 나타났다. 그 외의 응답인 “기타(3사례)”는 변동적 비율을 보였는데 구체적으로 살펴보면 의료기관의 접근성이 좋아져야함과 현재 쉽거나 기관에 소속되어 있지 않아도 이전 담당 선생님들이 지속적으로 연락해주면 좋겠다는 의견들이 있었다. 구체적인 개념과 예시는 다음과 같다.

① ‘치료 시 답례품 지급’

○ ‘문화상품권과 같은 답례품 지급’

“네. 이런 것도 있을 것 같아요. 문화상품권도 주지만 받아야 된다. 5천원 밖에 안 된다. 이런 생각으로 애들이 그냥 넘기는 게 많은 거 같아가지고 오히려 상품을 더 많이 주면 되지 않을까요? 현혈처럼... 그럼 좀 더 낫지 않을까 싶은데. (현혈?) 현혈을 하면 현혈증서랑 봉사시간도 있고 간식도 주시고 편의점 이용권 3천5백 원? 이런 거도 주시고 ○○, ◇◇◇ 카페 이런 거 주시고... 이런 것 때때 솔직히 애들 많이 가는데... (웃음)” (참가자 4)

② ‘기타’

○ ‘심리검사, 건강 검진 등의 의무화’

“솔직히. 정부에서 LH부터 해가지고 의료보험도 해주고, 의료보험도 다 있고. 자기가 어떻게 마음 먹냐예요. 먼저 마음을 먹어야지 자기들이 이제 연락을 해가지고 도움을 요청하던가, 청소년 상담센터 많잖아요. 그런 데 전화해서 연락을 취해야지 거기서도 뭐 해줄 그거, 절차를 밟고 방법을 찾지. 먼저 연락도 안 하는데. 이런 거를 기다리고, 이런 게 뭐가 생길지 기다리고 있으면 안돼요. 자기들이 연락해서 말해야지.” (참가자 16)

○ ‘관련 기관 연계 서비스’

“건강검진 해줬으면은 뒤에는 뭐 해주는 게 없잖아요. 건강검진만 딱 해주는 거 아니예요? 저는 그걸로만 알고 있어요. 건강검진만 해주는 걸로 알고 있어요. 그럼 뒤에 뭘 해주는 게 없으니까. 이런 생각이 들기도 하고. 학생들을 위한 거라면은 학생들이 왜 자퇴를 했나, 왜 학교를 안 가나, 학교에서 어려운 점이 뭔가를 더 물어보고 이것을 개선하려고 노력했으면 좋겠어요. 그런 거 해주지 말고, 저는.” (참가자 21)

○ ‘SNS에 건강과 관련한 정보를 홍보’

“인터넷으로 많이 홍보를 하면 애들이 많이 볼 거 같아요. (어떤?) 보통 유튜브도 많이 보고 인스타그램. 이쪽으로. 저는 인스타그램 많이 찾아봤었어요. (해시태그?) 해시태그. 페이스북 이런 쪽으로 검색할 수 있는 키워드를 많이 만들어서.” (참가자 8)

3. 요약 및 정책적 시사점

1) 요약

세계보건기구에서 규정하고 있는 건강의 개념에 비추어 본다면 건강은 심리적, 신체적 영역을 모두 포괄하며 개인의 삶의 실현과 사회적 기여를 포함하는 중요한 의미를 지닌다. 따라서 위기청소년들의 ‘건강함’의 의미는 그 개인과 사회의 성숙과 성장을 위해 꼭 필요한 요소이다.

다수의 선행연구 결과들을 볼 때 사회경제적 요인 및 거주지 등과 같은 물리적 환경이 아동청소년의 건강상태와 건강행위에 영향을 미치는 주요 요인으로 확인되었다(예: 김명희, 전경자, 서상희, 2011; 안진상, 김희정, 2013). 이에 물리적으로 열악한 환경에 처할 가능성이 높은 위기청소년들은 건강불평등을 경험할 가능성이 높다. 다행히도 최근 들어 건강불평등을 해소하려는 연구들이 진행되면서 취약계층의 건강권 보장에 관심이 쏠리고 있지만 위기청소년들의 건강한 성장을 위한 현실적이고 구체적인 지원은 아직 부족한 실정이다.

이에 이 장에서는 위기청소년들의 건강권 보장을 위한 정책연구의 일환으로 이들이 당면한 건강문제들과 그에 따라 필요한 중장기적 욕구 파악을 통해 이들의 건강권 보장을 위한 정책과제를 도출하고자 하였다. 이를 위해 25명의 위기청소년들을 대상으로 심층면접을 실시하였고 25개의 사례에 대해 합의에 의한 질적 연구법을 통해 자료를 분석하였다. 그 결과 총 11영역, 청소년이 지각하는 자신의 건강상태, ‘건강함’의 의미, 건강유지에 필요한 것, 건강유지에 도움이 되는 요인, 건강유지의 어려움, 건강유지의 어려움을 극복하는데 도움이 되는 요인, 건강유지를 위해 받은 도움, 도움을 받지 못한 이유, 건강유지를 위해 필요한 국가적 차원의 정책과 행정 지원, 건강대처과정에서의 경험, 건강검진 장려 방안이 도출되었다. 11개 영역에서 ‘전형적’¹⁵⁷⁾ 범주를 중심으로 본 연구결과는 다음과 같다.

첫째 위기청소년들이 지각하는 ‘건강함’의 의미는 신체적 영역에서는 질병과 기능상의 문제가 없고 외견상 보기 좋은 상태를 의미한다. 정신적인 영역에서의 건강은 심리적으로 안정된 상태, 스스로 만족감을 느끼는 상태, 대인관계에 어려움이 없는 상태를 의미하는 것으로 요약되었다. 이를 기초로 청소년들이 지각하는 현재 자신의 건강상태는 신체적, 심리적으로 모두 건강하다기보다는 둘 중 한 영역에서만 건강을 유지하고 있는 경우가 더 많았다. 특히 자신이 심리적으로 건강하지 않다고 보는 청소년들은 우울이나 불안, 대인관계의 어려움 등을 호소하였다. 한편 신체적 건강상태가 좋지 않을 경우에는 개인에 따라 두통, 요통, 충치, 위장장애, 피부질환 등 다양한 증상을 언급하였다. 이러한 결과에서 위기청소년 스스로가 자신의 상태를 건강취약집단이라고 여기며 건강에 대한 불편감을 느끼고 있음을 알 수 있다.

둘째 청소년들은 건강을 유지하기 위해 필요한 것과 도움이 되는 요인으로 본인 스스로의 행동변화, 즉 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력이 가장 중요하다고 인식하고 있었다. 그러나 현실에서는 불규칙한 식사와 수면, 잦은 흡연과 컴퓨터 및 휴대폰 이용시간의 과다 등으로 인해 건강하지 못한 생활습관을 유지하는 경우가 많았다. 청소년들은 가정이나 학교에서 나온 뒤 더 건강해졌다는 경우보다는 건강이 악화되었다는 응답이 더 많았다. 즉 생활이 불규칙해지고 대인관계가 좁아지면서 무기력해지거나 살이 찌는 등의 결과를 언급하였다. 이는 위기청소년들이 생각과 달리 실제 건강증진행동 수행률은 떨어지는 것을 의미하는 것으로 건강을 유지하기 위해 자율적으로 자신의 삶을 조절하는 데 어려움이 있음을 시사한다.

셋째 현재 청소년들이 속해 있는 시설 및 기관, 그리고 국가적 차원에서 실시한 교육과 정보 제공이 이들의 건강을 유지하는데 많은 도움이 되고 있었다. 실제로 상당수의 청소년들은 면접에서 지원기관 및 시설을 통해 식생활이 개선되거나

157) 총 25사례 중 12~23사례에서 공통적으로 보인 반응을 의미한다.

병원치료·심리상담을 받을 기회가 늘어나고 다양한 활동을 통해 활동성이 증가되면서 건강상태가 개선되었음을 보고하였다. 그럼에도 불구하고 여전히 정보의 사각지대에 놓여 지원을 받지 못하는 청소년들도 적지 않았다. 이는 소속된 시설 및 기관의 구조나 행정상의 한계, 그리고 건강보다 당장 필요하다고 생각되는 취업과 진로에 더 관심이 집중되기 때문으로 해석될 수도 있다. 이에 위기청소년들의 건강을 개인이나 보호자가 책임질 일로만 남겨서는 안 되며 정부 차원에서 보다 적극적인 관리와 균형 있는 보호 및 지원이 필요하다.

넷째 위기청소년들은 건강유지를 위해 필요한 국가적 차원의 정책과 행정적인 지원에 대한 전형적인 반응으로 실질적인 정보를 제공함과 동시에 적극적인 홍보로 기회를 놓치지 않게 노력해 줄 것과 의료비 지원의 확충을 요구하였다. 위기청소년들은 가정이나 학교라는 보다 안전한 보호망에서 벗어나 생활하다보니 혼자 감당해야 하는 영역들이 많은 것이 사실이다. 따라서 이들은 영양 관리 및 식사 준비 방법, 올바른 피임법, 지역별 건강검진기관에 대한 안내 등 실제 활용할 수 있는 정보들의 제공이 반드시 필요하다. 또한 경제적인 이유로 병원진료나 검진을 받지 못할 경우가 많기 때문에 실제적인 의료비 지원은 이들의 건강유지와 질병 예방을 위해 실질적인 도움이 될 수 있을 것이다.

마지막으로 주목해야 할 결과는 위기청소년들은 적극적으로 진료를 받는 것과 비슷한 비율로 귀찮아서, 혹은 별 것 아니라고 생각해서 진료를 받지 않고 참는 반응이 도출되었다. 이와 같이 소홀한 건강관리는 청소년기에는 별다른 증상이나 어려움으로 이어지지 않을 수 있으나 적기에 적절한 개입이나 치료를 받지 않는다면 나이가 들어감에 따라 치명적인 건강의 위험요소로 작용될 수 있다. 이에 청소년기부터 건강관리에 보다 세심한 주의를 기울일 필요가 있음을 널리 알리고 관련 서비스를 제공할 필요가 있다.

2) 정책적 시사점

이상과 같은 결과들을 바탕으로 다음과 같이 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책제언을 도출하였다. 첫째, 건강 취약 지대에 놓인 청소년의 발굴 및 지원을 확대할 필요가 있다. 현재 위기청소년 대상 건강지원은 여성청소년 보건위생물품(생리대) 바우처 지원, 학교 밖 청소년 건강검진, 위기청소년 특별지원 내 의료비 및 상담지원, 건강특화형 쉼터 운영을 통한 가정 밖 청소년 긴급의료 서비스 연계 등이다. 그러나 이러한 지원 내용을 보면 생리대 바우처 지원이나 위기청소년 특별지원은 저소득층임을 증명해야 할 뿐더러 위기청소년 특별지원은 기간과 비용에도 제한이 있어 장기적이고 비용이 많이 드는 질병 치료에는 어려움이 따른다. 또한 가정 밖 청소년들은 보호자와의 연락을 꺼리거나 연락이 두절되어 저소득층임을 증명하기 어려운 경우가 적지 않다. 또한 저소득층 가정 출신이 아니더라도 보호자에게 경제적으로나 정서적으로 직접적인 지원을 받기 어려운 상황이 놓인 경우가 많다. 이러한 경우들은 청소년 개인의 경제상황이 어렵고 건강상 위기가 닥치더라도 특별지원을 받거나 생리대 지원을 받기 어렵다. 특히 위기청소년들을 지원하는 기관이나 시설에 등록되어 있지 않은 청소년들은 국가 지원 서비스를 받기가 더욱 어렵다. 이에 건강 지원 정책의 사각지대에 놓인 청소년들을 발굴하고 보다 손쉽게 지원받을 수 있는 대책을 마련할 필요가 있다.

학교 밖 청소년 건강검진을 예로 들면 이 서비스를 받기 위해서는 과거 직접 방문이나 우편을 통해서만 신청을 해야 가능했으나 최근 들어 온라인 신청만으로도 검진이 가능하게 되었다. 또한 출장 검진도 가능하며 검진신청 후 검진결과표 수령까지의 소요기간이 최장 4주에서 1주로 단축되었다¹⁵⁸⁾. 학교 밖 청소년 중에는 가정 밖 청소년의 수가 적지 않고 이들은 한 곳에 장기적으로 머물며 생활하기 보다는 여기저기 숙소를 옮기는 경우가 잦기 때문에 검진을 하고도 결과를 받기

158) 대한민국정책브리핑 홈페이지. http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156389971&call_from=media_daum에서 2020년 10월 6일 인출.

어려운 경우가 있었다. 또한 학교 밖 청소년 중에는 학교밖청소년지원센터와 연결이 되지 않거나 검진 장소로의 이동이 쉽지 않다는 이유로 검진 신청을 하지 않는 경우도 있었다. 이러한 상황들에 대한 고려를 통해 기간의 단축 및 신청의 편의성 제고는 학교 밖 청소년들에게 건강검진에 대한 접근성을 높이는 방안의 좋은 예로 볼 수 있다.

또한 청소년 중에는 검진결과가 부모에게 통보된다는 생각에 검진을 꺼리거나 정보가 부족하여 검진을 받지 못하는 경우도 나타났다. 그 외에도 주소지가 일정하지 않은 위기청소년들은 검진을 받더라도 결과를 받지 못하는 경우도 발생할 수 있다. 이에 위기청소년들이 학교 밖 청소년 건강검진 외에도 20세 이상을 대상으로 하는 국가건강검진을 손쉽게 받을 수 있도록 온라인이나 모바일 등을 통한 검사 안내를 비롯하여 온오프라인에서의 전 국민 홍보가 이루어져 한다. 검진결과 역시 보호자가 아닌 검진자 본인에게 개별 통보된다는 사실이나 개인정보 보호에 대한 내용 등 청소년들이 민감해 하는 사항에 대해 올바른 정보가 전달되도록 노력할 필요가 있다. 그와 더불어 모바일을 통한 결과 통보 서비스 등 서비스에서의 행정 처리의 간소화도 지속적으로 이루어져야 한다.

둘째 현실적인 관점에서 위기청소년들이 필요에 따라 양질의 건강 관련 서비스를 받을 수 있도록 해야 한다. 면접조사에서 청소년들 중에는 비용에 대한 부담으로 병원진료나 심리상담 받는 것을 주저하는 경우가 있는 것으로 나타났다. 또한 청소년들은 건강과 관련하여 의료비 지원이나 다양한 프로그램 지원, 실질적인 정보 제공 등 국가차원의 지원이 좀 더 많이 이루어지기를 바랐다. 이에 지역마다 위기청소년 관련 기관과 의료서비스 및 상담서비스 기관을 연계하여 청소년들이 양질의 서비스를 받을 수 있도록 연계체계를 구축, 강화할 필요가 있다. 뿐만 아니라 보다 장기적이고 전문적인 치료를 요하는 위기청소년들이 비용에 대한 걱정 없이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 혜택을 강화하는 방안 마련이 필요하다. 긴급한 지원이 필요하나 가정 등의 지원이 끊긴 청소년들에게는 긴급지원을 통해 치료비 등을 먼저 지원하고 차후에 정부가 가구소득 등에 따라 보호자 등에게

비용의 전부 또는 일부를 변제하도록 하거나 지자체에서 지원하는 방식도 고려해 볼만하다. 학교 밖 청소년 건강검진 후 치료를 요하는 질환이 발견된다면 최소의 비용으로 가까운 의료기관에서의 치료 지원이 가능하도록 하는 방안이 검토되어야 한다.

위기청소년들은 정신적 건강 문제를 호소하는 경우가 적지 않기 때문에 이들이 양질의 정신건강 서비스를 받도록 하는 방안의 마련은 매우 절실하고 중요한 문제이다. 이에 신체적 건강을 위한 병의원 뿐 아니라 위기청소년들의 소재지를 기준으로 이들이 이용가능한 양질의 정신건강 서비스 기관을 확보, 연계할 필요가 있고 건강검진 안에 심리검사를 의무화하는 방안도 생각해 보아야 한다.

위기청소년들은 가정이나 학교에서 도움을 받기 어려운 경우가 많은데 이 경우 개개인이 스스로 알아서 건강관리를 해야 하는 경우가 대부분이다. 그러나 올바른 정보의 부족 등으로 인해 식생활을 비롯한 일상생활에서 건강관리가 쉽지 않음이 발견되었다. 이에 많은 청소년들이 쉽게 접할 수 있는 인터넷 사이트 등으로 통해 건강관련 정보를 제공할 필요가 있다. 예컨대 많은 청소년들이 카드뉴스나 동영상을 통해 정보를 습득하는 경우가 많으므로 이러한 방식을 통해 청소년에게 필요한 건강 관련 정보를 제공하는 것도 고려해 볼만하다. 올바른 영양 섭취 방법, 위생적인 생활을 위해 필요한 습관, 일상생활에서 할 수 있는 전염병 대응 방안, 청소년들이 받을 수 있는 건강 관련 서비스, 청소년들이 이용 가능한 신체활동 시설, 근육이완 및 근력운동 방법 등 건강과 관련한 다양한 정보들을 제공하고 청소년들이 필요에 따라 그때그때 손쉽게 찾아볼 수 있도록 해야 한다.

셋째 기관에 속해있지 않은 위기청소년들을 포괄하는 건강실태조사를 주기적으로 실시하여 위기청소년들의 건강실태에 대한 자료를 구축하고 이를 개입 방안 마련에 반영해야 한다. 2009년부터 위기청소년에 대한 실태조사가 전국적인 규모로 시작되었지만 단순한 설문조사를 통한 위기청소년의 수를 추정한다거나, 위기수준을 결정하기 위해 사용한 표준화되지 않은 측정도구, 실제 위기청소년들을 대상으로 하기보다는 일반청소년들을 대상으로 조사하여 그 중 위기수준을 분류

하였다는 점 등의 문제점을 지니고 있어(배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진, 2010; 황순길, 김동민, 강태훈, 손재환, 김지혜, 2016) 실제 위기청소년들의 실태 자료를 구축했다고 보기 어렵다. 학교 밖 청소년에 대한 실태조사도 정기적으로 이루어지고 있으나 그 안에서 건강과 관련한 종합적인 내용은 찾아보기 힘들다. 학생 청소년을 대상으로 매년 대대적인 청소년건강행태 조사가 이루어지듯이 위기청소년에 대한 건강행태 조사도 함께 이루어질 필요가 있다. 또한 학교 밖 청소년 건강검진에서 수집된 자료를 분석한 결과가 언론에 발표되기도 하였는데¹⁵⁹⁾ 보다 장기적이고 체계적인 자료를 구축하고 그에 따른 분석결과가 지속적으로 정책에 반영될 필요가 있다. 또한 기존의 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」 이외에도 위기청소년들의 건강한 성장과 발달을 위해 필요하다면 새로운 법안을 마련하거나 「청소년복지 지원법」 등에 위기청소년 건강 지원과 관련하여 보다 명확하고 구체적인 내용이 포함되도록 개정하고 사회적 지지환경을 위한 시스템을 구축하는 방안 마련을 위해 노력해야 할 것이다. 이는 학생과 학교 밖 청소년, 가정 안에서 부모의 보호를 받으며 생활하는 청소년과 가정 밖 청소년 간의 건강불평등을 최소화하기 위한 가장 기본적인 노력이 될 것이다.

마지막으로 본 연구에 참여한 25명의 위기청소년들은 각각의 범주의 질문에 매우 다양한 반응을 보이고 있었다. Hill 등(2005)의 분류에 따르면 연구에 참여하는 모든 사례 혹은 한 사례를 제외한 모든 사례에서 동일하게 나타나는 내용이 ‘일반적’인 응답인데 본 연구에 참여한 사례들은 ‘일반적’인 응답이 모든 범주에서 단 한 번도 나타나지 않았다. 또한 전체 사례의 반 이상이 동일하게 응답하는 ‘전형적’인 반응보다 ‘변동적’이거나 ‘드문’ 응답빈도가 더 많이 나타났다. 이러한 결과는 연구에 참여한 위기청소년들의 건강상태 및 관련 영향요인을 일반화시킬 수 없음을 의미하는 것으로 위기청소년의 건강권 보장이라는 동일한 현상에 대한

159) 여성가족부 정책뉴스(2017.3.22). 학교 밖 청소년 5명 중 1명은 건강관리 필요 -2016년 첫 시행 ‘학교 밖 청소년 건강검진’ 결과 분석-. http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbsSn=704949에서 2020년 1월 17일 인출.

정책과 지원방식은 매우 다양한 접근이 필요함을 시사한다고 할 수 있겠다. 위기청소년들은 어떨 것이다 하는 선부른 편견과 사회적 인식을 지양하면서 국가차원에서 왜 이러한 지원정책과 지원서비스를 제공하는지에 대한 검토가 선행된 후, 그 당사자들에게 꼭 필요한 서비스를 제공하도록 하는 것이 중요하다.

○———— 제7장 정책제언

- 1. 정책제언의 배경
- 2. 정책제언

1. 정책제언의 배경

이 연구는 청소년들의 건강권 보장을 바탕으로 건강불평등을 최소화하기 위한 3개년 연구 중 2차 년도 연구로 사회안전망에서 벗어나 있는 경우가 많은 위기청소년을 대상으로 하였다. 이 연구에서 위기청소년은 「청소년복지 지원법」 제2조 4160)에서 정의한 내용을 기초로 가정에서 생활하며 학교에 다니는 청소년과 같이 정형화된 경로에서 벗어나 생활하는 청소년으로 정의하여 소년법을 포함, 가출 청소년, 학교 밖 청소년 등을 연구대상으로 선정하였다. 또한 건강권 영역은 학생 청소년을 대상으로 한 1차 년도 연구에서 도출한 청소년 건강권 영역¹⁶¹⁾과 선행연구 고찰을 바탕으로 8가지 영역-주관적 건강, 수면 및 신체활동, 영양 및 식습관, 보건행동, 유해물질, 검진 및 의료이용, 건강 환경, 교육-으로 설정하였다.

이러한 기본적 영역 설정 이후 설문조사 및 면접조사 등을 활용하여 위기청소년들의 건강 행동과 이들을 둘러싼 건강 환경과 지원 정책 및 서비스 실태, 그리고

160) 「청소년복지 지원법」 제2조 4에서 정의한 위기청소년은 “가정 문제가 있거나 학업 수행 또는 사회 적응에 어려움을 겪는 등 조화롭고 건강한 성장과 생활에 필요한 여건을 갖추지 못한 청소년”을 의미한다(출처: 청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출).

161) 학생 청소년 건강권 영역은 교육부 학생건강정보센터 홈페이지에 제시된 2019년 「학생건강증진 정책 방향」과 「학생건강정보센터의 사업내용」을 참조하여 9가지(주관적 건강, 수면, 영양 및 식습관, 신체활동, 보건행동, 유해물질에 대한 노출, 검진 및 의료 이용, 건강 환경, 교육 및 참여)로 설정하였다(출처: 교육부 학생건강정보센터 홈페이지. <http://www.schoolhealth.kr/web/info/selectBsnInfor.do?sMenuId=0100001000>에서 2020년 2월 11일 인출).

위기청소년들의 실제 건강상태 및 인식 등에 대한 실증적 자료를 수집하고 이를 다각적으로 분석하였다. 또한 분석한 내용을 바탕으로 위기청소년들이 당면한 건강문제를 점검하였을 뿐 아니라 국내외 사례분석 및 전문가 자문회의 등을 거쳐 도출된 시사점 등과의 비교분석을 통해 이들의 건강권 보장을 위해 필요한 정책의 기본방향 및 주요 방안들을 모색하였다.

이상과 같이 다양한 방법을 통해 위기청소년들의 건강과 관련하여 도출된 주요 연구결과는 다음과 같다(표 VII-1). 첫째 면접조사 결과에 따르면 위기청소년들이

표 VII-1 주요 연구 결과

영역	연구방법	연구결과 및 시사점
건강개념 및 건강권에 대한 인식	설문조사 면접조사	- 세계보건기구가 정의한 건강개념과 청소년들의 생각하는 건강개념 간에는 차이가 있음 - 실제 건강권 보장 정도와 청소년들이 인식하는 건강권 보장 간에는 차이가 있음 ➡ 건강 및 건강권에 대한 청소년들의 인식제고가 필요함
건강과 사회적 안전망	국내 법령/정책 분석 설문조사 면접조사	- 위기청소년들은 학생 및 가정 내 청소년에 비해 다양한 영역에서 건강 상태 및 관련 환경이 열악함 - 일부 건강 영역에서 위기청소년 지원 기관·시설 거주 청소년들은 양부모 가정의 청소년과 비슷한 수준 유지 - 지원 기관·시설이나 국가적 차원에서 제공하는 건강 교육 및 정보는 위기청소년들의 건강 유지에 도움이 됨 ➡ 사회적 안전망 안에서의 생활이 중요함
청소년들의 노력	설문조사 면접조사	- 청소년들은 건강유지를 위해 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력이 중요하다고 여기지만 실제 변화하기는 어려움
국내 건강정책	국내 법령/정책 분석	- 법령 및 관할 부처의 분절화로 청소년 유형에 따른 건강권 보장의 격차 발생 - 청소년보호체계 내 청소년들은 아동보호체계 내 청소년에 비해 건강지원이 부족함 ➡ 위기청소년 건강정책 수립 및 전달체계의 재구조화 필요
국외 건강정책	국외 법령/정책 분석	- 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화를 위해 법체계 정비 - 건강서비스 격차해소 및 서비스의 효과성 증진을 위해 노력 ➡ 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화 및 서비스의 격차 해소를 위한 노력이 필요함

지각하는 ‘건강함’의 의미는 신체적 영역에서는 질병과 기능상의 문제가 없고 외견상 보기 좋은 상태를 의미하였다. 이는 세계보건기구에서 “단지 질병이 없거나 허약하지 않음이 아니라 신체적, 정신적 그리고 사회적 안녕이 완전한 상태”¹⁶²⁾로 정의한 건강에 대한 개념과는 차이가 있음을 알 수 있다. 또한 설문조사 결과에서 상당수의 청소년들이 건강상태 및 관련 행동, 환경, 지원정책 등이 열악하였음에도 불구하고 약 85%의 청소년들이 실생활에서 건강권이 보장되고 있다고 응답하였다는 것은 청소년들의 건강권에 대한 인식이 제고될 필요가 있음을 시사한다.

둘째 설문조사와 국내 법령 및 정책 현황 분석 결과에 따르면 앞서 잠깐 언급했듯이 위기청소년들은 기본적으로 가정이나 학교 체계 내에서 생활하는 청소년들에 비해 건강상태 및 관련 행동, 환경, 지원정책 등이 열악하였는데 이들을 둘러싼 환경이 열악할수록 건강상태는 더욱 나빠졌고 관련 행동도 더욱 좋지 못하였다. 단 시설에 거주하는 청소년들은 일정 영역에서 양부모 가정의 청소년과 비슷한 수준으로 건강권이 보장되는 경우도 발견되었다. 이는 청소년들이 사회적 안전망 안에서 생활한다면 일정 수준 이상의 환경을 제공함으로써 건강권도 일정 수준 이상 보장될 수 있음을 의미한다. 또한 면접조사 결과에 따르면 청소년들이 속해 있는 시설 및 기관, 그리고 국가적 차원에서 실시한 교육과 정보 제공도 이들의 건강을 유지하는 데 많은 도움이 되는 것으로 나타났다.

셋째, 면접조사에서 청소년들은 건강을 유지하기 위해 필요한 것과 도움이 되는 요인으로 생활습관을 변화시키려는 스스로의 노력이 가장 중요하다고 인식하고 있었다. 그러나 현실에서는 불규칙한 식사와 수면, 잦은 흡연과 컴퓨터 및 휴대폰 이용시간의 과다 등 건강하지 못한 생활습관을 유지하는 경우가 많았다. 병원진료가 필요한 경우에도 귀찮아서, 혹은 별 것 아니라고 생각해서 진료를 받지 않고 참는 경우도 적지 않았는데 이러한 현상은 설문조사에서도 동일하게 발견되었다.

162) 세계보건기구 홈페이지. “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” WHO 홈페이지. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>에서 2020년 1월 14일 인출.

이는 위기청소년들이 자율적으로 자신의 삶을 조절하고 건강관리를 하는 데 어려움이 있음을 보여준다.

넷째, 국내 법령 및 정책 현황을 분석한 결과에 따르면 위기청소년들은 유형에 따라 법령 및 관할 부처가 분절화되어 건강권 보장의 격차가 발생하였다. 즉 위기청소년들은 학교 밖 청소년, 가정 밖 청소년, 소년사범 등의 유형으로 나뉘 수 있으며 위기청소년들은 각 유형에 따라 적용받는 법률이 각기 달라 건강권 보장의 격차가 발생하였다. 가정 밖 청소년은 「청소년복지 지원법」, 아동보호체계 청소년은 「아동복지법」, 학교 밖 청소년은 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」, 소년사범은 「소년법」, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」 등의 적용을 받고 있다. 이는 각 유형별 청소년들을 관할하는 주무부처의 차이로 이어진다. 학교 밖 청소년과 가정 밖 청소년 중 청소년 복지시설에서 생활하는 청소년들은 여가부가, 아동복지 시설에서 생활하는 청소년들은 복지부가 관할하고 있다. 소년사범들 역시 소년원, 소년분류심사원, 청소년자립생활관, 소년교도소에서 생활하는 청소년들은 법무부가, 아동보호치료시설에서 생활하는 청소년들은 복지부가, 소년회복지원시설에서 생활하는 청소년들은 여가부가 관할하고 있다. 그 결과 청소년 유형이나 거주시설에 따라 지원 정책의 차이 및 사각지대가 발생하였다. 단적인 예로 청소년쉼터는 아동양육시설 내 청소년들이 받는 의료급여나 건강지원 서비스 등에서 배제되거나 다른 기준을 적용받고 있고 신체·정신적 건강에 관한 전문인력 배치기준이나 건강진단·급식과 관련된 기준도 채 마련되어 있지 못하다. 건강에서 더욱 취약한 거리 청소년들은 노숙인 지위에 근거한 지원이 전무하기 때문에 일시(이동형)쉼터의 아웃리치를 통해서나마 부분적인 건강서비스를 제공받을 뿐이다.

다섯째, 미국, 캐나다, 영국, 독일, 호주 등을 중심으로 살펴본 해외사례 분석 결과 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화를 위해 법체계를 정비하고 거주 지역이나 관할 부처에 따른 건강서비스의 격차를 예방하기 위한 정책을 수립하였다. 또한 위기청소년 건강정책은 위기청소년들의 필요에 부응하고 문제해결을

위한 통합정책의 일환으로 수립·운영되고 있다. 단적인 예로 호주에서는 가출 및 노숙 청소년들의 건강 지원을 할 때 주거 및 경제적 지원 서비스를 함께 제공함으로써 신체적·정신적 건강 증진에 있어 효율성을 보다 높이하고자 한다. 또한 캐나다에서는 여러 가지 환경적 제약으로 인해 장기간의 개입을 부담스러워하는 청소년들에게 문제해결 중심의 단기상담 및 지원을 통해 효율적으로 개입하기도 한다. 이러한 정책들은 다양한 대상에 대한 촘촘한 정책 수립으로 이어지며 청소년들의 건강역량 증진을 위해 참여와 활동중심의 연계교육도 함께 제공한다.

이상과 같이 위기청소년들의 건강 관련 특성과 국내외 지원정책 및 서비스 내용에 대한 분석, 전문가 자문회의 등을 거쳐 현재 정책의 성과와 한계점을 살펴보고 이를 바탕으로 정책과제를 제언하였다. 정책과제에 대한 구체적인 제언 내용은 다음 절에서 자세히 제시하였다.

2. 정책제언

1) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향

본 연구의 조사결과 및 이에 따른 시사점을 바탕으로 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향 일곱 가지를 제안하였다(그림 VII-1). 위기청소년을 대상으로 한 국가적 건강정책 수립과 법률적 기반 마련, 그리고 구체적인 서비스 계획 수립 및 운영 시 이러한 방향성을 염두에 둘 필요가 있다.

(1) 건강정책의 궁극적 목표 수립과 건강권에 대한 인식 제고

위기청소년 건강정책 수립에 앞서 갖추어야 할 가장 기본적인 자세는 건강권에 대한 올바른 인식을 바탕으로 정책의 궁극적 목표를 수립해야 하는 것이다. 앞에서도 지속적으로 언급했듯이 건강권은 단순히 질병을 예방하거나 질병 발생 시 치료를 받을 수 있는 권리에 한정된 것에서 더 나아가 “모든 사람의 기본적인



그림 Ⅶ-1 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향

권리로서 도달 가능한 최고 수준의 건강을 보장받을 수 있는 권리”이다. 그러나 정책 대상자인 청소년들은 물론 정책의 공급자 역시 건강권을 질병 예방 및 적절한 치료를 받을 수 있는 권리 정도로만 생각하고 이를 바탕으로 정책을 수립하고 서비스를 제공하려는 경향이 강하다. 이에 설문조사 결과에서 위기청소년들의 건강권이 충분히 보장되고 있지 못하고 있음에도 불구하고 대다수가 실생활에서 건강권을 보장받고 있는 것으로 인식하고 있음이 나타났다. 또한 면접조사에서도 청소년들은 건강함에 대해 신체적 영역에서는 질병과 기능상의 문제가 없고 외견상 보기 좋은 상태로 인식하는 경향을 보임으로써 건강권에 대한 올바른 인식이 부족함이 드러났다. 이에 관련 부처 공무원, 현장 종사자를 비롯하여 위기청소년 대상 건강 관련 정책 제공자 모두는 건강권을 단순히 필요 시 의료서비스에 접근 정도로 생각하는 것에서 벗어나 “최고 수준의 건강”을 보장받는 것을 궁극적 목표로 하여 이를 달성하기 위한 최선의 노력을 다하여야 한다. 동시에 정책 대상자인 위기청소년 역시 건강권에 대한 올바른 인식을 가짐으로써 자신의 건강권을 충분히 보장받을 수 있기 위해 노력해야 한다.

(2) 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성 강화

올바른 건강권 인식이 제고된다면 이에 대한 실천적 자세로서 위기청소년 건강에 대한 국가의 책임성이 강화되어야 한다. 국외 사례를 분석한 결과에 따르면 각 나라들은 건강에 특히 취약할 수 있는 위기청소년들에 대한 국가의 지원을 강조한다. 위기청소년들에 대한 건강서비스의 격차를 줄이고자 법체계를 정비하고 건강서비스 표준안을 마련하여 적용하는 등의 노력을 기울이고 있다. 우리나라의 경우를 보면 학교 밖 청소년에 대한 건강검진을 실시하여 학생 청소년과 동일한 수준의 건강지원을 하고자 노력 중에 있으나 그 외의 건강 서비스에 있어서는 학교 밖 청소년과 학생 간에는 격차가 존재할 수밖에 없다. 단적인 예로 학생 건강정책은 중앙부처 및 지자체의 관련부서에서 발간한 계획서, 사업안내서, 업무보고, 업무매뉴얼 등을 통해 체계적으로 운영되고 있는 데 반해 학교 밖 청소년의 건강 지원정책은 '학교밖청소년지원센터'를 기준으로 건강검진 시행 외의 건강과 관련된 정책이 매우 드물었다. 이는 위기청소년에 비해 학생의 경우 정책 및 서비스 제공자들의 대상자에 대한 접근이 훨씬 쉽고 관련 예산도 충분히 확보되어 있기 때문인 것으로 파악된다. 그러나 청소년들의 성별, 연령, 경제적 상황, 재학 여부나 가족과의 동거 여부 등 사회경제적 조건에 상관없이 모든 청소년의 건강에 대한 국가의 책임성이 강화된다면 건강취약계층이라고 할 수 있는 위기청소년들의 건강 지원을 위해 더 많은 노력을 기울일 수 있을 것이다.

(3) 위기청소년 필요에 부응한 통합정책 내 기본 서비스로서의 건강지원

위기청소년의 건강에 대한 국가의 책임성 강화는 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책 내 기본 서비스로서의 건강지원으로 이어져야 한다. 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책의 수립은 국외 사례에서 공통적으로 나타나고 있다. 일례로 캐나다 정부는 주거취약 청소년들에게 주거지원과 정신건강 서비스를 동시에 제공하고 있다. 이는 청소년들의 주거취약과 정신건강 간에 밀접한 관련이 있다는 연구결과에 따른 것이다. 영국이나 호주 정부 역시 가출 및 노숙 청소년에게 안정

적인 주거지원 및 경제적 지원 서비스와 동시에 정신건강을 비롯한 건강지원 서비스를 제공하고자 노력한다. 핀란드에서는 청소년의 욕구에 부응하여 고용 서비스와 정신건강 문제를 하나의 통합정책으로 추진한다. 이 같은 사례들은 모두 위기청소년에 대한 건강 서비스가 독립적으로 제공되기보다는 청소년들이 필요로 하는 다른 서비스와 통합하여 제공될 때에 보다 효율적일 수 있음을 시사한다. 또한 위기청소년에게 필요한 주거, 취업, 교육 지원 서비스들은 건강지원 서비스가 뒷받침되지 않고서는 그 효과성을 극대화할 수 없다. 설문조사 결과에서도 위기청소년들은 주거환경이나 근로환경, 경제적 여건 등이 열악할수록 신체 및 정신적 건강에 취약한 경향을 보였다. 이러한 결과는 우리나라에서도 위기청소년들에 대한 건강정책은 다른 영역의 지원 정책과 통합적으로 이루어질 필요가 있음을 시사한다. 이를 위해서는 정부 부처 및 기관 간 정책조율과 연계협력이 필수적으로 이루어져야 한다.

(4) 대상별 접근이 아닌 기능별 접근을 통한 정책의 분절화 방지

현재 우리나라의 정책현황을 보면 청소년에 대한 건강정책은 분절화 현상이 여러 영역 및 층위에서 다양하게 형성되어 있다. 예를 들어 가정 밖 청소년들 중 청소년보호체계 내 청소년과 아동복지시설 보호 청소년들의 건강에 대한 적용 법률과 그에 따른 관할 부서가 달라 청소년보호체계 내 청소년은 아동복지시설 내 청소년들이 받는 의료급여나 건강지원 서비스 등에서 배제되는 현상이 발생한다. 소년사범들은 생활시설 유형에 따라 법무부, 여가부, 복지부로 관할 부서가 나뉘어 있고 특히 여가부나 복지부 관할 시설들은 소년사범 수용시설의 특수성을 반영할 수 있는 표준안이 제대로 마련되지 못하고 있다. 건강검진에 있어서도 학생과 학교 밖 청소년으로 이원화되어 건강 검진 관련 법률과 관할 부처가 나뉘어 적용된다. 이에 학생이 아닌 경우에는 자동적으로 검진 대상이 되는 것이 아니라 본인의 신청여부에 달려 있어 건강권이 침해될 가능성이 높다. 이러한 현상은 모두 기능별 접근이 아닌 대상별 접근을 통해 건강지원 서비스가 제공되기 때문이

다. 이처럼 관할 부처의 분절화는 청소년 집단이나 생활 유형에 따라 지원 정책의 차이나 사각지대를 발생시킬 수 있다.

정책의 분절화는 사각지대의 발생 뿐 아니라 부처 및 기관 간 정책의 복잡성과 중복성을 증가시키고 정책의 우선순위 수립을 어렵게 하는 등의 문제를 야기하기도 한다. 이에 정책 영역과 관련 부처 간의 조정은 반드시 필요하다.

따라서 청소년 보호체계 청소년들과 아동보호체계 및 사법보호체계 청소년, 학생 청소년과 학교 밖 청소년들에 대한 건강 지원 서비스에 있어서 대상별 격차의 최소화를 위해서는 관련 법률 및 정책 내용에 대한 면밀한 비교가 이루어져야 한다. 이를 바탕으로 위기청소년 전체의 보편적인 건강권을 보장하기 위한 법적 장치로서 위기청소년 건강권의 명문화, 건강권 보장을 위한 위기청소년에 대한 보편적 지원 관련 법률규정을 조문으로 명시화하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이러한 보편적 법 규정 상의 명문화 작업을 바탕으로 각 위기청소년 유형별 개별법 상의 건강 관련 규정의 보완이 병행될 필요가 있다. 또한 기본적으로 건강 관련 정책은 건강권 보장이라는 기능에 초점을 맞추어 정책대상이 누구인가에 상관없이 관할부처가 일원화되어 수립·시행될 필요가 있다. 현재 우리나라에서는 건강정책의 주무부처는 보건복지부이므로 청소년 건강정책 역시 보건복지부가 주무부처가 되는 것이 바람직하다. 이에 보건복지부가 주무부처로서 역할을 담당하는 동시에 여러 부처들이 청소년 건강증진과 보호정책 수립 및 실행에 동참하는 다중이해 관계자간 협력이 반드시 이루어져야 한다.

(5) 증거기반의 건강정책 수립 및 환류 장치 마련

위기청소년들을 위한 건강정책은 반드시 증거에 기반하여 수립되어야 하며 정책 수행 후에는 정기적인 모니터링을 통한 환류장치를 마련해야 한다. 정책 수립에 있어 증거가 뒷받침되어야 하는 것은 어찌 보면 당연한 명제일 수 있다. 이에 다른 나라들 역시 증거에 기반한 정책들을 수립하고 있다. 일례로 앞서 언급한

캐나다는 위기청소년들에게 주거지원과 정신건강 서비스를 함께 지원하는 정책을 운영 중에 있는데 이는 주거취약 청소년이 이미 정신건강 문제를 겪고 있을 확률이 높은데다 노숙 경험으로 인해 정신건강이 더 악화될 수 있다는 연구결과에 따른 것이다. 또한 캐나다 브리티시 컬럼비아주에서는 위기청소년들이 개인정보 노출을 꺼리고 거주지 불안정과 같은 환경적 제약으로 인해 장기간의 개입을 부담스러워한다는 점을 착안해 개인정보에 대한 보안을 철저히 지키고 문제해결 중심의 단기상담 및 지원을 제공한다. 영국정부 역시 주거취약자들은 건강도 취약할 수 있다는 연구결과에 따라 NHS의 보건 자료 수집에 주거 상태를 포함하여 향후 주거취약계층 지원 정책 및 사업을 계획하고 수행하는 데 반영하기로 하였다. 즉 증거에 기반한 정책 및 지원서비스를 수립한 것이다. 이처럼 우리나라에서도 중앙정부 및 지자체, 위기청소년 관련 기관 및 시설 등은 위기청소년들의 건강증진을 위한 구체적인 자료를 수집하고 이를 정책 및 서비스에 반영하여야 한다.

한편 사회의 변화속도가 급속도로 빨라지면서 위기청소년들의 특성이나 상황 역시 변화의 속도가 빠르고 그 범위가 점차 커지고 있다. 이에 하나의 정책이 마련되었고 효과성이 증명되었다고 해서 그 효과성의 지속여부를 장담하기는 어렵다. 예를 들어 청소년들이 고카페인을 많이 섭취하는 경향이나 모바일기기에 대한 높은 의존성으로 인해 신체활동이 감소하는 등의 현상은 비교적 최근의 일이다. 또한 아주 최근에는 코로나19와 같은 감염질환의 확산으로 청소년들의 건강문제가 크게 위협을 받게 되었다. 이처럼 급변하는 사회 속에서 청소년의 건강문제가 새롭게 대두되거나 변화되고 사라지는 현상이 적지 않으므로 그에 따라 정책도 변화·발전해 나가야 한다. 일례로 영국에서는 가치관 및 사회의 변화에 따라 과거 예방 위주의 성교육과 피임교육에 국한되던 교육을 관계 및 성교육으로 확대하는 동시에 부모가 된 청소년에게는 가족 간호사나 개인상담사 지원 정책까지 병행하고 있다. 또한 여자 청소년들에게 무료로 제공하던 HPV 백신접종이 효과적이라는 연구 결과에 따라 접종대상을 남자 청소년에게까지 확대하였다. 이처럼 정책의

방향을 모색하고 새로운 정책을 수립하며 기존 정책의 효과성을 극대화하기 위해서는 정책에 대한 지속적인 모니터링과 그에 따른 결과를 정책에 반영하는 환류장치가 반드시 마련되어야 한다.

(6) 개인의 역량 강화와 환경 개선의 균형 맞추기

한 개인의 건강은 개인적 노력과 사회적 노력이 모두 이루어질 때 비로소 달성될 수 있다. 즉 개인은 역량강화를 통해 자신의 건강을 보다 적극적으로 돌볼 수 있어야 하며 개인이 속한 사회에서는 개인의 역량 강화를 위해서는 물론 개인의 역량으로는 한계에 부딪힐 수밖에 없는 부분에 대해 지속적이고 체계적으로 지원해야 한다. 특히 청소년들은 성인에 비해 경제적으로나 사회적으로 개인적 권한에 대한 제약이 커서 개인이 스스로 자신의 역량을 강화시키기에는 많은 어려움이 따를 수밖에 없다. 이러한 부분은 일반적으로 청소년들이 속한 가정이나 학교, 지역사회 등 사회적 안전망이 일정 부분 뒷받침해주고 있으나 위기청소년들은 이러한 사회적 안전망에서 빗겨나 있는 경우가 적지 않다. 이에 정부 및 지자체 등에서는 이러한 위기청소년들에게 또 다른 형태의 사회적 안전망을 제공해야 한다. 청소년복지시설이나 학교밖청소년지원센터 등은 또 다른 형태의 사회적 안전망의 대표적인 예라고 할 수 있다. 이러한 안전망에서는 청소년들에게 다양한 영역에서의 건강 정보 및 교육을 제공함으로써 청소년들의 개인적 건강역량을 강화시키는 것은 물론 의료 서비스나 신체활동, 균형 잡힌 식사 등 실제로 건강에 도움이 되는 서비스를 제공함으로써 건강 환경을 개선시킬 수 있다.

국외사례의 예를 보면 개인이 둘러싼 환경을 적절하게 조성하여 자연스럽게 건강행동을 증진시키는 노력을 기울이고 있었다. 예를 들어 핀란드에서는 대학교 도서관의 야간시간 폐관을 통해 대학생들의 수면권 및 휴식권을 보장하고 저렴한 비용으로 학내 신체 활동 및 운동 기회를 제공하여 신체활동 증가를 위해 노력하며 학생들의 정신건강을 증진한 대학교에 대한 적절한 보상 계획을 수립하는 등 다각

적인 노력을 기울이고 있다. 미국의 경우도 학교 내 걷기를 위한 보도와 자전거 도로 설치 등 건강 친화적 환경조성 지원·확대 제도를 운영하고 있다. 이러한 건강 환경 개선 노력이 위기청소년들을 위한 것은 아니지만 우리나라에서도 위기 청소년들을 포함, 청소년들의 건강 환경 개선을 위한 노력에 시사점을 줄 수 있을 것으로 보인다.

설문조사 결과 위기청소년들이 모든 영역에서 교육이나 정보 제공을 받지 않았다고 응답한 경우가 절반 이상이라는 것은 위기청소년들이 그만큼 건강 정보 취득에 취약함을 시사한다. 한편 식습관 관련 교육이나 정보를 제공받는 청소년들은 그렇지 않은 청소년에 비해 올바른 습관을 형성하는 경향을 보인 결과에서 알 수 있듯이 적절한 교육이나 정보의 제공은 개인의 건강 역량을 강화시킬 수 있다. 또한 2019년 학생을 대상으로 한 설문조사 자료와 올해 위기청소년을 대상으로 한 설문조사 자료를 비교해 볼 때 위기청소년들은 다양한 영역에서 학생들에 비해 상대적으로 열악한 환경에서 열악한 건강상태를 보였다. 그러나 올해 설문조사 안에서 청소년복지시설에서 안정적으로 생활하는 청소년들은 양부모 가정에서 생활하는 청소년들과 거의 비슷한 수준의 건강상태 및 환경을 유지하는 경우가 많아 사회적 안전망 속에서 생활한다는 것은 일정 수준 이상의 건강권을 보장받을 수 있음을 드러내기도 하였다. 따라서 중앙정부나 지자체에서는 위기청소년들을 위한 또 다른 사회적 안전망이 최소한 가정이나 학교, 지역사회의 안전망과 동일한 수준에서 제대로 작동하여 이들의 건강 역량을 증진시키고 건강 환경을 개선할 수 있도록 지원을 아끼지 말아야 할 것이다.

(7) 다면적이면서 개별화된 촘촘한 지원

위기청소년들의 문제는 단순히 하나의 요인에서 비롯된 것이 아니라는 점에서 이들에 대한 지원 역시 다면적으로 이뤄질 필요가 있다. 이는 앞서 언급하였듯이 위기청소년의 필요에 부응한 통합정책 내에서 건강지원정책이 수립되어야 한다는

것과도 맥을 같이 한다. 통합정책 내에서의 건강지원정책 수립이 정부차원에서 지켜야 할 기본방향이라면 다면적이고 개별적인 맞춤 지원은 실제 서비스 현장에서 고려해야 할 기본방향이라고 할 수 있다.

캐나다에서는 노숙 청소년을 위한 원스톱 서비스센터를 통해 음주·흡연·약물 교육, 성교육, 임신 예방, 신체 및 정신건강 등을 포함한 건강지원 서비스 뿐 아니라 학업 지원, 주거지원, 가족 지원 등 위기청소년에게 필요한 여러 서비스를 동시에 지원하고 있다. 우리나라에서도 청소년쉼터에서 원스톱서비스를 제공하고 있으나 이는 가출 청소년을 주요 대상으로 하고 있으며 위기청소년에게 원스톱서비스를 제공하는 체계는 마련되어 있지 않다. 그 외에 청소년상담복지센터를 기반으로 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net)를 통해 위기청소년에게 적합한 맞춤형 서비스를 원스톱으로 지원한다고 되어 있으나 이는 지역에 따라 유명무실한 경우가 적지 않다. 이에 쉼터를 이용하는 청소년 외의 위기청소년들은 건강문제와 더불어 자신의 문제를 총체적으로 해결하기 위한 지원을 받기가 쉽지 않다. 위기청소년들의 건강 문제를 지원하고 그 지원의 효과성을 최대화하기 위해서는 지역사회에서 원스톱 서비스센터의 운영을 활성화하는 동시에 다기관 간 협력 및 연계 체계를 적극적으로 구축하여야 한다.

국외사례를 살펴보면 다양한 대상에 대한 촘촘한 지원책이 수립되고 있음을 알 수 있다. 일례로 영국에서는 앞서 언급한 HPV 백신접종에서 알 수 있듯이 주로 여성을 대상으로 실시하던 성과 출산 관련 건강 서비스를 이제 남성에게까지 확대하고 있다. 병역의 의무가 있는 핀란드에서는 정신건강으로 인한 조기 제대 및 군 면제자들에게 정신건강 지원 서비스를 제공한다. 이 같이 특정 집단 내에서 건강지원이 필요한 개인을 선별하고 이들에게 개별적인 맞춤형 서비스를 제공하는 것은 건강한 사회로 가기 위한 필수조건이다. 우리나라에서도 위기청소년을 건강취약계층에 포함시키고 이들의 건강 지원을 위한 서비스가 보다 확대되어야 한다. 위기청소년 중 학교 밖 청소년에 국한된 건강검진에서 더 나아가 청소년복지

시설입소 청소년, 구직 서비스를 신청한 청소년들까지 건강검진을 확대 실시하여 위기청소년 중 건강검진 등에서 사각지대가 발생하는 것을 최소화해야 할 것이다. 또한 병무청 신체검사 대상자들에게도 보다 면밀한 건강검진을 실시하고 건강지원이 필요한 이들을 선별하여 적절한 조기개입 등과 같이 보다 능동적인 대처를 해야 한다. 이처럼 다양한 대상에 대한 촘촘한 지원은 건강문제로 인해 초래될 수 있는 미래의 사회적 비용을 줄일 수 있다는 점에서도 장점이 있다.

2) 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제

앞서 제시한 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향 일곱 가지를 바탕으로 이 절에서는 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책과제를 제안하였다. 정책과제들은 건강역량 강화, 건강 환경 조성, 건강서비스 개선, 건강정책체계 정비의 4가지 영역별로 제시되었다(표 VII-2).

(1) 건강역량 강화

I-1	종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공

대개의 청소년들은 학교나 가정에서 다양한 영역의 건강 관련 교육이나 정보를 제공받지만 가정이나 학교 밖 청소년들은 이러한 정보접근에 한계를 가진다. 이와 관련한 연구결과를 살펴보면 첫째 위기청소년들 중에는 건강권에 대해 올바르게 이해하지 못하거나 자신의 실제 건강과 주관적 건강인식에 차이를 보이는 경우가 나타났다. 또한 학교 밖 청소년 중에는 잘못된 정보를 받아들여 건강검진결과가 자신이 아닌 부모에게 통보된다는 생각에 검진을 꺼리거나 검진에 대한 정보부족으로 검진을 받지 못한 경우도 나타났다. 이러한 예들은 모두 건강에 대한 체계적인 교육이나 정보의 부족에 기인한 것으로 볼 수 있다. 둘째 최근 일 년 간 각 영역별 건강 관련 교육이나 정보 제공을 받지 못한 청소년도 모두 절반 이상

표 VII-2 위기청소년들의 건강형평성 제고를 위한 정책영역 및 세부정책과제

정책영역	정책과제
I. 건강역량 강화	정책과제 1. 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공 정책과제 2. 건강 관련 참여활동의 확대 및 강화 정책과제 3. 건강권에 대한 올바른 인식제고를 위한 홍보
II. 건강 환경 구축	정책과제 1. 신체활동 시설 개선 및 확대 정책과제 2. 식생활 환경 개선 정책과제 3. 주거환경 개선 지원 정책과제 4. 근로환경 개선 지원 정책과제 5. 위기청소년 사회적 안전망 강화
III. 건강서비스 개선	정책과제 1. 위기청소년 건강검진 서비스 강화 및 확대 정책과제 2. 건강을 위한 의료지원 서비스 강화 및 확대 정책과제 3. 정신건강 지원 서비스 강화 및 확대 정책과제 4. 개인 위생용품 지원 확대 정책과제 5. 지원 방식의 다양화 및 간편화 정책과제 6. 건강전문가 양성 및 배치 확대
IV. 건강정책체계 재정비	정책과제 1. 법률의 재정비 및 부처의 일원화 정책과제 2. 건강 취약 청소년의 조기 발굴 및 개입안 마련 정책과제 3. 건강실태조사의 정기적 실시 및 자료 구축 정책과제 4. 위기청소년을 위한 의료지원 서비스망 구축 정책과제 5. 건강 환경 및 건강지원 서비스 표준안 마련 정책과제 6. 정기적인 모니터링 및 평가의 환류

으로 건강 정보 취득에 취약함을 보여주었다. 셋째 건강 관련 교육과 정보의 제공은 청소년들의 바람직한 건강행동이나 습관 형성에 도움이 되는 것으로 나타났다. 넷째 청소년 시설에 적을 두고 있는 청소년들은 상대적으로 건강 관련 교육이나 정보를 접할 기회가 많지만 아동양육시설을 제외하고 이러한 교육내용이나 수준이 표준화되어 있거나 체계적으로 이루어지지 않으며 보호체계나 시설 유형에 따라 상이하다.

이러한 연구결과를 바탕으로 볼 때 위기청소년들에게는 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공이 필요함을 알 수 있다. 이를 위해 다음과 같은 세부과제를 제안하고자 한다.

첫째 건강권에 대한 개념과 다양한 건강 영역에 대한 교육 및 정보 제공이 이루어져야 한다. 다양한 건강 영역의 예로는 영양 및 식습관, 개인위생 및 청결, 흡연·음주·약물·고카페인 등 유해물질 오남용 및 예방, 건강검진을 포함한 의료 서비스 이용, 심리 상담 및 치료, 성교육 등이 포함될 수 있다. 최근에는 학교밖청소년지원센터에서 국민건강보험공단 등 지역 유관기관과의 협업을 통해 영양관리 및 실습, 성교육 등을 포함하는 건강교실을 개최하기도 한다.¹⁶³⁾ 이러한 건강 교육의 영역은 위기청소년들의 취약한 영역에 맞춰 확대될 필요가 있고 학교 밖 청소년 뿐 아니라 가정 밖 청소년 등 위기청소년으로 그 대상을 확대할 필요가 있다.

둘째 청소년보호체계 청소년들에게도 표준화된 프로그램을 통해 건강 교육 및 정보 제공을 지원할 필요가 있다. 학생 청소년들은 학교에서, 아동보호체계 청소년들은 시설에서 건강·보건 교육을 받을 수 있도록 법률로 규정하거나 표준화 프로그램을 개발하여 보급하고 있다. 반면 청소년보호체계 청소년들은 관련 정책과 법적 근거가 미흡하여 표준화된 교육 프로그램을 제공받지 못하고 있으며 일부 시설이나 기관에서 산발적으로 자체 건강 교육 프로그램을 제공하고 있다. 이에 학교 밖 청소년이나 청소년쉼터를 비롯한 청소년복지시설의 청소년들에게 표준화된 건강교육이 제공될 수 있도록 프로그램이 개발·보급될 필요가 있다. 한편 교육 자료는 인력이나 재정 부족 등을 이유로 개별 시설이 일일이 개발하기는 어려운 것이 현실이다. 이에 한국상담복지개발원과 같이 정부 산하 기관이나 지자체 차원에서 건강전문기관과의 협업을 통해 관련 자료를 개발, 배포하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

셋째 교육방법의 다양화가 이루어져 한다. 청소년보호체계의 청소년들은 아동보호체계 청소년들과 달리 장기적인 보호가 어려운 경우도 적지 않기 때문에 다년간에 걸친 단계적이고 체계적인 교육은 현실적으로 어려울 수 있다. 이에 다양한

163) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

교육 방법을 고려해야 한다. 일례로 온라인과 오프라인 교육을 병행할 필요가 있다. 온라인 교육은 청소년들이 자주 접하는 인터넷 사이트(페이스북, 유튜브 등)를 통해 영역별로 표준화된 건강 교육 콘텐츠를 제작, 배포하는 것으로 청소년들이 필요 시 간편하게 찾아 볼 수 있다는 장점이 있다. 최근에는 동영상이나 카드뉴스와 같은 온라인물 제작이 활발하고 이를 소비하는 청소년들도 많은 점을 고려할 때 청소년들의 접근하기 쉬운 방식으로 정보를 생산·제공하는 방법도 고려해 볼만하다. 올바른 영양 섭취 방법, 위생적인 생활을 위해 필요한 습관, 일상생활에서 할 수 있는 전염병 대응 방안, 청소년들이 받을 수 있는 건강 관련 서비스, 청소년들이 이용 가능한 신체활동 시설, 근육이완 및 근력운동 방법 등 건강과 관련한 다양한 정보들을 제공하고 청소년들이 필요에 따라 그때그때 손쉽게 찾아 볼 수 있도록 해야 한다.

일시집터와 같이 청소년들이 수시로 오가며 이용하는 시설에서는 청소년들을 동일 시간대에 한 자리에 모으기가 쉽지 않아 오프라인상의 집체교육이 어려울 수 있다. 더구나 최근에는 감염질환의 확산으로 집체 교육이 더욱 어려워졌다. 이에 청소년 개개인을 대상으로 하는 개별 교육 자료의 개발 및 보급도 고려해야 한다.

1-2	건강 관련 참여활동의 확대 및 강화

청소년들의 건강 역량 증진을 위해서는 건강 관련 활동에 참여할 수 있는 기회를 확대·강화할 필요가 있다. 국외사례 분석에서 언급했듯이 WHO는 청소년 건강정책 수립 시 청소년의 참여를 권장하고 있다(WHO, 2019). 이에 영국이나 EU 등에서도 청소년 건강정책 수립 및 서비스 개발·제공·평가와 같은 과정에서 의견 청취 기회를 마련하는 등 청소년의 참여를 독려한다. 한편 우리나라의 경우 제6차 청소년정책기본계획 등을 살펴보면 위기청소년에 대한 건강정책 수립도 부족할 뿐 아니라 정책수립을 위한 청소년들의 참여를 포함한 내용 역시 찾아보기 어렵다.

청소년들의 참여는 보다 효과적이고 실제적인 건강정책 수립에 도움이 될 뿐 아니라 청소년 개인의 건강역량 증진에도 긍정적인 효과를 가져올 수 있다. 즉 청소년들은 참여라는 일련의 과정을 통해 건강 및 관련 정책·서비스에 대한 올바른 정보를 습득할 뿐 아니라 이를 위한 경로나 방법을 알게 된다. 또한 습득한 정보를 바탕으로 자신의 건강상태나 환경을 돌아볼 기회를 가짐으로써 변화의 기회를 제공받게 된다.

현실적으로 중앙정부나 지자체 주도의 건강정책 및 서비스 수립과정에 많은 청소년들이 참여하기는 어려울 수 있다. 이에 앞서 언급했듯이 청소년들이 이용·생활하는 시설 단위에서 소집단 교육을 통한 프로젝트 수행도 참여활동의 일환으로 활용될 수 있다. 또한 프로젝트 수행에서 도출된 결과들을 바탕으로 청소년들이 필요한 서비스를 정부 및 지자체 등에 요구하는 상향식 의견 개진은 청소년들의 건강 역량 증진을 위해 반드시 필요하므로 경진대회 등과 같이 이를 지원하는 프로그램이 개설될 필요가 있다.

사회 전반에 걸쳐 건강권에 대한 올바른 인식제고를 위한 홍보가 필요하다. WHO는 건강권을 “모든 사람의 기본적인 권리로서 도달 가능한 최고 수준의 건강을 보장받을 수 있는 권리”로 규정하고 있으나 정책 대상자인 청소년들은 물론 서비스 제공자인 관련기관 공무원이나 현장 종사자들, 그리고 일반 시민들도 건강권에 대해 올바르게 인식하지 못하는 경우가 대부분이다. 즉 건강권을 단순히 질병 예방 및 적절한 치료를 받을 수 있는 권리 정도로만 생각하는 경향이 강하여 건강권 보장을 위한 노력에 소극적인 태도를 취하고 있다. 이에 위기청소년들의 건강권 보장은 더욱 소극적인 자세를 취할 수밖에 없다. 위기청소년들의 건강권 보장을 위해서는 청소년은 물론 일반 시민들까지 건강권에 대한 올바른 인식을 가질 필요가 있다. 이를 위해 학교나 청소년 기관 및 시설 종사자들을 대상으로

건강권에 대한 교육을 할 필요가 있으며 매스미디어를 통한 대국민 홍보도 필요하다. 또한 위기청소년들 역시 온라인 및 오프라인을 통해 건강권에 대한 교육이 제공되어야 한다.

(2) 건강 환경 구축

II-1	신체활동 시설 개선 및 확대

위기청소년들의 신체활동을 증진시킬 수 있는 환경이 마련되어야 한다. 신체적·정신적 건강을 위해 꾸준하고 규칙적인 신체활동이 필요함은 주지의 사실이다. 학생들은 교육부가 규정한 체육시수 뿐 아니라 방과 후 학교 프로그램이나 동아리 활동 등 다양한 방법으로 신체활동의 기회가 주어진다. 그러나 위기청소년들, 특히 학교 밖 청소년들은 이러한 신체활동의 기회에서 배제될 수밖에 없다. 실제 설문조사 결과 고졸 이하 비재학 청소년들의 신체활동률은 재학 청소년에 비해 낮은 경향을 보였다. 또한 여자 청소년들은 남자 청소년들에 비해 신체활동을 적게 하는 것으로 나타났다. 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)에서는 청소년 신체활동률 증가를 목표로 설정하였고 청소년정책기본계획 안에서는 여자 청소년들의 신체활동 활성화 방안을 마련하였지만 위기청소년들의 신체활동 증가를 위한 노력은 여전히 답보 중이다.

이에 위기청소년들의 신체활동 증진을 위해 보다 적극적인 노력을 기울여야 한다. 이를 위해 다음과 같은 방안을 생각해 볼 수 있다. **첫째 위기청소년들을 위한 체육 공간 및 기구 마련이 필요하다.** 학교밖청소년지원센터를 비롯하여 청소년들이 이용 및 생활하는 기관 및 시설은 청소년들을 위한 체육 공간 및 기구 마련에 힘쓰고 중앙정부나 지자체 역시 각 개별 시설들이 운동 공간 및 기구를 마련하는 것에 대한 지원을 아끼지 말아야 한다.

둘째 지역사회 내 신체활동 가능 시설과의 연계가 필요하다. 협소한 공간 문제로 인해 시설 내 체육 공간 마련이 어려운 경우에는 지역사회 내 연계 등을

통해 청소년들이 경제적인 부담을 느끼지 않고도 정기적인 신체활동이 가능할 수 있는 방안도 고려할 필요가 있다. 현재 공원 등에 설치된 운동기구를 비롯, 대부분의 운동기구 및 시설 등은 성인을 중심으로 제공되고 있으므로 청소년 전용 시설 또는 청소년들에게 적합한 시설 및 기구 마련이 필요하다. 특히 위기청소년들은 낙인효과가 발생할 수 있으므로 인근 기관과 연계를 할 때에는 세심한 주의를 기울일 필요가 있다.

셋째 신체활동 비용에 대한 지원이 필요하다. 위기청소년들은 경제적 이유로 신체활동에 적극 나서지 못하는 경우가 적지 않다. 이에 신체활동 지원 바우처를 제공하여 자신의 거주지에서 가까운 운동시설을 이용할 수 있도록 하거나 주민센터 등에서 제공하는 신체활동 프로그램에 참여하는 것을 지원하는 등 경제적인 이유로 신체활동을 하지 못하는 청소년들에 대한 지원이 이루어질 필요가 있다.

넷째 여자 청소년들의 신체활동에 대한 지원이 필요하다. 여자 청소년들은 남자 청소년들에 비해 신체활동이 부족한 경향을 보이고 있으므로 이들의 신체활동에 대한 접근성을 높이는 방안을 적극 마련해야 한다. 일례로 여자 청소년 생활 및 이용 시설을 중심으로 여자 청소년들이 보다 흥미를 갖고 접근할 수 있는 신체활동 프로그램을 개발·보급하거나 관련 기구 및 시설 마련을 지원할 필요가 있다.

II-2	식생활 환경 개선

청소년들이 건강한 식생활을 할 수 있는 환경이 마련되어야 한다. 설문 및 면접 조사 결과에 따르면 위기청소년들은 불규칙한 생활과 경제적 어려움 등으로 인해 불규칙한 식사와 부실한 영양섭취의 경향을 보인다. 또한 이러한 경향은 청소년들이 처한 환경이 열악할수록 더욱 강하게 나타났다. 이에 위기청소년들의 식생활을 개선하기 위해서는 다음과 같은 구체적인 노력들이 필요하다.

첫째 위기청소년들에게 찾아가는 식사 지원 방안이 필요하다. 앞서 언급한 열악한 생활환경의 청소년으로 가정이나 시설의 지원을 받지 못하고 일시쉼터를 주로

이용하는 청소년을 대표적으로 꼽을 수 있다. 일시쉼터에서는 쉼터를 방문하는 청소년들에게 간단한 요깃거리를 제공하기는 하지만 영양을 고려한 충분한 식사를 제공하지는 못하는 형편이다. 이와 관련하여 일부 시민단체 및 지자체들은 청소년 밥차와 같이 청소년들에게 식사제공 활동을 운영하고 지원하기도 한다(예: 경남신문, 2019.3.7; 국민일보, 2020.5.28). 청소년 밥차의 운영은 지역사회로 청소년들을 찾아가 균형 잡힌 식사를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 이에 이동형 일시쉼터 등에게 추가적인 인력 및 예산 지원을 통해 정기적인 밥차의 운영, 현재 식사 서비스가 없는 지역에서의 밥차 운영 확대 등이 이루어질 필요가 있다.

둘째 청소년들의 과일 및 우유섭취를 지원할 필요가 있다. 위기청소년들의 과일과 우유의 섭취 정도를 보면 평균 일주일에 3회 미만인 것으로 나타났다. 과일이나 우유는 성장기 청소년에게 필요한 비타민과 무기질, 단백질 등 중요한 영양소를 공급하는 식품이다. 우유는 성장기 청소년들의 중요한 무기질 섭취원으로 정부에서 발표한 국민공통생활지침¹⁶⁴⁾에서도 매일 우유를 섭취할 것을 권장하고 있고 학생들을 대상으로 우유급식¹⁶⁵⁾을 실시하기도 한다. 또한 「식생활교육지원법」 제26조 3항¹⁶⁶⁾에 의거하여 국가와 지자체는 학교에서의 과일·채소 제공을 지원할 수 있다. 이에 반해 학교 밖 청소년에 대한 우유나 과일의 지원은 법적 근거가 없고 일부 지자체 등에서 자체적으로 지원 사업을 실시할 뿐이다.¹⁶⁷⁾ 이에 위기청소년을 위한 우유 및 과일 지원에 대한 법적 근거를 마련하고 이를 바탕으로 우유·과일 지원사업을 확대해 나갈 필요가 있다.

164) 보건복지부 보도자료(2016.4.8). 정부, 건강한 식생활 위해 [국민 공통 식생활 지침] 제정. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=330959&page=1에서 2020년 9월 24일 인출.

165) 학교우유급식. 복지포 홈페이지. <http://www.bokjiro.go.kr/wellInfo/retrieveWellInfoDetail.do?wellInfoSno=213>에서 2020년 11월 13일 인출.

166) 식생활교육지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. [https://www.law.go.kr/법령/식생활교육지원법/\(15772,20180918\)](https://www.law.go.kr/법령/식생활교육지원법/(15772,20180918))에서 2020년 11월 13일 인출.

167) 충남일보(2017.4.4). 청소년 식습관 개선 위해 신선한 과일 드려요! 천안청소년지원센터 꿈드림, 취약계층 청소년에게 무료 과일 지원. <http://www.chungnamilbo.com/news/articleView.html?idxno=397873>에서 2020년 11월 13일 인출.

위기청소년들의 건강 환경 개선을 위해서는 주거환경 개선이 반드시 포함되어야 하며 이를 위한 지원이 필요하다. 영국이나 캐나다에서는 위기청소년들의 안정적인 주거지 확보가 이들의 정신건강에 매우 중요한 요소임을 파악하고 위기청소년들에 대한 주거지원에 많은 노력을 기울이고 있다. 설문조사에서 위기청소년 10명 중 약 1~2명 정도는 채광, 온도, 환기, 사생활 보호가 잘 되지 않는 곳에서, 20명 중 1~2명 정도는 세면시설, 화장실, 옷과 침구, 식품에 대한 위생 정도가 좋지 않은 곳에서 생활하고 있었다. 또한 청소년들이 처한 주거환경이 열악할수록 이들의 신체 및 정신적 건강도 좋지 않았는데 신체적 건강보다는 정신적 건강이 더 밀접한 관련성을 보였다. 이는 우리나라에서도 국외사례 분석에서 나타났듯이 위기청소년들에 대한 주거 지원 및 주거환경 개선이 필요함을 시사한다.

위기청소년들의 주거환경 개선 및 지원을 위해서는 다음과 같은 방안이 마련되어야 한다. **첫째 청소년 생활시설에 대한 설치 및 운영 기준을 강화할 필요가 있다.** 청소년복지시설과 아동복지시설을 비교해보면 아동복지시설 운영기준에서는 건강관리와 급식위생 기준, 임상심리상담원, 간호사, 영양사 등 청소년 건강에 관한 전문 인력 배치 기준, 입소 혹은 이용 청소년의 건강진단에 관한 기준 등을 구체적으로 명시하고 있다. 이에 비해 청소년복지시설 운영기준은 구체적으로 명시되어 있지 않은 경우가 대부분이고 설령 기준이 있더라도 아동복지시설에 비해 그 기준이 상대적으로 낮으며 관련한 법적 근거도 명확하지 않다. 이에 청소년 생활시설의 설치 및 운영 기준을 아동복지시설에 준하여 강화할 필요가 있으며 이에 대한 정부와 지자체의 지원과 관리·감독이 필요하다. 또한 관련 법령을 마련하여 기준에 미달하는 기관이나 시설에 대해서는 시정을 요구할 법적 근거를 마련할 필요가 있다.

특히 위생시설과 관련하여 아동양육시설 등에서는 침실, 조리실, 화장실 등에 대한 구체적인 기준이 정해져 있는데 반해 청소년복지시설의 경우는 그 기준이

구체적이지 못하다. 따라서 아동양육시설에 준하여 조리실이나 화장실, 세면실 등의 설치기준을 정하고 시설 및 기관들이 그 기준에 따라 운영할 수 있도록 하여 청소년들이 시설 내에서 위생문제로 어려움을 겪지 않도록 할 필요가 있다. 뿐만 아니라 청소년들이 생활하는 기관이나 시설에는 학교에 준하여 공기청정기 설치 등을 지원할 필요가 있다.

또한 현장전문가들의 의견¹⁶⁸⁾에 따르면 최근 코로나19로 인해 위기청소년들이 쉼터 등 생활시설에 새로 입소하기 어려운 상황이 발생하기도 하였다. 청소년복지 시설은 단체생활을 하는 시설이니만큼 감염예방을 위해 입소 전 2주간의 자가격리를 거쳐 확진자가 아님을 증명해야 하는 등의 절차를 거쳐야 하지만 시설 내 공간이 협소하여 자가격리 공간을 제공하지 못하기 때문이다. 이에 위기청소년들이 오히려 거리로 내몰리거나 가정에서 학대상황에 그대로 노출될 위험성이 커지는 등의 어려움도 발생하였다. 이러한 상황에서 청소년들이 사회적 안전망 안으로 들어올 수 있는 기회를 박탈하지 않기 위해서는 시설 내 공간이 부족한 상황을 고려하여 지역별로 위기청소년을 위한 자가격리 공간을 마련하고 필요한 이들에게 이를 제공할 필요가 있다. 즉 청소년복지시설에 입소를 원하는 청소년들이 자가격리가 필요한 경우 지자체 등에서 마련한 일정 장소에서 자가격리 후 시설에 입소할 수 있도록 대책마련이 필요하다.

둘째 주거취약 위기청소년들에게 주거지원이 확대되어야 하며 주거지원 내용의 불평등이 해소되어야 한다. 최근 주거취약계층 주거지원에 대한 정부의 지침¹⁶⁹⁾이 마련되어 있고 이에 따라 주거지원 사업이 운영되고 있다. 위기청소년들 중에도 쪽방, 고시원, 여인숙, 비닐하우스, 노숙인 시설, PC방, 만화방 등 최저주거기준에 미달한 환경 주거환경 등에서 3개월 이상 거주한 이들은 이 사업의 지원대상에 포함된다. 그러나 여러 가지 사정상 지원 대상으로 선정되기가 쉽지 않기 때문에

168) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 인용하였다.

169) 주거취약계층 주거지원 업무처리지침. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr/행정규칙/주거취약계층%20주거지원%20업무처리지침>에서 2020년 11월 6일 인출.

이에 대한 면밀한 조사를 바탕으로 위기청소년들이 주거지원 사업에서 배제되지 않도록 최선을 다해야 할 것이다. 아동양육시설 등 아동보호체계에서 보호종료된 아동들은 「아동복지법」 제38조와 「공공주택 특별법」 제48조에 근거하여 LH와의 연계를 통해 주거지원 사업을 실시하고 있다(김지연, 백혜정, 류정희, 이상정, 2019:13-15). 최근 여가부와 일부 지자체에서도 청소년 자립지원관의 운영을 통해 지역 내 위기청소년들의 주거를 지원하고 있다. 그러나 아동보호체계와 청소년보호체계의 주거지원에 차등이 존재하는데 그 대표적인 예가 주거환경조성비이다. 대부분의 위기청소년들은 보호종료아동과 달리 자립지원금이나 발달계좌 등이 없기 때문에 주거환경을 조성하는 데 더 많은 어려움을 겪을 수 있음에도 불구하고 보호종료된 아동에게 지급되는 주거환경조성비가 위기청소년에게는 지급되지 않는다. 주거지원은 청소년 건강 환경 개선에서 빼놓을 수 없는 영역이기 때문에 주거지원에서 보호체계 유형에 따른 차별은 반드시 시정되어야 한다.

II-4	근로환경 개선 지원

위기청소년들의 근로환경 개선을 지원해야 한다. 설문조사 결과에 따르면 근로 환경과 청소년들의 신체 및 정신적 건강 간에는 관련이 있는 것으로 나타났는데 근로환경은 특히 청소년들의 신체적 건강과 밀접한 관련성을 보였다. 이에 청소년들이 주로 근무하는 사업장을 중심으로 근로환경 개선을 위한 노력을 기울여야 한다. 구체적인 방안의 예로는 **첫째 청소년 근로기준이 잘 준수되고 있는지 면밀한 검토가 필요하다**. 휴게시간 및 야간 근로 관련 사항 등은 수면이나 신체 상해 등을 비롯한 청소년의 건강과 밀접한 관련이 있다. 이에 청소년을 고용한 사업장들이 관련 근로기준은 잘 지키고 있는지에 대한 정기적인 관리·감독이 필요하다.

둘째 근로환경 개선 지원사업이 확대되어야 한다. 특히 근로환경이 좋지 못한 소규모 사업장을 대상으로 근로환경 개선 지원사업을 통해 청소년들의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 환경을 개선할 필요가 있다. 현재 정부에서는 소규

모기업환경 개선지원 사업¹⁷⁰⁾을 수행 중에 있다. 이 사업의 지원 대상에서 만24세 이하 청소년의 종사율이 높은 사업장을 우선 지원하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 특히 청소년들이 주로 일하는 사업장에는 공기질이 나쁘거나 부상 위험이 높은 경우가 많은 점을 감안하여 이를 시정하기 위한 지원이 보다 적극적으로 이루어져야 한다.

셋째 근로청소년 건강 친화사업장에 대한 지원안이 마련되어야 한다. 청소년을 포함하여 근로자의 건강권 보장에 친화적인 사업장을 선정하여 근로청소년건강친화사업장 인증마크 부착이나 인센티브 부여 방안도 고려해 볼 만하다. 사업장의 선정기준으로는 휴게시간 및 야간 근로 기준 준수, 청소년 근로자 건강검진 지원, 공기정화기 설치, 안전기준 준수 등의 내용이 포함될 수 있을 것이다. 비슷한 예로 일부 지자체에서는 청소년알바친화사업장을 선정해 인센티브 제공 및 홍보를 지원하고 있다.¹⁷¹⁾ 이에 근로청소년 건강 친화사업장을 별도로 선정하기 어렵다면 청소년알바친화사업장 선정 기준에 건강권 보장 관련 내용을 포함시키는 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다. 또한 현재는 근로청소년 친화사업장의 선정 및 지원을 하는 지자체가 많지 않은 바 이를 전국적으로 확충시키는 방안도 마련할 필요가 있다.

II-5	위기청소년 사회적 안전망 강화

위기청소년들에 대한 사회적 안전망이 강화되어야 한다. 설문 및 면접조사의 결과들은 일관되게 일차적으로는 가정이나 학교 내 청소년들, 이차적으로는 청소년보호시설 내 청소년들의 건강이 이러한 사회적 안전망 체계 밖에서 생활하는

170) 정부24 홈페이지. <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/409000000236>에서 2020년 11월 6일 인출.
 171) 빛가람 뉴스(2020.10.6). 광주시, 2020년 청소년알바친화사업장 27곳 선정, 코로나19 어려움에도 노사 상생 실천하는 사업장. <http://www.focusi.co.kr/news/articleView.html?idxno=166951>에서 2020년 11월 13일 인출.

청소년들에 비해 양호함을 보여주고 있다. 이는 보호체계가 청소년들에게 다양한 영역에서의 건강 정보 및 교육을 제공함으로써 청소년들의 개인적 건강역량을 강화시키는 것은 물론 의료 서비스나 신체활동, 균형 잡힌 식사 등 실제로 건강에 도움이 되는 서비스를 제공하기 때문이다. 즉 사회적 안전망 안에서 생활한다는 것은 일정 수준 이상의 건강권을 보장받을 수 있음을 의미한다. 따라서 위기 청소년들의 건강권을 보장하기 위해서는 사회적 안전망에서 벗어나 있는 청소년들을 신속하게 발굴하여 안전망 안으로 진입할 수 있도록 해야 한다. 최근 지역에 따라 CYS-Net이 유명무실한 경우가 적지 않다. 이에 컴퓨터를 이용하는 청소년 외의 위기청소년들은 건강문제와 더불어 자신의 문제를 총체적으로 해결하기 위한 지원을 받기가 쉽지 않다. 이에 아웃리치 활동이나 CYS-Net 및 청소년 전화 1388의 운영상황을 점검하고 활성화를 통해 위기청소년들의 요구에 신속히 응답함으로써 안전망에서 벗어나는 것을 최소화하고 혹시 안전망을 벗어난 위기청소년들은 보호체계 안으로 손쉽게 재진입할 수 있는 길을 열어주어야 한다.

(3) 건강서비스 개선

III-1	위기청소년 건강검진 서비스 강화 및 확대

위기청소년 건강검진 서비스를 강화·확대할 필요가 있다. 현재 위기청소년 건강검진 서비스는 18세 이하 학교 밖 청소년들을 대상으로 하는 서비스가 주를 이룬다. 그러나 학교 밖 청소년들의 건강검진은 학교 밖 청소년을 위한 대표적인 사업임에도 불구하고 대상 청소년들 중 이를 인지하지 못하는 경우가 거의 1/3에 달하였고 알면서도 검진을 받지 않는 경우도 40% 이상이었다. 이에 학교 밖 청소년을 비롯 위기청소년 건강검진 서비스의 강화 및 확대를 위해 다음과 같은 방안을 제안하고자 한다.

첫째 학교 밖 청소년 관련 기관에 적을 두지 않은 청소년들을 대상으로 한 건강검진 홍보가 필요하다. 즉 TV나 온라인 매체 등을 통한 홍보, 버스나 지하철 역

등 대중교통을 활용한 광고 등 일상생활에서 접할 수 있는 홍보가 필요하다.

둘째 건강검진에 대한 청소년들의 접근성을 높일 방안을 마련해야 한다. 검진 제도를 알면서도 받지 않은 청소년들 10명 중 약 한 명은 접근성의 문제를 지적했다는 점에 주목하여야 한다. 최근 온라인 신청, 결과통보기간 단축, 출장검진 및 검진기관을 확대 등을 통해 청소년들이 보다 쉽게 검진을 받을 수 있도록 절차를 개선하였다.¹⁷²⁾ 이러한 노력이 지속적으로 이루어져야 하며 동시에 청소년들이 검진과 관련되어 잘못 알고 있는 부분을 되짚어주는 노력이 필요하다. 예를 들어 보호자가 아닌 개인에게 결과 통보, 검진 이후 질환 의심자에게는 추가검진까지 지원함 등을 홍보할 필요가 있다. 또한 질환 확진자에게는 의료지원 서비스를 연계해 주는 등 사후 관리에도 관심을 가지고 이를 홍보한다면 청소년들의 검진이 좀 더 늘어날 것으로 판단된다. 그 외에도 검진 신청 시 검진표와 안내문 등을 받을 수 있는 희망주소지를 제출해야 하는데 주소지가 일정하지 않은 위기청소년들은 주소지 제출이 어려울 수 있다. 이에 위기청소년들의 검진을 확대하기 위해서는 신청 뿐 아니라 검진표 작성 및 결과통보까지 온라인만으로 가능한 형태가 함께 제시될 필요가 있다.

셋째 학교 밖 청소년 건강검진의 사각지대를 최소화하여야 한다. 이를 위해 학교 밖 청소년 건강검진 외에도 20세 이상을 대상으로 하는 국가건강검진을 손쉽게 받을 수 있도록 온라인이나 모바일 등을 통한 검사 안내를 비롯하여 온·오프라인에서의 전국민 홍보가 이루어져야 한다. 더욱이 19세 이상 학교 밖 청소년들은 국가건강검진 대상으로 들어가면서 대부분의 경우 학교 밖 청소년 건강검진에서 제외되는데 이들의 특성을 반영한다면 만24세 이하 학교 밖 청소년에 대해서는 국가건강검진과 학교 밖 청소년 건강검진 중 선택이 가능하도록 할 필요가 있다.

넷째 건강검진 내용이 위기청소년 맞춤형으로 조정될 필요가 있다. 최근 학교 밖 청소년들의 성 건강 문제에 대응하기 위해 관련 검사를 건강검진 항목에 추가한

172) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

것은 긍정적으로 평가된다. 그 외에도 위기청소년들은 정신적 건강 문제를 호소하는 경우가 적지 않기 때문에 건강검진 안에 심리검사를 의무화하는 방안도 생각해 보아야 한다.

다섯째 검진주기에 대한 점검이 필요하다. 현재 학교 밖 청소년 건강검진은 학생 건강검사와 마찬가지로 3년 주기로 실시하고 있다. 즉 학교 밖 청소년은 3년에 한 번만 검진을 받을 수 있다. 그러나 학교 밖 청소년들은 건강에 특히 취약할 수 있다는 특성을 감안한다면 그 주기를 학생보다 좀 더 짧게 가져갈 필요가 있다. 전 검진항목에서 주기를 단축시키기 어렵다면 이들의 정신건강이나 구강 건강, 성 건강 등 특히 취약한 부분만이라도 검진주기의 단축을 고려해야 한다.

여섯째 가정 밖 청소년들에 대한 정기적인 건강검진이 실시되어야 한다. 현재 아동복지시설에 입소한 18세 이하 아동은 입소 이후 연 1회 건강진단을 받는 것이 법률로 규정되어 있다(보건복지부, 2020b:153). 이에 비해 청소년복지시설을 주로 이용하는 가정 밖 청소년들에 대해서는 이러한 법률로 규정된 건강검진 사항이 없다. 각 개별 시설에 따라 의료기관과의 연계를 통해 자체적으로 검진을 제공하는 정도이다. 이는 다른 말로 하면 검진을 제공하지 않더라도 큰 문제가 되지 않음을 의미한다. 따라서 건강형평성을 제고하기 위해서는 아동복지시설의 아동에 준하여 청소년복지시설의 청소년들에게도 정기적인 건강검진이 실시될 필요가 있다.

III-2	건강을 위한 의료지원 서비스 강화 및 확대

위기청소년들의 건강을 위한 의료지원 서비스가 강화되고 확대되어야 한다. 설문조사 결과 위기청소년들은 가정이나 학교 내 청소년들에 비해 건강상 취약한 부분이 많고 다양한 신체적·정신적 증상을 호소하는 경우가 적지 않다. 그럼에도 불구하고 병의원 진료를 받지 않는 경우가 많았는데 일 경험의 있거나 가정이나 시설에서 생활하지 않을수록, 가정 밖 생활이 길어질수록, 그리고 경제수준이 낮

을수록 돈이 없거나 시간이 맞지 않아 병의원을 찾지 않았다는 응답률이 높게 나타났다. 면접조사 결과에서도 청소년들은 경제적인 이유로 병원진료나 검진을 받지 못할 경우가 많았기 때문에 의료비 지원의 확충을 요구하는 목소리가 높았다. 결국 의료비는 위기청소년의 의료서비스에 대한 접근성을 떨어뜨리는 요인이며 법적으로 의료급여 지원이 보장되는 아동복지시설의 아동과 비교해 본다면 건강형평성의 문제가 발생할 수 있다. 이 같은 문제를 해결하기 위해 다음과 같은 사항을 제안하고자 한다.

첫째 의료비 지원이 강화되어야 한다. 현재 위기청소년이 의료비 지원을 받는 방법 중 하나는 위기청소년 특별지원 사업이란 제도를 통하는 것이다. 그러나 현장종사자들의 의견에 따르면 위기청소년 특별지원 제도의 적용을 받기 위해서는 관련 서류를 준비하고 접수 및 승인 절차를 밟는데 일정 기간이 소요되지만 응급상황에서 의료적 처치가 필요한 경우에도 이 제도의 혜택을 받기 어려운 것으로 나타났다. 또한 위기청소년 특별지원은 건강보험료를 기준으로 중위소득 이하의 저소득가구 위기청소년만 그 대상이 될 수 있기 때문에 소득여부를 떠나 부모와의 연락이 두절된 가정 밖 청소년들은 이 제도의 적용을 받기가 어렵다. 기본적으로 위기청소년들의 의료비 지급을 이미 단절된 부모와의 관계에서 해결하는 것은 위기청소년에 대한 앞서 언급한 위기청소년의 건강권 보장을 위한 기본 방향 중 두 번째, 즉 국가의 책임성 강화에 어긋난다. 이를 해결하기 위해서는 청소년복지시설에 있는 위기청소년의 경우 부모의 소득수준과 관계없이 의료비에 대한 긴급 지원을 받을 수 있도록 운영방식의 개선을 검토할 필요가 있다(김현진, 김지연, 이승현, 류지용, 2018:162). 예를 들어 긴급한 지원이 필요하나 가정 등의 지원이 끊긴 청소년들에게는 긴급지원을 통해 치료비 등을 먼저 지원하고 차후에 정부가 가구소득 등에 따라 보호자 등에게 비용의 전부 또는 일부를 변제하도록 하거나 지자체에서 지원하는 방식도 고려해 볼만하다. 또는 국가인권위원회의 권고안처럼 「의료급여법」 제3조 1항에 “청소년 복지시설을 이용하는 청소년으로서 보건복

지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람”을 추가하여 사회적 보호를 받고 있는 가정 밖 청소년에게 의료급여 수급권을 부여하는 방식을 검토할 필요가 있다(국가인권위원회, 2017:1-3).

뿐만 아니라 보다 장기적이고 전문적인 치료를 요하는 위기청소년들이 비용에 대한 걱정 없이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 혜택을 강화하는 방안 마련이 필요하다. 현재 위기청소년 특별지원 사업에서의 의료비 지원은 건강지원 항목에 포함되는데 한 해 200만원 한도 내에서 최대 2년까지 지원하는 것을 원칙으로 하여(여성가족부, 2020a:756-765) 장기치료가 필요한 청소년은 지원에 제한을 받을 수 있다. 건강특화형 쉼터를 통한 위기청소년 의료비 지원에서도 의료보험 적용이 가능한 수준에 국한되는 등의 제한점으로 인해 현장종사자들의 사비가 들어가는 등의 폐해가 발생하기도 한다. 일례로 위기청소년들은 치과적 치료를 요하는 경우가 많지만 일부 보철의 적용이 어려워 치료가 가능한 치아를 빼거나 기본적인 신경만 제거하는 것으로 치료를 마무리하는 등 온전한 치료가 어려운 경우가 지적되었다.¹⁷³⁾ 따라서 현장 종사자들에게 자율적인 판단을 하도록 하고 이후 초과된 치료비에 대해서는 사유서를 제출하는 등과 같이 이에 대한 시정이 필요하다.

둘째 청소년복지시설의 청소년들에 대한 지자체의 한시적 후견인 제도가 필요하다. 미성년인 가정 밖 청소년들 중에는 즉각적인 병원치로나 처치가 필요하나 보호자의 동의를 받지 못하거나 청소년 본인이 보호자와 연락하는 것을 원하지 않아 치료나 처치를 포기하는 사례들이 종종 발견된다.¹⁷⁴⁾ 보호자의 동의를 받지 못한 경우 청소년 시설 및 기관의 관계자 동의 하에 치료나 처치를 받을 수밖에 없는데 가정 밖 청소년의 병원치로나 수술 등의 결과가 부정적일 때 사후에 친부모가 후견인 역할을 한 시설장의 책임으로 돌릴 수도 있다는 우려가 제기된다. 이러

173) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

174) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

한 문제를 해결하기 위해 관련 지자체가 한시적으로 후견인 역할을 맡을 수 있도록 법률과 규정의 개정을 검토할 필요가 있다(국가인권위원회, 2017:1-3). 뿐만 아니라 지자체가 한시적 후견인이 된다면 부모와의 연락을 꺼려 치료를 포기하는 경우가 발생하는 것도 어느 정도 막을 수 있을 것이다.

III-3	정신건강 지원 서비스 강화 및 확대

위기청소년들의 신체건강을 위한 의료지원 서비스가 강화되고 확대되어야 한다. 설문조사 결과 위기청소년들은 특히 정신건강에서 취약한 경향을 드러내었다. 특히 남자보다는 여자 청소년들이, 그리고 가출이나 학교 밖 경험이 있고 양부모 가정인 경우나 경제적 수준이 낮은 경우 등 생활환경이 열악할수록 더욱 그러하였다. 이와 관련하여 종사자들 중 70% 이상이 위기청소년들의 정신건강에 문제가 있다고 응답하였고 30.9%는 관련 서비스를 제때 받지 못하고 있다고 응답하였다. 한편 많지는 않지만 정신적 어려움이 있고 본인의 의사가 있음에도 불구하고 부모의 동의를 얻지 못하여 치료 및 상담의 기회를 놓친 경우, 그리고 “별 효과가 없을 것 같아서” 치료 및 상담을 받지 않았다는 응답을 주목해 볼 필요가 있다. 후자의 경우는 심리검사를 받기에 경제적 부담을 크게 느낄 수 있는 집단에서 특히 응답률이 높았음에 비추어 볼 때 이는 비용 대비 효과가 적다는 의미도 포함될 수 있음을 추측해 볼 수 있다. 위기청소년들의 정신건강은 국외사례 분석에서 나타났듯이 국제사회에서도 관심을 가지고 지원하는 문제이기도 하다. 이에 유럽과 북미의 여러 나라들도 위기청소년들의 정신건강을 지원하기 위해 다양한 서비스를 제공하고 있다.

이 같은 결과를 바탕으로 볼 때 우리나라에서도 위기청소년들에게 양질의 정신건강 서비스를 제공하는 방안의 마련은 매우 절실하고 중요한 문제이다. 이에 위기청소년들의 소재지를 기준으로 이들이 이용가능한 양질의 정신건강 서비스 기관을 확보, 연계할 필요가 있고 건강검진 안에 심리검사를 의무화하는 방안도

생각해 보아야 한다. 또한 경제적 부담을 느낄 수 있는 이들에게 저비용에 질 높은 서비스를 제공하여 필요한 경우 쉽게 접근할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 여러 가지 환경적 제약으로 인해 장기간의 개입을 부담스러워하는 청소년들에게는 보다 효율적인 개입을 위해 문제해결 중심의 단기상담 및 지원 방안을 고려해 볼 만하다.

한편 아동복지시설에서는 임상심리상담원(2급 이상)의 배치가 법률로 규정되어 있다(보건복지부, 2020b:170). 이에 반해 청소년복지시설에서는 법률로 규정되어 있는 사항이 없으며 청소년쉼터에 한해 3급 이상의 청소년상담사 배치를 권고하고 평가에 반영하고 있는 정도이다. 이에 정신건강 문제가 있는 청소년들의 조기 발견을 위해서는 아동복지시설 기준에 준하는 2급 이상 임상심리상담원 또는 청소년상담사의 배치가 필요하다. 단 30인 이상의 시설이 적은 청소년복지시설의 특성을 감안한다면 스크리닝 할 수 있도록 권역별로 청소년복지시설 내 청소년들의 정신건강을 지원하는 임상심리상담원이나 청소년상담사를 배치하는 방안도 검토해 볼 필요가 있다.

III-4

개인 위생용품 지원 확대

청소년들의 위생과 관련된 물품들에 대한 지원을 확대할 필요가 있다. 조사결과에 따르면 대개의 청소년들은 미세먼지나 코로나19에 대해 비교적 바람직하게 대처하는 것으로 나타났다. 그러나 일 경험이 있는 경우, 가정 밖 생활 경험이란 달~1년 정도인 청소년, 기타 유형에 거주하는 청소년들은 그렇지 않은 집단에 비해 대처 행동이 상대적으로 미흡하였다. 미세먼지나 코로나19 상황에서 보는 바와 같이 향후 환경변화에 따라 개인의 위생행동은 더욱 중요해질 수 있다. 이에 청소년 개인에게는 마스크나 손소독제, 생활살균소독제와 같은 위생용품을 구입하는 데 경제적 부담을 크게 느끼지 않도록 할 필요가 있다. 그 외에도 팬데믹(pandemic) 상황에서는 마스크 등의 위생용품과 함께 생리대, 영양제, 비상식량,

청소년보호 및 지원기관 연락처 및 행동요령 안내서 등 청소년들에게 필요한 주요 품목들을 함께 포함할 필요가 있다. 청소년복지시설, 특히 일시쉼터 등 시설 외에서 생활하는 청소년들을 대상으로 하는 시설이나 기관을 통해 위생행동에 특히 취약청소년들을 대상으로 이러한 용품들을 주기적으로 배포하고 위생 관련 교육을 제공하는 것이 반드시 필요하다.

또한 비록 소수이긴 하지만 생리대 구입에 경제적 압박을 느끼는 경우(2.4%)가 확인되었다. 현재 여가부에서 수행하는 생리대 바우처 지원사업을 통해 생리대를 지원받기 위해서는 해당 청소년이 저소득층임을 증명해야 한다. 하지만 가정 밖 청소년들은 보호자와의 연락을 꺼리거나 연락이 두절되어 저소득층임을 증명하기 어려운 경우가 적지 않다. 또한 저소득층 가정 출신이 아니더라도 보호자에게 경제적으로나 정서적으로 직접적인 지원을 받기 어려운 상황이 놓인 경우도 적지 않다. 이러한 경우들은 청소년 개인의 경제상황이 어렵고 건강상 위기가 닥치더라도 특별지원을 받거나 생리대 지원을 받기 어렵다. 특히 위기청소년들을 지원하는 기관이나 시설에 등록되어 있지 않은 청소년들은 국가 지원 서비스를 받기가 더욱 어렵다. 이에 건강 지원 정책의 사각지대에 놓인 청소년들을 발굴하고 보다 손쉽게 지원받을 수 있는 대책을 마련할 필요가 있다. 즉 청소년복지시설에서 생활하거나 시설의 지원을 받는 주거취약청소년 등은 생리대 바우처 지원 대상에 포함시킴으로써 지원의 사각지대가 발생하지 않도록 생리대 지원 대상을 확대할 필요가 있다.

III-5	지원 방식의 다양화 및 간편화

위기청소년들의 건강권을 보장하기 위해서는 그들의 다양한 욕구에 맞게 지원 서비스를 다양하고 간편하게 할 필요가 있다. 면접조사에 참여한 위기청소년들은 각 영역에 따라 매우 다양한 반응을 보였다. 면접조사에 참여한 모든 사례 혹은 한 사례를 제외한 모든 사례에서 동일하게 나타나는 내용을 ‘일반적’인 응답으로 분류할 수 있는데(Hill etc., 2005) 본 연구에서는 모든 범주에서 ‘일반적’인 응답

이 단 한 번도 나타나지 않았다. 또한 전체 사례의 반 이상이 동일하게 응답하는 ‘전형적’인 반응보다는 ‘변동적’이거나 ‘드문’ 응답빈도가 더 많이 나타났다. 이러한 결과는 연구에 참여한 위기청소년들의 건강상태 및 관련 영향요인을 일반화시킬 수 없음을 의미한다. 즉 위기청소년의 건강권 보장이라는 동일한 현상에 대한 정책과 지원방식은 매우 다양한 접근이 필요함을 시사한다. 위기청소년들에 대한 선부른 일반화와 사회적 인식을 지양하면서 국가차원에서 지원 정책과 서비스의 목적과 이유에 대해 면밀히 검토한 후 대상자들에게 꼭 필요한 서비스를 제공하는 것이 중요하다.

국외사례를 보면 실증적 사례에 대한 검토를 바탕으로 다양한 서비스가 제공됨을 알 수 있다. 예를 들어 청소년부모에 대한 건강 관련 지원을 어머니인 여자 청소년 뿐 아니라 아버지인 남자 청소년까지 확대하거나 HPV 백신접종 무료 대상자 역시 여자 청소년에게 한정되어 있던 것을 남자 청소년에게까지 확대하였다. 핀란드의 경우 청소년들의 휴식 및 수면권 보장을 위해 도서관 야간 개관을 폐지하고 신체활동 및 운동 기회를 제공할 것을 권장한다. 우리나라의 경우도 위기청소년들의 수면권과 휴식권 보장을 위한 야간근로 제한이나 신체활동 지원의 기회를 확충하고 여자 청소년을 중심으로 이루어졌던 청소년한부모에 대한 지원을 남자 청소년을 포함한 청소년부모에 대한 지원으로 확대하면서 건강 지원 서비스를 포함하는 등 위기청소년의 건강권 보장을 위해 보다 다양한 서비스를 발굴하고 확대해 나갈 필요가 있다.

이와 더불어 서비스 지원의 간편화가 더욱 확대되어야 한다. 최근 학교 밖 청소년 건강검진은 그 절차를 간편화하여 청소년들의 검진에 대한 접근성을 높였다.¹⁷⁵⁾ 이처럼 청소년들을 위한 건강서비스에 대한 절차를 간편화하여 서비스가 필요한 이들의 접근성을 높일 필요가 있다. 생리대 바우처 지원사업이나 위기청소년 특별지원 사업은 아직도 서류준비를 비롯하여 신청 및 승인 절차가 복잡하여

175) 여성가족부 보도자료(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

대상자로 선정되기 쉽지 않다는 현장의 목소리가 작지 않다.¹⁷⁶⁾ 이에 지원 절차에 대한 간편화를 검토할 필요가 있다.

III-6	건강전문가 양성 및 배치 확대

건강전문가를 양성하고 이들을 위기청소년 건강 서비스 지원을 위해 배치할 필요가 있다. 영국에서는 주거취약계층을 위한 통합 서비스의 일부로 보건서비스를 제공하는데 이때 정신건강 전문가를 포함한 건강 영역의 전문가들이 아웃리치 팀과 공동으로 지원서비스를 제공한다. 우리나라에서는 위기청소년들의 건강을 위해 건강특화형 청소년쉼터가 운영되고 있지만 건강 전문가가 상주하고 있지 않으며 건강특화형 쉼터로 제 기능을 발휘하기 위해서는 보강이 필요하다는 권고를 국가인권위원회로부터 받았다.¹⁷⁷⁾ 한편 아동보호체계에서는 양육시설마다 임상심리상담원, 간호사, 영양사 등의 전문 인력 배치가 규정화되어 있으나 청소년 복지시설에서는 그 규정이 미흡한 실정이다.

위기청소년들이 필요한 건강서비스를 제때에 지원받기 위해서는 의사나 간호사와 같은 의료진 뿐 아니라 상담심리전문가나 임상심리전문가와 같은 정신건강 전문가, 영양사나 보건교사와 같이 건강 관련 분야의 전문가들이 위기청소년들의 건강 영역을 지원할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 현재는 시설 종사자가 지역사회 안에서 자원과의 연계를 통해 이러한 서비스를 제공하고 있으나 자원과의 연계는 종사자의 역량에 크게 의존하고 있는 상황이다. 이에 현장 종사자의 역량에 의존하지 않고도 서비스 체계를 갖출 필요가 있다. 시설마다 영역별 건강 전문가가 상주하는 것은 현실적으로 어려운 일이므로 일정 지역을 단위로 기본적인 연계체계를 마련하도록 규정을 강화할 필요가 있다.

176) 전문가 자문회의(2020.12.7)에서 나온 내용을 반영하였다.

177) 국가인권위원회 보도자료(2017.1.24). 가정 밖 청소년 인권보호정책 개선 권고. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&boardtypeid=24&boardid=616529>에서 2020년 9월 20일 인출.

또한 지역에 따라서는 연계할 자원이 부족하여 위기청소년들에게 마땅한 서비스를 제공하지 못하는 경우도 발생한다. 이에 지자체의 연계자원에 대한 면밀한 조사를 통해 부족한 자원에 대한 보완책을 마련할 필요가 있다. 최근 논의되고 있는 공중보건의의 확대 문제에서도 위기청소년에 대한 의료서비스 제공 여부를 결부시켜 함께 논의할 필요가 있다.

(4) 건강정책체계 재정비

IV-1	법률의 재정비 및 부처의 일원화

위기청소년의 건강권 보장을 위해서는 관련 법률의 재정비 및 부처의 일원화가 필요하다. 이는 앞서 위기청소년의 건강권 보장을 위한 정책 마련의 기본 방향에서 대상별 접근이 아닌 기능별 접근이 필요하다는 주장과 같은 맥락에 있다.

청소년 건강과 관련하여 국내 법령 및 정책을 살펴본 결과 학교 밖 청소년이나 청소년보호체계 내 청소년은 학생이나 아동보호체계 내 아동청소년들과 달리 건강 관련 법령이 마련되어 있지 못하거나 법령이 있다 하더라도 구체적인 지원을 보장받지 못하는 경우가 많았다. 또한 같은 위기청소년 내에서도 유형에 따라 적용받는 법률이 각기 달라 건강권 보장에 격차가 발생하고 있을 뿐 아니라 가정 밖 청소년이나 소년사범들과 같이 동일 유형의 청소년 집단이라도 어느 체계의 보호를 받느냐에 따라 관할 부서가 달라질 뿐 아니라 서비스 내용에 격차가 발생하였다. 이처럼 법률 및 관할 부처의 분절화는 청소년 집단이나 생활 유형에 따라 지원 정책에 차이를 가져올 뿐 아니라 정책지원의 사각지대를 발생시킬 수 있다.

한편 독일 등은 청소년의 거주 지역이나 관할 부처에 따른 건강서비스의 격차를 예방하기 위한 정책을 수립하고 법체계를 정비하였다. 즉 독일은 아동청소년지원 법에 근거하여 청소년청을 통해 통합적인 정책과 서비스를 제공하는 법과 행정 체계를 구축하였다.

우리나라에서도 독일의 사례와 같이 위기청소년을 포함한 전체 청소년의 건강권 보장을 위해 기능별 접근을 통한 법률의 재정비 및 부처의 일원화가 필요하다. 법률의 재정비를 위해서는 위기청소년 전체의 보편적인 건강권을 보장하기 위한 법적 장치로서 위기청소년 건강권의 명문화, 건강권 보장을 위한 위기청소년에 대한 보편적 지원 관련 법률규정을 조문으로 명시화하는 방안의 검토가 선행되어야 한다. 또한 기존의 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률」 이외에도 위기청소년들의 건강한 성장과 발달을 위해 필요하다면 새로운 법안을 마련하거나 「청소년복지지원법」 등에 위기청소년 건강 지원과 관련하여 보다 명확하고 구체적인 내용이 포함되도록 개정해야 할 것이다. 이는 학생과 학교 밖 청소년, 가정 안에서 부모의 보호를 받으며 생활하는 청소년과 가정 밖 청소년 간의 건강불평등을 최소화하기 위한 가장 기본적인 노력이라 할 수 있다.

또한 가정 내 청소년과 청소년보호체계 청소년, 아동보호체계 및 사법보호체계 청소년, 학생과 학교 밖 청소년 등 청소년의 하위 유형에 상관없이 모든 청소년에 대한 건강 지원 서비스에 있어서 대상별 격차의 최소화를 위해서는 부처별 정책 내용에 대한 면밀한 비교가 이루어져야 한다. 이를 바탕으로 같은 유형의 서비스가 대상별로 격차가 발생하는 부분에 대해서는 정책 부서 및 내용의 재조정을 위한 노력이 이루어질 필요가 있다. 또한 부처의 일원화가 이루어진다면 하더라도 다부처 간 협력체계를 마련하여 건강지원 서비스가 위기청소년을 위한 통합 지원서비스 내에서 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.

IV-2	건강 취약 청소년의 조기 발굴 및 개입안 마련

건강 취약 지대에 놓인 청소년에 대한 조기 발굴 및 개입이 필요하다. 현재 위기청소년 대상 건강지원정책으로는 저소득 여성청소년 대상 생리대 바우처 지원, 학교 밖 청소년 건강검진, 위기청소년 특별지원 내 의료비 및 상담지원, 건강특화형 쉼터 운영을 통한 가정 밖 청소년 긴급의료 서비스 연계 등이 있다. 그러나

그 내용을 보면 생리대 바우처 지원이나 위기청소년 특별지원은 저소득층임을 증명해야 할뿐더러 위기청소년 특별지원은 기간과 비용에도 제한이 있어 장기적이고 비용이 많이 드는 질병 치료에는 어려움이 따른다. 또한 가정 밖 청소년들은 보호자와의 연락을 꺼리거나 연락이 두절되어 저소득층임을 증명하기 어려운 경우가 적지 않고 저소득층 가정 출신이 아니더라도 보호자에게 경제적으로나 정서적으로 지원을 받기 어려운 상황이 놓인 경우가 많다. 이러한 경우들은 청소년 개인의 경제상황이 어렵고 건강상 위기가 닥치더라도 특별지원을 받거나 생리대 지원을 받기 어렵다. 특히 위기청소년들을 지원하는 기관이나 시설에 등록되어 있지 않은 청소년들은 국가 지원 서비스를 받기가 더욱 어렵다. 이에 건강 지원 정책의 사각지대에 놓인 청소년들을 발굴하고 보다 손쉽게 지원받을 수 있는 대책을 마련할 필요가 있다.

건강지원 사각지대에 놓인 청소년들을 발굴하기 위해서는 가정 밖 및 학교 밖 청소년, 소년사범 뿐 아니라 병무청 신체검사 대상자, 근로 청소년, 부모가 된 청소년, 주거취약청소년 등 위기청소년에 대한 발굴 범위를 넓힐 필요가 있다.

또한 이들에 대한 조기개입을 위해서는 가정의 경제적 수준에 상관없이 건강지원 서비스가 필요한 가정 밖 청소년에 대해서 지원서비스를 먼저 제공하고 이후 개인 및 원가정의 경제적 상황에 따라 해당비용의 전부 또는 일부에 대해 구상권을 청구하는 방안을 검토해야 할 것이다. 뿐만 아니라 건강지원 서비스에 대한 접근성이 낮은 청소년들을 위해 건강지원 서비스 제공이 가능한 기관들을 청소년 친화적인 기관으로 선정하여 이 기관들을 중심으로 서비스를 제공하거나 필요한 서비스로 연계할 필요가 있다. 현재 건강특화형 청소년쉼터는 이러한 역할을 담당하고 있으나 그 수가 매우 적고 서비스 제공에도 제한이 따른다. 따라서 이들의 기능을 보장하는 한편 그 수를 확대하고 기관 홍보에 보다 많은 노력을 기울일 필요가 있다.

IV-3

건강실태조사의 정기적 실시 및 자료 구축

기관에 속해있지 않은 위기청소년들을 포괄하는 건강실태조사를 정기적으로 실시하여 위기청소년들의 건강실태에 대한 자료를 구축하고 이를 정책수립에 반영해야 한다. 학생 청소년을 대상으로는 매년 대대적인 청소년건강행태조사가 이루어지고 있다. 이에 비해 위기청소년을 대상으로 한 종합적인 건강실태 조사는 부족한 형편이다. 2009년부터 위기청소년에 대한 실태조사가 전국적인 규모로 시작되었지만 위기수준을 결정하기 위해 사용한 표준화되지 않은 측정도구, 실제 위기청소년들을 대상으로 하기보다는 일반청소년들을 대상으로 조사하여 그 중 위기수준을 분류하였다는 점 등의 문제점을 지니고 있어(배주미 외, 2010; 황순길 외, 2016) 실제 위기청소년들의 실태자료를 구축했다고 보기 어렵다. 학교 밖 청소년에 대한 실태조사도 정기적으로 이루어지고 있으나 그 안에서 건강과 관련한 종합적인 내용은 찾아보기 힘들다. 이에 학생을 대상으로 하는 청소년건강행태 조사와 같이 위기청소년에 대한 건강행태 조사도 실시될 필요가 있다. 또한 학교 밖 청소년 건강검진에서 수집된 자료를 분석한 결과가 언론에 발표되기도 하였는데¹⁷⁸⁾ 보다 장기적이고 체계적인 자료를 구축하고 그에 따른 분석결과가 지속적으로 정책에 반영될 필요가 있다.

IV-4

위기청소년을 위한 의료지원 서비스망 구축

위기청소년들을 위한 의료지원 서비스망이 구축될 필요가 있다. 위기청소년들은 가정이나 학교 등 보호체계 안에서 생활하는 청소년에 비해 건강적 측면 뿐 아니라 사회적 보호체계가 취약한 경향을 보인다. 이에 건강 관련 지원이 필요한 경우가 발생할 가능성은 높은 반면 지원요청을 할 수 있는 사회적 체계를 충분히

178) 여성가족부 정책뉴스(2017.3.22). 학교 밖 청소년 5명 중 1명은 건강관리 필요 -2016년 첫 시행 '학교 밖 청소년 건강검진' 결과 분석-. http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbsn=704949에서 2020년 1월 17일 인출.

갖추지 못하여 어려움을 겪을 수 있다. 이에 위기청소년들이 보다 적극적으로 도움을 요청할 수 있고 또 보다 쉽게 받을 수 있는 사회적 여건을 마련할 필요가 있다. 그러나 현재 위기청소년을 위한 의료지원 서비스망은 전국의 건강특화형 쉼터 3곳 외에 특별한 것이 없다. 따라서 CYS-net 및 청소년 전화 1388의 활성화를 통해 건강 관련 긴급상황에 대해 최단 시간 응답이 가능하도록 지원해야 하며 청소년들이 안심하고 찾아갈 수 있는 의료지원 서비스망이 구축될 필요가 있다. 특히 의료지원 서비스망 구축을 위해서는 건강특화형 쉼터의 기능을 보강하는 한편 위기청소년들에게 건강 및 의료 상담을 제공하고 필요 시 의료 지원 및 연계를 하는 청소년 친화적인 의료지원 시설이 전국에 확대될 필요가 있다. 이러한 의료지원 서비스망의 구축은 위기청소년들의 의료 접근성을 향상시키는 데 일조할 것이다.

의료기관과의 연계 뿐 아니라 다양한 영역에서 건강 관련 전문기관 및 시설과의 연계가 필요하다. 일례로 위기청소년들 36%는 최근 한 달간 흡연 경험이 있고 그 중 절반 이상이 금연을 시도하는 등 금연의사가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 볼 때 효과적인 금연 프로그램을 운영하는 전문기관의 도움을 통해 청소년들의 금연을 보다 적극적으로 지원할 필요가 있다. 또한 전체 청소년의 약 40%, 19세 미만 청소년의 약 34%가 음주 경험이 있고 음주 후 위험행동을 하거나 과도한 음주를 하는 경우도 적지 않음을 볼 때 전문기관과의 연계를 통해 과도한 음주폐해에 대한 인식을 제고시키는 것은 물론 술에 대한 청소년들의 접근을 최소화하려는 사회적 환경을 조성할 필요가 있다.

물론 기관이나 시설에 따라서는 전문기관과 연계를 하지 않고도 자체적으로 효과적인 프로그램을 개발하고 적용하는 경우도 있을 것이다. 그러나 그렇지 못한 시설에서는 보다 적극적으로 전문기관들과의 연계를 통해 청소년들에게 보다 효율적인 서비스 제공에 노력을 기울여야 한다. 또한 지자체 등에서는 이러한 연계노력이 결실을 맺을 수 있도록 관련 기관들을 지원하는 한편 연계 후 운영에 대한 점검 등 관리에 소홀해서는 안 될 것이다.

위기청소년들을 위한 건강 환경 및 건강지원 서비스 표준안 마련이 필요하다. 국내 법령 및 정책 분석 결과를 보면 건강·보건 교육과 관련해서 학생들은 학교에서, 아동보호체계 내 아동청소년들은 시설에서 관련 교육을 받을 수 있도록 법률로 보장하거나 표준화 프로그램을 개발하여 보급하고 있다. 반면 청소년보호체계 청소년들은 관련 정책과 법적 근거가 미흡하여 표준화된 건강 교육 프로그램을 제공받지 못하고 있다. 청소년 쉼터 등 일부시설에서 개별적으로 프로그램을 운영하고 있을 뿐이다. 따라서 위기청소년들의 건강 교육 프로그램에 대한 접근성과 충분성은 떨어질 수밖에 없다. 또한 시설 내 위생시설 및 보건 관련 전문가, 건강검진 등 건강을 위한 시설 및 지원 서비스에서도 구체적인 사항을 규정하고 있는 아동보호체계와 달리 청소년보호체계에서는 구체적인 규정사항이 미비한 실정이다. 우리나라와 달리 호주는 가정 밖 보호 국가 표준안(National Standards of Out-of- Home Care)을 통해 가정 밖 보호체계로 진입하는 모든 청소년에게 표준화된 서비스를 제공하고 있다. 그 안에 건강 서비스를 포함함으로써 건강 서비스에서 발생할 수 있는 불평등의 최소화에 노력하고 있다.

이러한 상황을 감안하여 청소년보호체계 청소년들에게도 아동보호체계의 기준에 준한 표준화된 프로그램을 통해 건강 교육 및 정보 제공을 지원할 필요가 있다. 청소년보호체계의 청소년 역시 아동보호체계 청소년과 마찬가지로 가족의 지원이 어려운 상황이며 오히려 오랜 기간 보호자의 방임이나 사회적 안전망에서 벗어나 있어 더 열악한 상황을 보이는 경우가 많다. 이에 건강 및 위생에 영향을 주는 시설 규정, 보건 관련 전문가, 건강검진 및 의료 지원 등 건강지원 서비스에 있어서 두 체계 간 차이가 나는 부분에 대해 면밀한 검토를 통해 최소한 동일한 수준의 지원이 이루어져야 할 것이다. 또한 아동보호체계에서 생활하다 중도에 청소년보호체계로 진입하는 경우도 일부 발생하는데 이 때 각 체계의 담당부처가 다름으로 인해 서비스의 분절이 발생하기도 한다. 이에 부처의 일원화 등을 통해 건강 영역을 포함하여 위기청소년 보호 및 지원 서비스의 표준안을 수립하고 연속성과 지속성을 확보할 필요가 있다.

위기청소년들에게 제공되는 건강지원 서비스에 대한 정기적인 모니터링 및 환류장치가 마련되어야 한다. 위기청소년들의 건강과 관련한 규정사항들은 정기적으로 준수 여부를 파악할 필요가 있다. 일례로 대부분의 소년사범 관련 시설들은 엄격한 법과 규정에 의해 운영되지만 그 운영 규정 준수 여부에 대한 감사가 이루어졌다거나 감사 결과를 공표한 적이 거의 없다. 이에 규정이 준수되고 있는지 알 수 없을 뿐 아니라 위반 사항이 발견된다 하더라도 이에 대한 제재나 시정명령을 내린 적도 드물다. 따라서 중앙정부 및 지자체의 재정이 투입되는 청소년 시설 및 기관들에 대해서는 표준화된 운영기준에 따라 정기적인 평가를 실시하고 그 결과를 공표하며 권고사항에 따라 개선이 실행되고 있는지에 대한 모니터링이 필요하다. 이러한 평가과정에는 평가자가 피평가 시설을 직접 방문하여 서류 점검 뿐 아니라 청소년 및 종사자들의 의견을 청취하는 과정이 포함되어야 한다. 또한 평가영역 안에는 건강 관련 영역을 반드시 포함하여 위기청소년들의 건강불평등을 최소화할 필요가 있다.

이상과 같이 제안된 정책과제들의 추진기간과 관련부처는 <표 VII-3>과 같다. [그림 VII-3]는 위기청소년 건강 정책의 로드맵이다.

표 VII-3 위기청소년들의 건강형평성 제고를 위한 정책추진 총괄표

정책영역	정책과제	추진기간	관련부처
I. 건강역량 강화	정책과제 1. 종합적이고 체계적인 교육 기회 및 정보의 제공	단기-중기	여성가족부, 교육부, 보건복지부
	정책과제 2. 건강 관련 참여활동의 확대 및 강화	단기	여성가족부, 보건복지부, 지자체
	정책과제 3. 건강권에 대한 올바른 인식제고를 위한 홍보	단기	

정책영역	정책과제	추진기간	관련부처
Ⅱ. 건강 환경 구축	정책과제 1. 신체활동 시설 개선 및 확대	단기-중기	여성가족부, 보건복지부, 문화체육관광부, 지자체
	정책과제 2. 식생활 환경 개선	단기	
	정책과제 3. 주거환경 개선 지원	중장기	여성가족부, 보건복지부, 국토교통부, 지자체
	정책과제 4. 근로환경 개선 지원	단기	여성가족부, 고용노동부, 지자체
	정책과제 5. 위기청소년 사회적 안전망 강화	단기	여성가족부
Ⅲ. 건강서비스 개선	정책과제 1. 위기청소년 건강검진 서비스 강화 및 확대	단기-중기	여성가족부, 보건복지부
	정책과제 2. 건강을 위한 의료지원 서비스 강화 및 확대	단기-중기	여성가족부, 보건복지부, 지자체
	정책과제 3. 정신건강 지원 서비스 강화 및 확대	중기	여성가족부, 보건복지부
	정책과제 4. 개인 위생용품 지원 확대	단기	여성가족부, 지자체
	정책과제 5. 지원 방식의 다양화 및 간편화	단기	여성가족부, 보건복지부, 지자체
	정책과제 6. 건강전문가 양성 및 배치 확대	중장기	여성가족부, 보건복지부
Ⅳ. 건강정책 체계 재정비	정책과제 1. 법률의 재정비 및 부처의 일원화	중장기	여성가족부, 보건복지부, 법무부
	정책과제 2. 건강 취약 청소년의 조기 발굴 및 개입안 마련	단기	여성가족부, 보건복지부, 지자체
	정책과제 3. 건강실태조사의 정기적 실시 및 자료 구축	단기-중기	여성가족부, 보건복지부
	정책과제 4. 위기청소년을 위한 의료지원 서비스망 구축	중장기	
	정책과제 5. 건강 환경 및 건강지원 서비스 표준안 마련	중기	
	정책과제 6. 정기적인 모니터링 및 평가의 환류	단기-중기	

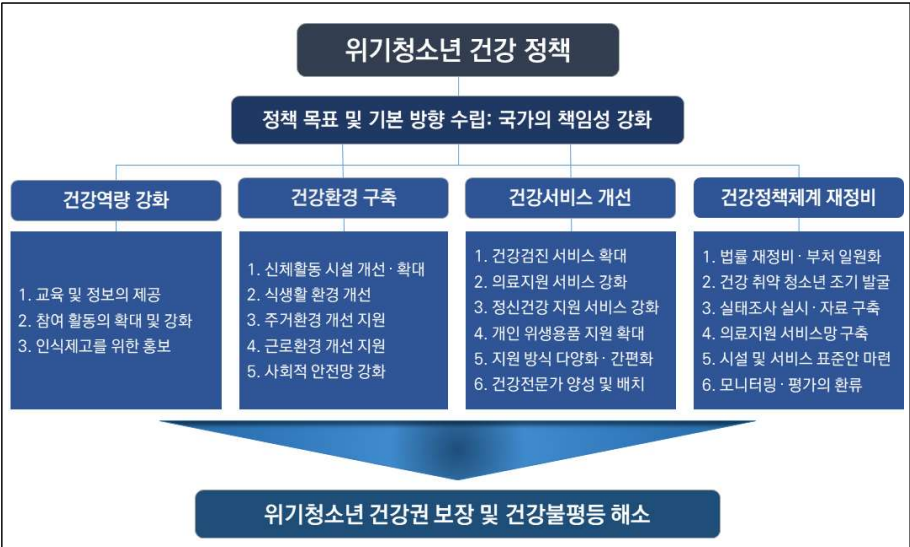


그림 Ⅶ-3 위기청소년 건강 정책의 로드맵



참고문헌

참고문헌

- 고봉중고등학교(2020). **고봉중고등학교 2020 교육계획**.
- 관계부처합동(2018). **제6차 청소년정책기본계획(2018~2022)**.
- 교육부(2017). **2017 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼**. 세종: 교육부.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2016). **제12차(2016년) 청소년건강행태온라인조사 통계**. 충북: 질병관리본부.
- _____ (2017). **제13차(2017년) 청소년건강행태온라인조사 통계**. 충북: 질병관리본부.
- _____ (2018). **제14차(2018년) 청소년건강행태조사 통계**. 충북: 질병관리본부.
- _____ (2019). **제15차(2019년) 청소년건강행태조사 통계**. 충북: 질병관리본부.
- 국가인권위원회(2009). **UN 건강권 특별보고관 보고서 모음집**. 서울: 국가인권위원회.
- 국가인권위원회 (2017). **인권위, 가정 밖 청소년 인권보호정책 개선 권고-상임위원회 결정문**. 서울: 국가인권위원회. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&searchselect=boardtitle&searchword=%EC%B2%AD%EC%86%8C%EB%85%84&page size=10&boardtypeid=24&boardid=616529>에서 2018년 2월 6일 인출.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경, 최영은, 김명희, 김유미, 류한소 (2017). **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 통계로 본 건강불평등**. 세종: 한국보건사회연구원.

- 김명희, 전경자, 서상희(2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. **보건복지포럼**, 176, 32-44.
- 김양희(2019). 한국 학교 밖 청소년 건강검진의 현황과 과제. **한국콘텐츠학회논문지**, 19(7), 546-558.
- 김영미(2018). 독일의 아동청소년복지법제와 시사점. **사회복지법제학회**, 9(1), 41-69.
- 김영지, 김희진, 이민희, 김진호(2017). **아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구: 한국 아동·청소년 인권실태 2017**. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 김정민, 공보금, 강제욱, 문정준, 전동욱, 강은찬, 주현빈, 이운호, 정도운(2015). 다문화 가정과 한국 가정 청소년의 정신건강 비교. **소아청소년정신의학**, 26(4), 279-287.
- 김정숙(2018). 소년원 및 보호관찰 청소년의 정신건강 결정요인. **형사정책연구**, 29(1), 177-20
- 김지연, 백혜정, 류정희, 이상정(2019). **보호종료아동 주거지원 통합서비스 사업 평가지표 개발 연구**. 아동권리보장원, 한국청소년정책연구원.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인(2018). **한국의 건강 불평등**. 서울: 서울대학교출판문화원.
- 김현진, 김지연, 이승현, 류지웅(2018). **청소년 비행 예방 및 위기청소년 지원 종합대책 방안 연구**. 경제·인문사회연구회.
- 김현욱, 김정민(2015). 청소년이 지각한 교우관계와 부모의 양육태도가 정신건강 및 비행행동에 미치는 영향: 초,중,고등학생에 따른 조절효과 분석. **정서·행동장애연구**, 31(1), 291-310.
- 김희진, 백혜정, 김은정(2018). **가정 밖 청소년의 실태와 자립지원 방안 연구**. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 두영택(2016). 청소년건강행태온라인조사를 이용한 청소년의 정크푸드 섭취실태 및 건강행태와 건강수준. **보건교육건강증진학회지**, 33(2), 15-25.

- 류정희, 이상정, 박선영, 전민경(2020). **청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구II: 위기청소년 - 국내외 주요 법령 및 건강정책분석**. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 박성준(2018). 청소년의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 종단적 영향. **한국청소년연구**, 29(2), 241-269.
- 박순주, 이영혜(2016). 성인의 지각된 건강상태, 건강태도, 건강관심도가 건강증진행위에 미치는 영향. **한국콘텐츠학회논문지**, 16(12), 192-202.
- 박은옥(2010). 지역별 청소년 건강위험행위 비교: 대도시, 중소도시, 군 지역을 중심으로. **Journal of Korean Academy of Nursing**, 40(1), 14-23.
- 박현숙, 한지영, 이내영(2018). 고등학생의 건강행태와 스트레스 인지와의 관련성: 2015년 청소년건강행태온라인 조사를 중심으로. **지역사회간호학회지** 29(1), 87-96.
- 배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진(2010). **2010년 전국 청소년위기실태조사**. 부산: 한국청소년상담원.
- 백혜정, 송미경(2015). **학교 밖 청소년 지원 정책 체계화 방안연구**. 한국청소년정책연구원.
- 백혜정, 임희진(2014). 학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구. **NYPI 청소년정책리포트 vol.54**, 서울: 한국청소년정책연구원.
- 법무부(2020). **2020학년도 소년보호기관 교육계획**.
- 보건복지부(2020a). **국민기초생활보장사업안내**.
- 보건복지부(2020b). **아동분야 사업안내 1**.
- 보건복지부, 아동권리보장원(2020). **자립지원 업무매뉴얼**.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원(2015). **제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020**.
- 소선숙, 김희경, 김청송(2011). 청소년건강의 성별 및 학교급별 비교 연구. **청소년학연구**, 18(10), 317-340.

- 송예리아, 김진영(2013). 경제적 곤란 및 부모와의 소통과 청소년기 우울의 관계에 대한 종단적 연구. **청소년학연구**, 20(5), 131-155.
- 아름다운재단, 의정부일시청소년쉼터(이동형)(2018). **거리청소년 건강지원 가이드북**.
- 안진상, 김희정(2013). 아동·청소년의 건강불평등 결정요인 분석. **한국청소년연구**, 24(2), 205-231.
- 양미진, 이영희(2006). 질적분석을 통한 비자발적 청소년내담자의 상담지속요인 연구. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 18(1), 1-20.
- 여성가족부(2017). **2017년 청소년종합실태조사**. 서울: 여성가족부.
- _____(2020a). **2020년 청소년사업 안내**.
- 여성가족부(2020b). **2020년 학교 밖 청소년 지원사업 청소년지원센터 ‘꿈드림’ 업무매뉴얼**.
- 원미혜, 양승초, 심효진(2016). 여자 가출 청소년의 건강 행태 및 서비스 이용실태의 문제점과 지원방안 연구. **여성학논집**, 33(2), 99-139.
- 우정자, 김문섭, 최종혁, 이해경(2003). **선진 각국의 청소년 보호체계 사례조사**. 청소년보호위원회.
- 유정옥, 정희영, 김영미, 권수자(2013). 도시 규모에 따른 남녀 청소년의 흡연실태 비교: 대도시, 중소도시, 군지역 중심으로. **한국농촌간호학회지**, 8(1), 33-41.
- 유지향, 황순택, 이호연(2015). 아동·청소년의 부적응 문제에 대한 자기보고와 보호자평정 비교 : 아동·청소년 특성, 부모 특성, 관계 특성을 중심으로. **청소년상담연구**, 23(1), 79-120.
- 육혜련(2013). 청소년쉼터 입소 가출청소년의 사회적 배제와 우울·불안과의 관계 연구. **보건사회연구** 33(4), 245-274.
- _____(2014). 가출청소년의 우울에 영향을 미치는 생태체계 요인. **청소년복지연구**, 16(3), 1-24.
- _____(2017). 가출청소년의 성매매피해 경험에 대한 연구. **청소년복지연구**,

19(1), 109-136.

윤철경, 성운숙, 최홍일, 유성렬, 김강호(2017). **학교 밖 청소년 이행경로에 따른 맞춤형 대책 연구 II**. 세종: 한국청소년정책연구원.

윤철경, 최인재, 김승경, 김성은(2018). **2018 학교 밖 청소년 실태조사**. 여성가족부, 한국청소년정책연구원, 한국리서치.

윤치근(2005). 건강관심도, 건강행위 및 주관적인 건강인식과의 연관성 연구. **한국보건정보통계학회지**, 29(1), 37-46.

이상균, 유조안, 그레이스 정(2015). 빈곤관련 위험요인의 잠재계층유형이 청소년 건강증진행위에 미치는 영향. **한국청소년연구**, 26(3), 47-76.

이선민(2014). **청소년의 물리적 환경과 정신건강과의 관계: 서울특별시와 전라북도 농촌의 청소년을 대상으로**. 전북대학교대학원 석사학위논문.

이소희, 안명옥, 정은희, 이문수, 이연정(2015). **학교 밖 청소년 건강증진 서비스 시범사업 운영 및 개선방안**. 서울: 여성가족부.

이승미, 이해응, 이화용(2017). **서울시 중도입국 청소년 현황 및 지원방안 연구**. 서울시여성가족재단.

이재연, 강순남, 김선아, 손동민, 이보경, 함옥경(2019). 도시와 농촌 청소년의 비만에 영향을 미치는 요인: 2013 청소년 건강행태 조사결과를 중심으로. **한국보건간호학회지** 33(1), 73-84.

임희진, 백혜정, 김동식(2019). **청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I**. 세종: 한국청소년정책연구원.

장용희, 이재신(2017). 청소년이 지각한 가족기능성과 정신건강의 관계에서 또래 관계와 긍정심리자본의 매개효과. **학습자중심교과교육연구**, 17(17), 471-488.

장주리(2017). 독일 아동청소년지원법 개편과 시사점. **국제사회보장리뷰**, 1, 106-111.

정은진, 김기현(2018). 청소년정책 추진체계의 유형과 정책성과에 관한 OECD 국가 비교. **한국청소년연구**, 29(1), 117-143.

- 조규필, 황순길, 김명찬(2015). 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계 구축방안. **청소년상담연구지**, 23(2), 61-85.
- 조금주, 최윤진, 안승문, 권재원(2006). **중·고등학생 인권상황 실태 조사**. 서울: 국가인권위원회, 국가청소년위원회.
- 조지은, 박혜련, 전수빈, 김진실, 박고은, 이영, 임영숙, 황진아(2013). 한국 청소년의 사회인구학적 요인과 식품섭취빈도와의 관련성 연구 제7차(2011) 청소년 건강행태온라인 조사를 이용하여. **대한지역사회영양학회지**, 18(2), 165-176.
- 주영수, 박건, 변혜진, 정형준, 정소홍(2018). **아동청소년 인권 모니터링-국민건강보험제도를 중심으로**. 국가인권위원회.
- 최길용, 김호현(2016). 비정규직 청년의 근무환경과 건강영향의 요인에 관한 연구. **한국콘텐츠학회논문지**, 16(12), 170-180.
- 최수찬, 전지영, 조영은, 원경림, 정선아(2015). 한국청소년의 아르바이트 경험의 정신건강, 음주, 흡연에 미치는 영향. **한국사회복지조사연구**, 45, 1-22.
- 최순종(2015). 한국, 독일, 러시아의 청소년정책전달체계에 관한 국제 비교. **청소년학연구**, 22(5), 1-26.
- 최유정, 김혜영(2018). 청소년의 주관적 건강 상태의 변화 궤적과 영향 요인: 잠재성장모형을 적용하여. **Child Health Nursing Research**, 24(4), 496-505.
- 최창욱, 황세영, 유민상(2018). **아동·청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구-한국 아동·청소년 인권실태 2018 총괄보고서**. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 황성희, 계승희(2018). 한국 청소년의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 분석: 가정환경, 건강행태, 심리적 요인 및 식습관. **한국학교·지역보건교육학회지**, 19(1), 27-45.
- 황순길, 김동민, 강태훈, 손재환, 김지혜(2016). 전국 청소년 위기실태 및 위기결과 분석. **청소년복지연구**, 18(4), 47-70.
- 황여정, 김지경, 이윤주(2016). **2016년 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사**. 서울: 여성가족부.

- Almeida, J. M. C., Frasilho, D., Mateus, P., Antunes, A., Cardoso G., Silva, M., Parkkonen, J.(2017). *EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing*. EU.
- Analysts in Health Policy(2014). *Childhood Overweight and Obesity: Data Brief*, US Congressional Research Service. www.crs.gov.
- Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (2011). *An Outline of National Standards for Out-of-Home Care*. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/pac_national_standard.pdf에서 2020년 8월 12일 인출.
- European Commission(2018). *EU Youth Strategy 2010-2018 Overview of youth laws or national legislation on youth*.
- European Committee(2012). *The Third Health Programme 2014-2020: Funding Health Initiative*. http://ec.europa.eu/health/funding/programme_en.에서 2020년 5월 2일 인출.
- EU(2018). *State of Health in the EU: Finland Country Health Profile 2017*. OECD European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fernandes-Alcantara, A. L.(2018). *Vulnerable Youth: Background and Policies*. US Congressional Research Service. www.crs.gov.
- Gaetz, S., O'Grady, B., Kidd, S., & Schwan, K.(2016), *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*, Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., & Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N.(2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.
- ICF Consulting Service(2018). *Early Warning indicators of Obesity and Physical inactivity trends: Reviews of Scientific Evidence and Policies*

- on Nutrition and Physical Activity-Objective Area D: Early Warning Indicators*. European Commission.
- Lehtimäki S. & Schwalbe N.(2019). *Adolescent Health: The Missing Population in Universal Health Coverage*. WHO·UNICEF·Plan International·INAAH·The Partnership·Childhealth initiative.
- Ministry of Housing, Communities & Local Government(2018). *Rough Sleeping Strategy*.
- NHS(2019a). *The NHS Long Term Plan*. www.longtermplan.nhs.uk
- _____(2019b). *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24*.
- OECD(2019). *Investing in Youth: Finland*.
- Office of the deputy prime minister(2002). *Young Runaways*. 브리스톨대학교 홈페이지. <http://www.bris.ac.uk/poverty/downloads/keyofficialdocuments/Young%20Runaways.pdf>에서 2020년 8월 10일 인출.
- Public Health England(2019). *A framework for supporting teenage mothers and young fathers*.
- Schwan, K., Kidd, S., Gaetz, S., O'Grady, B., & Redman, M.(2017). *Mental health Care for Homeless Youth: A Proposal for Federal, Provincial, and Territorial Leadership, Coordination, and Targeted Investment*, Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press.
- the Committee on National Alcohol Policy and Action(2014). *Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking: 2014-2016*.
- The Homeless Link Research Team(2018). *Young & Homeless 2018*. <https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Young%20and%20Homeless%202018.pdf>에서 2020년 8월 10일 인출.
- WHO(1946). *Preamble to the Constitution of the World Health*

Organization.

_____(2019). *Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans*, WHO·UNAIDS·UNICEF·UNWOMEN·UNFPA·WorldBankGroup·UN Education Scientific and Cultural Organization.

World Health Organization(2018). *Situation of child and adolescent health in Europe*.

〈보도 자료〉

경남신문(2019.3.7). '애들아 밥 먹자 청소년 밥차' 운영 이은경 대표. <http://www.knnews.co.kr/news/articleView.php?idxno=1279458>에서 2020년 11월 5일 인출.

국가인권위원회 보도자료(2017.1.24). 가정 밖 청소년 인권보호정책 개선 권고. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&boardtypeid=24&boardid=616529>에서 2020년 9월 20일 인출.

국민일보(2019.3.11). 교실 공기청정기 설치 의무화된다..교육위 '만장일치' 의결. <https://news.v.daum.net/v/20190311220155213>에서 2020년 9월 18일 인출.

_____(2020.5.28). 주민 보듬고 가출 청소년 밥차까지... 이웃을 빈틈없이 섬기는 교회. <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0924139824>에서 2020년 11월 5일 인출.

보건복지부 보도자료(2016.4.8). 정부, 건강한 식생활 위해 [국민 공통 식생활 지침] 제정. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=330959&page=1에서 2020년

9월 24일 인출.

_____(2019.10.4). 유엔, 제5·6차 국가보고서에 대한 최종견해 전달. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=351080에서 2020년 8월 21일 인출.

빛가람 뉴스(2020.10.6). 광주시, 2020년 청소년알바친화사업장 27곳 선정, 코로나19 어려움에도 노사상생 실천하는 사업장. <http://www.focusi.co.kr/news/articleView.html?idxno=166951>에서 2020년 11월 13일 인출.

여성가족부 보도자료(2018.7.11). 학교 밖 청소년 건강검진, 하반기부터 국가가 확진까지 전액 부담.

_____(2019.5.7). 학교 밖 청소년, 올해도 무료로 건강검진 받으세요.

_____(2020.5.13). 학교 밖 청소년, 즐거운 건강검진 생활.

여성가족부 정책뉴스(2016.3.21). 학교 밖 청소년 누구나 건강검진 받으세요! http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbtSn=702651에서 2020년 1월 17일 인출.

_____(2017.3.22). 학교 밖 청소년 5명 중 1명은 건강관리 필요 -2016년 첫 시행 '학교 밖 청소년 건강검진' 결과 분석-. http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbtSn=704949에서 2020년 1월 17일 인출.

연합뉴스(2020.2.12). 신종코로나 한글 명칭 '코로나19'...영어 명칭은 'COVID-19'. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20200212076700017?input=1179m>에서 2020년 12월 7일 인출.

정신의학신문(2019.3.4). 미래의 내가 보내는 경고, 블랙아웃. <http://m.psychiatricnews.net/news/articleView.html?idxno=14399>에서 2020년 9월 10일 인출.

질병관리청 보도참고자료(2020.9.17). 인플루엔자 무료예방접종 9월 22일부터 확대 실시.

충남일보(2017.4.4). 청소년 식습관 개선 위해 신선한 과일 드려요! 천안청소년지원센터 꿈드림, 취약계층 청소년에게 무료 과일 지원. <http://www.chungnamilbo.com/news/articleView.html?idxno=397873>에서 2020년 11월 13일 인출.

한국청소년상담복지개발원 보도자료(2019.7.8). 한국청소년상담복지개발원, 한국보훈복지의료공단과 업무협약.

〈국내 법령 자료〉

건강검진기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EA%B1%B4%EA%B0%95%EA%B2%80%EC%A7%84%EA%B8%B0%EB%B3%B8%EB%B2%95>에서 2020년 10월 14일 인출.

국민건강보험법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=217249&efYd=20200708#0000>에서 2020년 7월 12일 인출.

국민건강증진법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=220881&efYd=20200912#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

국민기초생활 보장법. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200604&lsiSeq=211961#0000>에서 2020년 9월 20일 인출.

노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://law.go.kr/LSW//lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EB%85%B8%EC%88%99%EC%9D%B8#undefined>에서 2020년 12월 31일 인출.

대한민국 헌법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=61603#>에서 2020년 1월 7일 인출.

보건의료기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8>

C%EA%B8%B0%EB%B3%B8%EB%B2%95에서 2020년 1월 7일 인출.
 보호소년 등의 의료에 관한 분류 및 처우지침, 훈령. 국가법령정보센터 홈페이지.
<http://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?admRulSeq=2100000184726>에서 2020년 8월 10일 인출.
 보호소년 등의 처우에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lInfoP.do?efYd=20180918&lSiSeq=204484#0000>에서 2020년 5월 11일 인출.
 보호소년 등의 처우에 관한 법률 시행령. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lInfoP.do?efYd=20200303&lSiSeq=214963#0000>에서 2020년 7월 10일 인출.
 식생활교육지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. [https://www.law.go.kr/법령/식생활교육지원법/\(15772,20180918\)](https://www.law.go.kr/법령/식생활교육지원법/(15772,20180918))에서 2020년 11월 13일 인출.
 소년교도소 운영지침. 국가법령정보센터 홈페이지. [http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EC%86%8C%EB%85%84%EA%B5%90%EB%8F%84%EC%86%8C%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%A7%80%EC%B9%A8/\(1195,20180809\)](http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EC%86%8C%EB%85%84%EA%B5%90%EB%8F%84%EC%86%8C%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%A7%80%EC%B9%A8/(1195,20180809))에서 2020년 8월 10일 인출.
 소년법. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/lInfoP.do?lSiSeq=176680#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.
 아동복지법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lInfoP.do?lSiSeq=206676&efYd=20190716#J35:0>에서 2020년 1월 8일 인출.
 아동의 권리에 관한 협약. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/trtyInfoP.do?mode=4&trtySeq=188&chrClsCd=010202&vSct=%EC%95%84%EB%8F%99%EA%B6%8C%EB%A6%AC>에서 2020년 8월 21일 인출.
 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lInfoP.do?lSiSeq=215395&efYd=20200905#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

주거취약계층 주거지원 업무처리지침. 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr/행정규칙/주거취약계층%20주거지원%20업무처리지침>에서 2020년 11월 6일 인출.

청소년기본법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205824&efYd=20190619#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

청소년복지 지원법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>에서 2020년 1월 8일 인출.

청소년복지 지원법 시행령. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/LSW//lsInfoP.do?lsiSeq=209767&efYd=20190702&ancYnChk=0#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

청소년복지 지원법 시행규칙. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20190828&lsiSeq=210451#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

학교 밖 청소년 지원에 관한 법률. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=201174&efYd=20180717#0000>에서 2020년 5월 10일 인출.

학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 시행규칙. <http://www.law.go.kr/법령/학교밖청소년지원에관한법률시행규칙>에서 2020년 5월 20일 인출.

학교보건법. 국가법령정보센터 홈페이지. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=220859&efYd=20200912#0000>에서 2020년 9월 13일 인출.

형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙. 국가법령정보센터 홈페이지. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200805&lsiSeq=220693#0000>에서 2020년 8월 10일 인출.

〈홈페이지 자료〉

교육부 학생건강정보센터 홈페이지. <http://www.schoolhealth.kr/web/info/>

selectBsnInfor.do?sMenuId=0100001000에서 2020년 2월 11일 인출.

국가인권위원회 홈페이지. <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentpage=4&menuid=001003007007&pagesize=10&boardtypeid=7065&boardid=7603390>에서 2020년 10월 20일 인출.

국가인권위원회 홈페이지. <http://nhrc.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentpage=2&menuid=001003007&pagesize=10&boardtypeid=175&boardid=7604177>에서 2020년 1월 8일 인출.

국가인권위원회 홈페이지. <http://nhrc.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001003007003&pagesize=10&boardtypeid=7041&boardid=7602228>에서 2020년 1월 8일 인출.

꿈드림 홈페이지. http://www.kdream.or.kr/user/sub05_4_1.asp에서 2020년 9월 20일 인출.

대한민국법원 전자민원 홈페이지. https://help.scourt.go.kr/nm/min_19/min_19_5/index.html에서 2020년 9월 7일 인출.

대한민국정책브리핑 홈페이지. http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156389971&call_from=media_daum에서 2020년 10월 6일 인출.

미국 보건복지부 홈페이지. <https://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/reproductive-health-and-teen-pregnancy/teen-pregnancy-and-childbearing/index.html>에서 2020년 5월 20일 인출.

미국 보건복지부 가족청소년국(family & Youth services bureau, FYSB) 홈페이지. www.adf.hhs.gov/programs/runaway-homeless-youth에서 2020년 4월 1일 인출.

미국 약물남용 및 정신건강청 홈페이지. <https://www.samhsa.gov/>에서 2020년 4월 30일 인출.

미국 약물남용 및 정신건강청 홈페이지. <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/children-experiencing-homelessness>에서 2020년 5월 21일 인출.

미국 오간와이즈가이즈 홈페이지. <https://organwiseguys.com/>에서 2020년 5월 21일 인출.

북지로 홈페이지. <http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveWelInfoDetail.do?welInfSno=213>에서 2020년 11월 13일 인출.

산타 클라라 카운티 교육부(Migrant Education Program - region one) 홈페이지. <https://www.sccoe.org/depts/students/migrantED/Pages/osy.aspx>에서 2020년 8월 10일 인출.

산호아킨 카운티 교육부(San Joaquin county office of education) 홈페이지. <https://www.sjcoe.org/migranteducation/HealthServices.aspx>에서 2020년 9월 20일 인출.

세계보건기구 홈페이지. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>에서 2020년 1월 14일 인출.

세계보건기구 홈페이지. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/에서 2020년 1월 3일 인출.

정부24 홈페이지. <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/409000000236>에서 2020년 11월 6일 인출.

여성가족부 홈페이지. http://www.mogef.go.kr/sp/yth/sp_yth_f017.do에서 2020년 8월 13일 인출.

우리말샘 홈페이지. https://opendict.korean.go.kr/search/searchResult?focus_name=query&query=%EC%9C%84%EA%B8%B0%EC%B2%AD%EC%86%8C%EB%85%84에서 2020년 5월 6일 인출.

유엔인권고등판무관 홈페이지. <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=kkn>에서 2020년 1월 7일 인출.

유엔 홈페이지. https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2018/09/18-00080_UN-Youth-Strategy_Web.pdf에서 2020년 10월 20일 인출.

캐나다 정부 홈페이지. <https://www.canada.ca/en/services/health/youth-health.html>에서 2020년 6월 2일 인출.

파운드리 홈페이지. <https://foundrybc.ca/>에서 2020년 5월 21일 인출.

핀란드 건강복지연구소 홈페이지. Finnish Institute for Health and Welfare. <http://thl.fi/en/web/research-and-expertwork/project-and-programmes/time-out-getting-life-back-on-track>에서 2020년 5월 12일 인출.

한국건강증진개발원 홈페이지. <https://www.khealth.or.kr/healthplan>에서 2020년 7월 19일 인출.

호주 건강부(Australian Government Department of Health) 홈페이지. <http://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/children-in-out-of-home-care>에서 2020년 8월 13일 인출.

호주 건강부(Australian Government Department of Health) 홈페이지. <http://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ncaf-cyp-oohc-toc~ncaf-cyp-oohc-2>에서 2020년 8월 13일 인출.

호주 AIFS 홈페이지. <https://aifs.gov.au/cfca/publications/children-care>에서 2020년 10월 22일 인출.

G-health 홈페이지. <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00186&nttId=410004&menuNo=200461&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=1&vType=A>에서 2020년 10월 6일 인출.

Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>에서 2020년 1월 5일 인출.

Healthy People 2020 홈페이지. <https://www.healthypeople.gov/2020/Ab>

out-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Framework
에서 2020년 6월 2일 인출.

STREETWORK+ 홈페이지. https://offroadkids.de/fileadmin/ork/PDFs/Flyer_STREETWORK_plus_2020_web.pdf에서 2020년 8월 12일 인출.

Sydney Local Health District 홈페이지. <https://www.slhd.nsw.gov.au/communityhealth/YouthHealth/services.html>에서 2020년 9월 20일 인출.

UNFPA (2017). Press Lease: The Lancet: Investing in adolescent health, education could bring tenfold economic benefit. <http://www.unfpa.org/press/lancet-investing-adolescent-health-education-could-bring-tenfold-economic-benefit>에서 2020년 5월 14일 인출.

UNFPA(2017). Press Lease: The Lancet: Investing in adolescent health now. http://www.thelancet.com/pb_assets/Lancets/stories/our_future/index.html에서 2020년 5월 14일 인출.

USlegal 홈페이지. <https://definitions.uslegal.com/o/out-of-school-youth/>에서 2020년 8월 1일 인출.

WHO 유럽지부 홈페이지. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc>에서 2020년 1월 7일 인출.

WHO 유럽지부 홈페이지. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy>에서 2020년 1월 7일 인출.

WHO 유럽지부 홈페이지. https://www.researchgate.net/profile/Sophia_Backhaus/publication/328655131_Child_and_adolescent_health_in_Europe_monitoring_implementation_of_policies_and_provision_of_services/links/5bdad2294585150b2b9605c6/Child-and-adolescent-health-in-Europe-monitoring-implementation-of-policies-and-provision-of-services.pdf?origin=publication_detail에서 2020년 1월 5일 인출.

WHO 홈페이지. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>에서 2020년 1월 14일 인출.

WHO 홈페이지. <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>에서 2020년 1월 3일 인출.

WHO 홈페이지. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>에서 2020년 10월 20일 인출.

○ — 부 록

- 1. 청소년용 설문지
- 2. 종사자용 설문지

부 록

1. 청소년용 설문지

통계법 제33조(비밀의 보호 등)		ID (기록하지 마세요)				
① 통계작성과정에서 알려진 사항으로서 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.						
② 통계작성을 위하여 수집된 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 기초자료는 통계작성의 목적 외에 사용되어서는 아니 된다.						

청소년 건강에 관한 조사 (청소년)

안녕하십니까?

한국청소년정책연구원은 국무총리실 산하 정책연구기관으로 각종 조사와 연구를 실시하여 청소년을 위한 정책을 만드는 데 도움을 주고 있습니다.

이 조사에서는 여러분의 건강 및 생활습관에 관련한 질문을 하고자 합니다. 이 조사에서 얻은 정보는 우리나라 청소년이 더욱 나은 미래로 나아가도록 연구하고 정책을 개발하는 데 소중한 자료로 활용될 것입니다.

여러분께서 응답하신 내용은 무기명으로(이름을 밝히지 않고) 처리되어 개인의 비밀이 철저히 보장되며, 조사결과는 연구의 목적으로만 활용됩니다. 또한 여러분이 응답한 내용은 여러분이 속한 기관(시설)이나 선생님이 절대로 볼 수 없으며, 모든 질문에는 맞고 틀린 답이 없습니다. 여러분의 의견이 정확하게 연구결과에 반영될 수 있도록 설문에 솔직하고 성실하게 응답해 주시기를 부탁드립니다.

조사에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2020년 5월

* 이 설문지에 기재된 내용은 통계법 제33조에 따라 비밀이 보장되며 통계작성 이외의 목적으로는 절대로 사용하지 않습니다.

주관 기관	한국청소년정책연구원	수행 기관	에스타이
담당자 : 박혜정 선임연구원, 임희진 선임연구원		담당자 : 박재균 연구원 (02) 786-9124	

1. 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.

2. 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.

3. 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 동의하지 않음 년 월 일 서명 : _____

개인정보 수집 및 이용 동의

· 개인정보의 수집이유 목적 : <청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II> 관련 의견 수렴

· 개인정보 수집 항목 : 연구참여자의 신원을 파악할 수 있는 기록

본인의 개인정보를 수집 이용하는 것에 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 동의하지 않음 년 월 일 서명 : _____

연구 참여 설명문(청소년용)

연구과제명 : 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II: 위기 청소년

본 연구는 한국청소년정책연구원(국무총리실 산하 국책연구기관)이 청소년의 건강정책 수립을 위해 수행하는 연구입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분을 대상으로 청소년의 건강 실태와 정책에 대한 요구에 대한 의견을 수집하여 연구에 이용할 예정입니다.

1. 무엇을 위한 연구이며 결과는 어떻게 이용됩니까?

우리나라 청소년들의 건강 실태와 환경, 정책 요구 등을 조사하고 있습니다. 조사결과를 바탕으로 청소년 건강권 지원을 위한 방안을 마련하기 위한 자료로 활용을 예정입니다.

2. 연구 참여 절차 및 방법 등은 어떻게 됩니까?

총 2,000여명의 청소년들을 대상으로 설문조사를 실시할 예정이며, 청소년 참여자의 동의를 받은 후 여러분이 이용하는 기관의 선생님이나 조사수행기관의 담당자를 통해 조사를 실시할 예정입니다.

3. 수집되는 정보는 무엇이며 제공 계획이 있습니까?

청소년 건강 실태와 환경, 정책에 대한 요구 등의 정보를 수집할 예정이며, 통계목적 이외에는 절대로 사용하지 않을 것입니다. 만일 제3자(연구자)에게 데이터를 제공할 경우에는 귀하가 누구인지 알아 볼 수 있는 정보가 유출되지 않도록 엄격하게 관리할 것입니다.

4. 연구에 참여함으로써 예상되는 위험 및 이득은 무엇입니까?

현재 연구에 참여함으로써 예상되는 위험은 없으며, 오히려 청소년들의 요구를 반영하여 건강한 생활을 하는데 필요한 정책이 마련될 것입니다.

5. 조사에 대한 실비(현금)나 답례품(선물)이 지급될 예정입니까?

조사 참여 청소년에게는 소정의 답례품이 제공됩니다.

6. 연구 참여를 그만둘 수 있습니까?

연구 참여 후에도 언제든지 연구의 참여를 그만둘 수 있으며, 연구에 참여하지 않아도 어떠한 불이익은 없습니다. 연구 참여를 그만 둘 경우 수집된 연구 참여자의 기록 및 정보는 모두 폐기됩니다.

7. 본인이 누구인지 알 수 있는 정보의 보호 및 처리절차는 어떻게 됩니까?

본 연구의 참여로 수집되는 개인정보는 나이, 성별 등입니다. 이 정보는 연구를 위해 사용되며, 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리됩니다. 관련 정보는 개인이 누구인지 알아볼 수 없도록 변형 처리된 후 연구에 이용되며, 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다.

8. 연구 관련 문의는 누구에게 합니까?

본 연구에 대해 궁금한 점이나 질문이 있으시면 언제든지 다음의 연구 담당자에게 연락 주시기 바랍니다.

조사담당자 :	박재균	전화번호 :	02-785-9124
책임연구자 :	백혜정	전화번호 :	044-415-2115
공동연구자 :	임희진	전화번호 :	044-415-2112

만일 어느 때라도 연구참여로서 귀하의 권익에 대한 문의사항이 있으시다면 언제든지 한국청소년정책연구원
기관생명윤리위원회로 문의주시기 바랍니다.

한국청소년정책연구원 기관생명윤리위원회 ☎ 044-415-2244

주관적 건강인식

01 평상시 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각합니까?

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 나는 신체적으로 건강하다	①	②	③	④
2) 나는 정신적으로 건강하다	①	②	③	④

02 평상시 자신의 건강을 얼마나 돌보고 있다고 생각합니까?

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 건강을 위해 좋은 음식을 섭취하려고 한다	①	②	③	④
2) 아프면 병원에 간다	①	②	③	④
3) 평소보다 몸 상태가 안 좋으면 쉬다	①	②	③	④

수면

03 평소(평일 기준)에 일어나는 시간과 잠자리에 드는 시간은 보통 몇 시 몇 분입니까?

※ 시간은 모두 24시간 기준으로 기록해 주십시오.(예: 21시 30분, 22시 0분)

※ 9시 등 정각인 경우 '분'은 0으로 표시해 주십시오.(예: 9시 0분, 22시 0분)

- 1) 일어나는 시간 보통 _____ 시 _____ 분
 2) 잠자리에 드는 시간 보통 _____ 시 _____ 분

04 평소 잠이 부족하다고 생각합니까? ① 예 ② 아니오 → 문5로 가십시오

4-1. 평소 잠이 부족하다고 생각한다면, 그 이유는 무엇입니까? 중요한 순서대로 3가지만 골라 해당 번호를 적어주십시오(최소한 하나 이상 적어주십시오).

1순위	2순위	3순위
① 일 하느라(아간 알바 등)	② 밤늦게까지 집 밖에서 노느라	
③ 게임(인터넷 게임, 휴대전화 게임 포함)	④ 채팅(카카오톡, 메신저 등), 문자메세지, SNS	
⑤ 동영상(유튜브, 드라마, 영화 등), 만화, 음악 등	⑥ 학원, 과외, 공부(숙제, 인터넷 강의, 자율학습)	
⑦ 잘 곳이 마땅치 않아서	⑧ 기타(구체적으로 적어주십시오 : _____)	

영양 및 식습관

05 최근 7일 동안 아침, 점심, 저녁식사를 각각 몇 번 하였습니까?

※ 우유나 주스만 먹은 경우는 식사를 하지 않은 것에 해당합니다.

※ 식사대용으로 빵, 전식 또는 미숫가루, 죽, 시리얼 등을 먹은 경우도 식사에 포함됩니다.

구분	전혀 먹지 않았다	일주일 중 1번	일주일 중 2번	일주일 중 3번	일주일 중 4번	일주일 중 5번	일주일 중 6번	매일 먹었다
1) 아침	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) 점심	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) 저녁	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

06 최근 7일 동안 다음의 음식을 얼마나 먹었습니까? 자신에게 해당하는 내용으로 응답해 주십시오.

구분	전혀 먹지 않았다	주 1~2번	주 3~4번	주 5~6번	매일 1번	매일 2번	매일 3번 이상
1) 과일(과일주스 제외)	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
2) 탄산음료	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
3) 피자, 햄버거, 치킨 같은 패스트푸드	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
4) 라면이나 컵라면	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
5) 과자	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
6) 채소반찬(김치 제외)	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥
7) 우유	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥

07 식사에 대한 질문입니다. 다음의 각 문항을 읽고 나의 상태에 해당하는 번호에 표시해 주십시오.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 내 식사시간은 규칙적이다	①	②	③	④
2) 나의 하루식사는 충분하다	①	②	③	④

08 최근 12개월 동안 영양 및 식습관에 관한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다

신체 활동

09 최근 7일 동안 숨이 많이 차거나 몸에 땀이 날 정도의 격렬한 신체활동을 20분 이상 한 날은 며칠입니까?

※ 격렬한 신체활동: 조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등

- ① 전혀 없었다 ② 일주일에 1일 ③ 일주일에 2일 ④ 일주일에 3일 이상

개인 위생

10 최근 7일 동안 칫솔질을 얼마나 자주 했습니까?

구분	전혀 하지 않았다	가끔 했다	대부분 했다	항상 했다
1) 아침에 일어나자마자	①	②	③	④
2) 아침식사 후	①	②	③	④
3) 점심식사 후	①	②	③	④
4) 저녁식사 후(또는 자기 전)	①	②	③	④

11 최근 7일 동안 샤워나 목욕을 얼마나 자주 했습니까?

- ① 1일 ② 2일 ③ 3일 ④ 4일 ⑤ 5일 ⑥ 6일 ⑦ 매일 하였다 ⑧ 전혀 하지 않았다

12 최근 7일 동안 다음과 같은 상황에서 "비누나 거품이 나는 손세정제를 이용하여" 얼마나 자주 손을 씻었습니까?

구분	전혀 씻지 않았다	가끔 씻었다	대부분 씻었다	항상 씻었다
1) 식사 전	①	②	③	④
2) 화장실에 다녀온 후	①	②	③	④

13 미세먼지가 '나쁨' 이상인 날에는 주로 어떻게 행동합니까?

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 되도록 바깥 활동이나 외출을 안 하려고 한다	①	②	③	④
2) 외출할 때에는 보건용 마스크(KF80 이상)를 쓴다	①	②	③	④

14 최근 12개월 동안 개인위생 및 청결에 관한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다

15 최근 코로나19가 유행일 때 나의 행동은 어떠했습니까?

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 사람들과 만날 수 있는 기회를 줄였다	①	②	③	④
2) 다른 사람들이 있는 곳에서 마스크를 썼다	①	②	③	④
3) 비누로 손을 씻거나 손소독제를 사용하였다	①	②	③	④

16 최근 12개월 동안 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다

17 최근 12개월 동안 생리대가 없어서 곤란했던 적이 있습니까?

* 남자 청소년 또는 초경을 시작한지 1년(12개월) 미만인 경우 아래 '해당사항 없음'에 응답해 주십시오.

- ① 없다 → 문18로 가십시오 ② 있다
 ③ 해당사항 없음(남자 청소년 또는 1년 미만인 여자 청소년) → 문18로 가십시오

17-1. (위 문항에서 ②번에 응답한 경우만) 최근 12개월 동안 생리대가 없었던 가장 중요한
이유는 무엇입니까?(한 가지만 응답)

- ① 평소 생리대 살 돈이 없어서
 ② 생리일을 예측하지 못해서
 ③ 생리대 챙기는 것을 잊어버려서
 ④ 생리대 구입이 부끄러워서
 ⑤ 기타(구체적으로 적어주십시오. :)



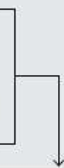
유해물질

18 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 날은 며칠입니까?

※ 세시, 차례 또는 성찬식(종교의식) 때 몇 모금 마셔본 것은 제외합니다.

① 최근 30일 동안 없다 → 문19로 가십시오

- ② 월 1~2일
- ③ 월 3~5일
- ④ 월 6~9일
- ⑤ 월 10~19일
- ⑥ 월 20~29일
- ⑦ 매일



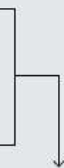
18-1. 최근 12개월 동안 다음의 경험을 한 적이 있습니까?

내용	없다	있다
1) 술을 마시고 오토바이나 자전거, 자동차 운전을 하거나 술을 마신 사람이 운전하는 오토바이나 자전거, 자동차에 탑승한 경험	①	②
2) 술을 마시고 기억이 끊긴 경험	①	②
3) 술을 마시고 다른 사람과 시비를 벌인 경험	①	②

19 최근 30일 동안 담배(전자 담배 포함)를 한 번(한 개비)이라도 피운 날은 며칠입니까?

① 최근 30일 동안 없다 → 문20으로 가십시오

- ② 월 1~2일
- ③ 월 3~5일
- ④ 월 6~9일
- ⑤ 월 10~19일
- ⑥ 월 20~29일
- ⑦ 매일



19-1. 최근 12개월 동안 담배를 끊으려고 시도한 적이 있습니까?

- ① 없다
- ② 있다

20 최근 7일 동안 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 날은 며칠입니까?

구분	최근 7일 동안 없다	1일	2일	3일	4일	5일	6일	매일
1) 집(현재 사는 곳)안에서	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) 학교나 일터에서(실내 공간)	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) 집이나 학교, 일터가 아닌 실내에서 (상점·상점가, 식당, 공연장, PC방, 노래방 등)	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) 거리나 야외(공원, 놀이터 등)에서	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

21 최근 7일 동안 고카페인(또는 에너지) 음료를 얼마나 자주 마셨습니까?

※ 핫식스(HOT6), 레드불(Red Bull), 박카스, 스누피 커피우유 등

- ① 최근 7일 동안 마시지 않았다 ② 주 1~2번
 ③ 주 3~4번 ④ 주 5~6번
 ⑤ 매일 1번 ⑥ 매일 2번
 ⑦ 매일 3번 이상

22 지금까지 습관적으로, 또는 치료 이외의 목적으로 약물(소화제, 진통제, 이뇨제 등)을 먹거나
부탄가스, 본드 등을 마신 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다

23 최근 12개월 동안 다음과 같은 교육이나 정보를 제공받은 적이 있습니까?

구분	없다	있다
1) 음주에 관한 교육/정보	①	②
2) 흡연 예방 및 금연 교육/정보	①	②
3) 고카페인에 관한 교육/정보	①	②
4) 약물 오·남용 및 예방 교육/정보	①	②



신체적 건강 및 의료 이용

24 최근 30일 동안 다음과 같은 증상이 있었습니까? 모두 표시해 주십시오.

증상	없다	있다	
1) 감기에 걸린 적이 있다	①	②	
2) 쉽게 피로하다	①	②	
3) 속이 쓰리거나 배가 아픈 적이 있다	①	②	
4) 잇몸에 염증이 있거나 이가 부서지고 목신거리거나 아픈 적이 있다	①	②	
5) 깨지거나 부러진 채 치료를 하지 않은 이(치아)가 있다	①	②	
6) 피부 염증 또는 아토피로 가렵거나 아픈 적이 있다	①	②	
7) 귀에 통증이 있거나 고름이 나온 적이 있다	①	②	
8) 심하게 코가 막힌 적이 있다	①	②	
9) 눈에 눈곱이 자주 끼거나 빨갛게 충혈된 적이 있다	①	②	
10) 눈(시력)이 나쁘지만 안경(시력교정용 렌즈)이 없거나 도수가 맞지 않는다	①	②	
11) 몸에 다치거나 찢어진 부위가 있다	①	②	
12) 소변을 볼 때 따끔거리거나 아픈 적이 있다	①	②	
13) 성기 주변에 사마귀가 있거나 고름이 나온 적이 있다	①	②	
14) 참기 힘든 두통이 있었다	①	②	
15) 변비 증상이 있거나 설사를 한 적이 있다	①	②	
16) 땀띠에 냄새나는 분비물이 있고 생식기가 가려워 긁은 적이 있다	①	②	
17) 배변과 상관없이 아랫배나 허리가 아픈 적이 있다	①	②	
증상	해당 없음	없다	있다
18) 지금까지 3개월 이상 생리가 없다	㉠	①	②
19) 생리통이 심해 약을 먹지 않으면 견디기 힘들다	㉡	①	②

25 현재 알고 있는 질병이 있습니까?

증상	없다	있다
1) 현재 알고 있는 질병이 있다	①	②
(질병명 :)		

26 ※ 문24와 문25에서 하나 이상의 ②에 표시한 경우 응답
위 증상 또는 질병에 대해 병원 진료나 검사를 받았습니까?

- ① 안 받았다 (하나라도 치료를 안 받은 경우)
② 받았다 → 문27로 가십시오

26-1. (문26에서 ①번에 응답한 경우만) 병원 진료나 검사를 받지 않은 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (한 가지만 응답)

- ① 돈이 없어서
② 병원이 너무 멀거나 가는 데 교통이 불편해서
③ 병원에 갈 정도로 아프지 않아서
④ 시간이 맞지 않아서 (내가 갈 수 있는 시간에 문을 열지 않아서/예약이 어려워서)
⑤ 어느 병원으로 가야 할지 몰라서(정보 부족)
⑥ 같이 갈 보호자가 없어서(같이 갈 보호자의 시간이 되지 않아서)
⑦ 부끄러워서
⑧ 두렵고 겁이 나서
⑨ 귀찮아서
⑩ 기타()

27 현재 키(신장)는 얼마입니까?

_____ cm ※소수점 첫째자리까지 적어주십시오.

28 현재 몸무게(체중)는 얼마입니까?

_____ kg ※소수점 첫째자리까지 적어주십시오.

29 최근 12개월 동안 의료 서비스 이용에 대한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다

정신적 건강 및 서비스 이용

전혀 행복하지 않다				보통		매우 행복하다				
←										→
⑥	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

전혀 느끼지 않는다					보통						매우 많이 느낀다				
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯

지난 3개월 간 나는...	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 뚜렷한 이유 없이 여기저기 자주 아프다 (두통, 복통, 구토, 메스꺼움, 어지러움 등)	①	②	③	④
2) 이유 없이 감정기복이 심하다	①	②	③	④
3) 모든 것이 귀찮고 재미가 없다	①	②	③	④
4) 괜한 걱정을 미리 한다	①	②	③	④
5) 어른이 이래라 저래라 하면 짜증이 난다	①	②	③	④
6) 죽고 싶은 생각이 든다	①	②	③	④
7) 이유 없이 우울하거나 짜증이 난다	①	②	③	④
8) 화를 참지 못해 문제를 일으킨 적이 있다	①	②	③	④
지금까지 나는...	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
9) 칼이나 불카로온 물건으로 몸에 상처를 낸 적이 있다	①	②	③	④
10) 구체적으로 자살 계획을 세운 적이 있다	①	②	③	④

33 최근 12개월 동안 심리검사, 상담 및 치료를 받은 적이 있습니까?

- ① 없다 →
② 있다 →

33-1. (문33에서 ①번에 응답한 경우만) 최근 12개월 동안 검사나 상담 및 치료를 받지 않은 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (한 가지만 응답)

- ① 필요가 없어서
② 돈이 없어서
③ 상담센터나 병원이 너무 멀거나 가는 데 교통이 불편해서
④ 별 효과가 없을 것 같아서
⑤ 시간이 맞지 않아서 (내가 갈 수 있는 시간에 문을 열지 않아서/예약이 어려워서)
⑥ 어디로 가야 할지 몰라서(정보 부족)
⑦ 같이 갈 보호자가 없어서(같이 갈 보호자의 시간이 되지 않아서)
⑧ 부끄러워서
⑨ 두렵고 겁이 나서
⑩ 귀찮아서
⑪ 기타()

33-2. (문33에서 ②번에 응답한 경우만) 효과가 있었습니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않은 편이다 ③ 그런 편이다 ④ 매우 그렇다

34 최근 12개월 동안 심리 상담 및 치료에 대한 교육이나 정보를 제공받은 적이 있습니까?

- ① 없다 ② 있다



성건강

35 지금까지 성관계를 해 본 적이 있습니까?

① 없다 → 문36으로 가십시오

② 있다

35-1. 성관계 시 임신을 예방하기 위해 피임을 하였습니까?

- ① 항상 피임을 했다
- ② 대부분 피임을 했다
- ③ 가끔 피임을 했다
- ④ 전혀 하지 않았다

35-2. 임신을 해 본 적이 있습니까?

① 없다 → 문35-3으로 가십시오

② 있다

③ 해당사항 없음(남자 청소년)

→ 문35-3으로 가십시오

35-2-1. 인공임신중절수술(낙태)을 해 본 적이 있습니까? ←

- ① 없다
- ② 있다

35-3. 성매매(조건만남)를 해 본 적이 있습니까?

- ① 없다
- ② 있다

36 최근 12개월 동안 성교육이나 관련 정보를 제공받은 적이 있습니까?

① 없다

② 있다

사회적 자원 활용

37 다음의 각 문항에 대해 어떠하다고 생각합니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 내가 아프거나 힘들 때 우리 가족은 나를 도와준다	①	②	③	④
2) 내가 아프거나 힘들 때 가족 외에 나를 도와 줄 사람(친구, 선생님 등)이 있다	①	②	③	④
3) 내가 아프거나 힘들 때 나를 도와줄 기관(시설)이 있다	①	②	③	④
4) 나는 아프거나 힘들 때 주변에 도움을 청하지 않고 혼자 버틴다	①	②	③	④

건강의식

38 다음의 각 문항에 대해 어떠하다고 생각합니까?

건강의식	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 나의 부모(보호자)는 나의 건강에 관심이 있다	①	②	③	④
2) 나는 나의 건강에 관심이 있다	①	②	③	④
3) 내 건강권은 실생활에서 보장되고 있다	①	②	③	④



거주환경

39 현재 내가 사는 곳은 어디입니까?

- ① 집(우리집) ② 사설(쉼터, 자립지원관, 내일이룸학교, 회복지원센터, 소년원 등)
 ③ 친척집 ④ 친구집
 ⑤ 여관·모텔 ⑥ 노숙(특정한 곳이 없음)
 ⑦ 기타(구체적으로 적어주십시오: _____)

40 현재 내가 살고 있는 곳(집, 숙소 등)을 평소에 어떻게 생각합니까?

※ 가족이나 다른 사람과 함께 사용하는 방이라도 본인이 주로 사용하는 방이라면 포함되어서 응답해 주십시오.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다	해당 없음
1) 내가 사용하는 방은 밝고 환하다	①	②	③	④	
2) 내가 사용하는 방은 4계절 모두 온도가 적당하다	①	②	③	④	
3) 내가 사용하는 방은 환기가 잘 된다	①	②	③	④	
4) 내가 사용하는 방은 나의 사생활이 보장된다	①	②	③	④	
5) 내가 사는 곳(집, 숙소)에 곰팡이가 핀 곳이 없다	①	②	③	④	
6) 내가 사용하는 방에서는 바깥의 시끄러운 소리 (자동차 소리 등)가 들리지 않고 조용하다	①	②	③	④	
7) 세면대, 목욕/샤워 시설이 깨끗하다	①	②	③	④	
8) 화장실(변기 등)이 깨끗하다	①	②	③	④	
9) 내 옷과 침구(베개, 이불 등)는 깨끗하다	①	②	③	④	
10) 내가 사는 곳(집, 숙소)에서 먹는 음식은 영양이 충분하다	①	②	③	④	
11) 냉장고(부엌)에 상한 음식이 없다	①	②	③	④	⑤
12) 부엌(싱크대, 가스레인지, 냉장고 등)이 깨끗하다	①	②	③	④	⑤

 근로환경

41 최근 6개월 동안 일(아르바이트)을 해 본 경험이 있습니까?

① 없다 → 문42로 가십시오

② 있다

41-1. 주로 어떤 일을 했습니까? 보기와 같이 구체적으로 적어주십시오.

※ 여러 가지 일인 한 경우에는 주로(가장 많이) 했던 일을 기준으로 적어주십시오.

▶ 보기 : 커피숍에서 음료만들기/서빙, 편의점 판매, 네일 아트, 택배회사 상하차, 카센터 자동차 수리, 마트 화장품판매 등

주로 한 일 : _____

41-2. 내가 일하는(일했던) 곳의 환경은 어떠했습니까?

※ 여러 가지 일인 한 경우에는 주로(가장 많이) 했던 일을 기준으로 표시해 주십시오.

주로 일하는 공간	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 공기가 깨끗하다	①	②	③	④
2) 소음 때문에 일하기가 힘들다	①	②	③	④
3) 내가 하는 일은 다칠 위험이 높다	①	②	③	④
4) 일하다 심하게 다친 적이 있다	①	②	③	④
5) 야간 근로(밤 10시~아침 6시)를 한 적이 있다	①	②	③	④
6) 하루 8시간 이상 일하거나 휴게시간*이 충분하지 않다 * 법정 휴게시간은 4시간 일할 경우 30분, 8시간 일할 경우 1시간 이상임.	①	②	③	④
7) 손 씻기 등 개인위생을 위한 공간이 없거나 깨끗하지 못하다	①	②	③	④



가정 밖 생활 경험 관련

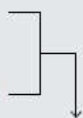
42

집에서 쫓겨나거나 보호자의 허락 없이 집을 나온 것(가출)으로 인해 하루밤 이상 가정 밖에서 생활한 적이 있습니까? 있다면 총 몇 회 정도입니까?

※ 이 문항에서 '집'에는 양육시설, 공동가정(그룹홈), 위탁가정 등 자신이 주로 생활하던 곳도 포함됩니다.

① **없다** → **문43으로 가십시오**

- ② 1~2회
③ 3~5회
④ 6~10회
⑤ 10회 이상



42-1. 집을 처음 나왔을 때는 몇 살이었습니까?

※ 학교 및 기관 행사, 여행 등을 이유로 보호자의 허락 아래 있었던 일, 또는 소년분류심사위원이나 소년원학교 입소 등으로 집을 떠난 경우는 제외합니다.

_____ 세

42-2. 집을 나와 생활한 기간은 **모두 합쳐** 어느 정도나 됩니까?

※ 집을 나와 생활 도중 집에 다시 들어가서 생활했던 기간은 제외하고 응답해 주십시오.

▶ 예 : 집 밖에서 일주일, 집에 들어가서 3일, 다시 나와서 20일 정도 생활했다면 집 밖 생활은 총 27일이 되어 ② 일주일 이상~한 달 미만에 표시해 주시면 됩니다.

- ① 일주일 미만
② 일주일 이상~한 달 미만
③ 한 달 이상~3개월 미만
④ 3개월 이상~6개월 미만
⑤ 6개월 이상~1년 미만
⑥ 1년 이상

42-3. 집을 나와 생활했던 곳을 **모두** 표시해 주십시오.

- ① 청소년복지시설(쉼터, 자립지원관, 회복센터 등)
② 친·인척집
③ 친구, 선·후배집
④ 교사원, 여관·모텔, 원룸 등
⑤ 노숙(거리, 남의 집 옥상 등)
⑥ 24시간 상점(코인노래방, PC방, 찜질방, 편의점 등)
⑦ 기타()

42-4. 집에서 나와서 생활하는 동안 아래와 같은 상황을 경험한 적이 있습니까?

구분	없다	드물게 (일년에 1~2번)	가끔 (한달에 1~2번)	종종 (일주일에 1~2번)	대부분 (거의 항상)
1) 간편식(라면, 빵, 삼각김밥, 패스트 푸드 등)으로 끼니를 때운 적이 많다	①	②	③	④	⑤
2) 돈이나 먹을 것이 없어 끼니를 거른 적이 있다	①	②	③	④	⑤
3) 갈아입을 수 있는 깨끗한 옷(속옷 포함)이 없어 더러운 옷을 입은 적이 있다	①	②	③	④	⑤
4) 계절에 맞는 옷(속옷 포함)이 없어 계절에 맞지 않은 옷을 입은 적이 있다	①	②	③	④	⑤
5) 씻을 곳이 마땅치 않아 세수, 양치, 샤워 등을 제대로 하지 못한 적이 있다	①	②	③	④	⑤
6) 몸이 아팠지만 돈이 없어 병원이나 약국에 가지 못한 적이 있다	①	②	③	④	⑤
7) 더럽거나 습기 찬 곳에서 잠을 잔 적이 있다	①	②	③	④	⑤
8) 잘 곳이 마땅치 않아 밤을 샌 적이 있다	①	②	③	④	⑤
9) 개인용품(칫솔, 속옷, 수저, 면도기 등)을 친구들과 함께 사용한 적이 있다	①	②	③	④	⑤

42-5. 가솔랭을 경험한 적이 있습니까?

① 없다 ② 있다

학업

43 현재 학교(초·중·고)에 다니고 있습니까?

- ① 일반 정규학교(초·중·고)에 다니고 있다 → 문43-1로 가십시오
 ② 미인가 대안학교(초·중·고 과정)에 다니고 있다 → 문43-2로 가십시오
 ③ 학교(초·중·고)를 중간에 그만두었다 (자퇴, 유예, 고등학교 미진학 포함)
 → 문43-2로 가십시오
 ④ 고등학교를 졸업했다(고졸 검정고시 포함) → 다음페이지 '일반사항'으로 가십시오

43-1. 현재 몇 학년입니까?

- ① 초등학교 _____ 학년 ② 중학교 _____ 학년
 ③ 고등학교 _____ 학년 ④ 기타 _____

→ 다음페이지 '일반사항'으로 가십시오

43-2. 정규학교(초·중·고)는 언제 그만두었습니까?

_____ 년 _____ 월

43-3. 정규학교(초·중·고)는 어디까지 다녔습니까?

- ① 초등학교 졸업 이하 ② 중학교 중퇴 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 중퇴

43-4. 일반 정규학교(초·중·고)를 다니지 않는 9-18세 청소년의 경우 학교 밖 청소년 지원센터를 통해 국가에서 실시하는 건강검진(학교 밖 청소년 건강검진)을 무료로 받을 수 있습니다. 이 정책을 알거나 받은 적이 있습니까?

- ① 알지도 못하고 건강검진을 받은 적도 없다 → 다음페이지 '일반사항'으로 가십시오
 ② 알고는 있지만 건강검진을 신청해서 받은 적은 없다 → 문43-4-1로 가십시오
 ③ 알고 있고 신청했지만 건강검진을 받지는 않았다 → 문43-4-1로 가십시오
 ④ 알고 있고 건강검진을 받은 적도 있다 → 다음페이지 '일반사항'으로 가십시오

43-4-1. ②, ③에 응답한 경우, 그 이유는 무엇입니까?

- ① 별 필요가 없을 것 같아서 ② 검진기관이 너무 멀거나 가는 데 교통이 불편해서
 ③ 시간이 맞지 않아서 ④ 이 제도에 대해 정확하게 잘 몰라서
 ⑤ 귀찮아서 ⑥ 잊어버려서
 ⑦ 두렵고 겁이 나서 ⑧ 부끄러워서
 ⑨ 다른 국가건강검진을 받아서(중복지원이 안 돼서) ⑩ 나에게 해당되는 제도가 아니어서
 ⑪ 기타()

일반사항

sq1 성별

- ① 남자 ② 여자

sq2 생년월

_____ 년 _____ 월에 태어남

sq3 가정 형편(경제 수준)은 다음 중 어디에 해당한다고 생각합니까?

매우 낮은 수준	낮은 수준	중간	높은 수준	매우 높은 수준
①	②	③	④	⑤

sq4 현재 누구와 함께 살고 있는지 모두 응답해 주십시오. 직장 혹은 학교 때문에 잠시 떨어져 지내는 가족은 포함하여 응답해 주십시오(단 결혼해서 따로 살고 있는 가족은 제외).

- ① 할아버지/외할아버지 ② 할머니/외할머니 ③ 아버지
 ④ 어머니 ⑤ 형제 또는 자매 ⑥ 친척
 ⑦ 시설 선생님 ⑧ 친구, 선후배, 동료 ⑨ 기타()
 ⑩ 혼자

끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다

2. 종사자용 설문지

통계법 제33조(비밀의 보호 등) ① 통계작성과정에서 알려진 사항으로서 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다. ② 통계작성을 위하여 수집된 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 기초자료는 통계작성의 목적 외에 사용하여서는 아니 된다.	기관ID (기록하지 마세요) <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					

청소년 건강에 관한 조사 (기관)

안녕하십니까?

한국청소년정책연구원은 국무총리실 산하 국책연구기관으로 각종 조사와 연구를 실시하여 청소년을 위한 정책을 만드는 데 도움을 주고 있습니다.

이 조사에서는 청소년들의 건강과 관련하여 귀 기관의 정책과 선생님의 의견을 여쭙고자 합니다. 이 조사에서 얻은 정보는 우리나라 청소년이 더욱 나은 미래로 나아가도록 연구하고 정책을 개발하는 데 소중한 자료로 활용될 것입니다.

선생님께서 응답하신 내용은 무기명으로 처리되어 개인의 비밀이 철저히 보장되며, 조사결과는 연구의 목적으로만 활용됩니다.

조사에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2020년 5월

* 이 설문지에 기재된 내용은 통계법 제33조에 따라 비밀이 보장되며 통계작성 이외의 목적으로는 절대 사용하지 않습니다.

주관기관	수행기관
 한국청소년정책연구원 담당자 : 박혜정 선임연구위원, 임희진 선임연구위원	에스티아이 담당자 : 박재균 연구원 (02) 785-9124

조사 동의

- 나는 이 조사의 목적과 내용에 대한 충분한 설명을 들었습니다.
- 나는 내가 원하면 조사에 참여하지 않거나, 중간에 그만 둘 수도 있다는 것을 잘 알고 있습니다.
- 나는 이 조사에 참여하는 것에 스스로 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 동의하지 않음
 년 월 일 서명 : _____

연구 참여 설명문(기관용)

연구과제명 : 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II : 위기 청소년

본 연구는 한국청소년정책연구원(국무총리실 산하 국책연구기관)이 청소년의 건강정책 수립을 위해 수행하는 연구입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분을 대상으로 청소년의 건강 실태와 정책에 대한 요구에 대한 의견을 수집하여 연구에 이용할 예정입니다.

1. 무엇을 위한 연구이며 결과는 어떻게 이용될까요?

우리나라 청소년들의 건강 실태와 환경, 정책 요구 등을 조사하고 있습니다. 조사결과를 바탕으로 청소년 건강권 지원을 위한 방안을 마련하기 위한 자료로 활용될 예정입니다.

2. 연구 참여 절차 및 방법 등은 어떻게 됩니까?

총 100여명의 위기 청소년 관련 기관 종사자들을 대상으로 설문조사를 실시할 예정이며, 참여자의 동의를 받은 후 조사수행기관의 담당자를 통해 조사를 실시할 예정입니다.

3. 수집되는 정보는 무엇이며 제공 계획이 있습니까?

청소년 건강 실태와 환경, 정책에 대한 요구 등의 정보를 수집할 예정이며, 통계목적 이외에는 절대로 사용하지 않을 것입니다. 만일 제3자(연구자)에게 데이터를 제공할 경우에는 귀하가 누구인지 알아 볼 수 있는 정보가 유출되지 않도록 엄격하게 관리할 것입니다.

4. 연구에 참여함으로써 예상되는 위험 및 이득은 무엇입니까?

현재 연구에 참여함으로써 예상되는 위험은 없으며, 오히려 설문조사 참여자들의 의견을 반영하여 청소년이 건강한 생활을 하는데 필요한 정책이 마련될 것입니다.

5. 조사에 대한 실비(현금)나 답례품(선물)이 지급될 예정입니까?

조사 참여자들에게는 소정의 답례품이 제공됩니다.

6. 연구 참여를 그만둘 수 있습니까?

연구 참여 후에도 언제든지 연구의 참여를 그만둘 수 있으며, 연구에 참여하지 않아도 어떠한 불이익은 없습니다. 연구 참여를 그만 둘 경우 수집된 연구 참여자의 기록 및 정보는 모두 폐기됩니다.

7. 본인이 누구인지 알 수 있는 정보의 보호 및 처리절차는 어떻게 됩니까?

본 연구의 참여로 수집되는 개인정보는 없습니다. 그러나 만약 수집되는 개인 정보가 있다면 이 정보는 연구를 위해 사용되며, 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리됩니다. 관련 정보는 개인이 누구인지 알아볼 수 없도록 변형 처리된 후 연구에 이용되며, 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다.

8. 연구 관련 문의는 누구에게 합니까?

본 연구에 대해 궁금한 점이나 질문이 있으시면 언제든지 다음의 연구 담당자에게 연락 주시기 바랍니다.

조사담당자 : 박재균 , 전화번호 : 02-785-9124

책임연구자 : 백혜정 , 전화번호 : 044-415-2115

공동연구자 : 임희진 , 전화번호 : 044-415-2112

만일 어느 때라도 연구참여자로서 귀하의 권익에 대한 문의사항이 있으시다면 언제든지 한국청소년정책연구원
기관생명윤리위원회로 문의주시기 바랍니다.

한국청소년정책연구원 기관생명윤리위원회 ☎ 044-415-2244



설문 응답 방법 안내문

- 01 객관식 질문에 대한 응답은 보기번호(① ② ③ ④ ...)에 **동그라미(O)**로 해주세요. 표시한 응답을 바꾸고 싶을 때에는 **가위표(X)**를 하고, 바꾼 보기에 다시 **동그라미**로 표시해 주세요.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
1) 나는 신체적으로 건강하다	①	②	③	④
2) 나는 정신적으로 건강하다	①	②	③	④

- 02 각 항목에 기타 내용이 있는 경우에는 보기(①, ②, ...) 중 하나를 선택하고, 괄호 안에 구체적인 내용을 기록해 주세요.

4. 다음 사항과 관련하여 귀 기관/시설을 이용하는 청소년의 건강 문제에 대해 어떻게 생각하십니까?

항목	전혀 문제가 없다	문제가 없는 편이다	문제가 있는 편이다	문제가 매우 심각하다	잘 모르겠다
...	①	②	③	④	⑤
22) 기타(○○○에 대한 문제)	①	②	③	④	⑤

- 03 구체적인 수치를 적는 문항에는, 기입란 위의 단위를 유익하여 작성해 주십시오.

5. 다음 사항과 관련하여 올해 귀 기관/시설의 청소년 건강관련 예산은 얼마나 책정되어 있습니까?

구분	예산
1) 학교 밖 청소년 건강검진 안내	_____ 만원
2) 응급약품(밴드, 거즈, 소독약 등) 지원	_____ 만원
3) 일반의약품(소화제, 진통제, 해열제, 종합감기약 등) 지원	_____ 만원

기본사항

01 현재 귀 기관/시설을 이용(거주)하는 청소년은 몇 명입니까? 조사일을 기준으로 응답해 주십시오.

남 : _____ 명, 여 : _____ 명, 총 : _____ 명

02 귀 기관/시설에서는 청소년들에게 잠자리를 제공합니까?

① 예 ② 아니요

03 귀 기관/시설에서는 청소년들에게 **한 끼 이상**의 식사를 제공합니까?

① 예 ② 아니요



건강관련

04 다음 사항과 관련하여 귀 기관/시설을 이용하는 청소년의 건강 문제에 대해 어떻게 생각하십니까?

항목	전혀 문제가 없다	문제가 없는 편이다	문제가 있는 편이다	문제가 매우 심각하다	잘 모르겠다
1) 영양 및 식습관	①	②	③	④	⑤
2) 수면	①	②	③	④	⑤
3) 신체활동 부족	①	②	③	④	⑤
4) 개인위생 및 청결	①	②	③	④	⑤
5) 피임 및 임신	①	②	③	④	⑤
6) 성 질환	①	②	③	④	⑤
7) 음주	①	②	③	④	⑤
8) 흡연	①	②	③	④	⑤
9) 약물	①	②	③	④	⑤
10) 고혈압, 당뇨 등 성인병	①	②	③	④	⑤
11) 비만	①	②	③	④	⑤
12) 성장/발육 부진	①	②	③	④	⑤
13) 왜곡된 신체이미지	①	②	③	④	⑤
14) 눈 건강	①	②	③	④	⑤
15) 구강 건강	①	②	③	④	⑤
16) 신체(호흡기, 소화기) 질환	①	②	③	④	⑤
17) 신체 부상(골절, 절상, 화상 등)	①	②	③	④	⑤
18) 정신 건강	①	②	③	④	⑤
19) 건강 관련 정보 부족	①	②	③	④	⑤
20) 필요한 의료 서비스를 제때 받지 못함	①	②	③	④	⑤
21) 필요한 심리상담 서비스를 제때 받지 못함	①	②	③	④	⑤
22) 기타 ()	①	②	③	④	⑤

05 다음 사항과 관련하여 올해 귀 기관/시설의 청소년 건강관련 예산은 얼마나 책정되어 있습니까?

구분	예산
1) 학교 밖 청소년 건강검진 안내	_____ 만원
2) 응급약품(밴드, 거즈, 소독약 등) 지원	_____ 만원
3) 일반의약품(소화제, 진통제, 해열제, 종합감기약 등) 지원	_____ 만원

06 귀 기관/시설에서는 청소년들에게 다음과 같은 서비스를 제공하고 있습니까?

내용	제공한다	제공하지 않는다
1) 학교 밖 청소년 건강검진 안내	①	②
2) 응급약품(밴드, 거즈, 소독약 등) 지원	①	②
3) 일반의약품(소화제, 진통제, 해열제, 종합감기약 등) 지원	①	②
4) 간단한 의료기기(체중계, 체온계, 혈당계, 혈압계 등) 배치	①	②
5) 여성 위생용품(생리대) 지원	①	②
6) 개인 위생용품(치솔, 속옷, 일회용 면도기 등) 지원	①	②
7) 임신 진단 및 피임기구(임신진단테스트기, 콘돔) 지원	①	②
8) 의료비 지원	①	②
9) 건강 전문 인력(의사, 간호사, 간호조무사, 보건교사 등) 연계를 통한 의료 상담	①	②
10) 의료기관(병원 및 보건소) 연계 서비스(치과 제외)	①	②
11) 치과 연계 서비스	①	②
12) 정신건강 복지센터 연계 서비스	①	②
13) 성문화센터 연계 서비스	①	②
14) 금연지원센터 연계 서비스	①	②
15) 청소년을 위한 운동 공간 및 기구 설치	①	②
16) 청소년 활동 공간 내 공기청정기 설치	①	②
17) 영양 및 식습관 관련 정보/교육 프로그램	①	②
18) 개인 위생 및 청결 관련 정보/교육 프로그램	①	②
19) 음주 관련 정보/교육 프로그램	①	②
20) 흡연 예방 및 금연 관련 정보/교육 프로그램	①	②
21) 의료 서비스 이용 관련 정보/교육 프로그램	①	②
22) 정신건강·심리 상담 관련 정보/교육 프로그램	①	②
23) 성 관련 정보/교육 프로그램	①	②
24) 기타 ()	①	②

- 07 귀 기관/시설을 이용하는 청소년들의 건강 증진을 위해 필요한 정책이 있다면 구체적으로 의견을 제시해 주십시오.

끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다

ABSTRACT

A study on policy plans for youth health rights II: At-risk Youth

The purpose of this comprehensive research is to examine the health problems experienced by at-risk youth, to draw the necessary policy measures to guarantee their health rights, and to resolve inequality by conducting a multilateral analysis of the health of at-risk youth, their environments, related policies, and the state of supporting services. For this purpose, a review of previous studies, an analysis of domestic and international laws and policies, and surveys and interviews of at-risk youth and field workers were utilized.

This report found differences between the concept of health as defined by the World Health Organization and that considered by the youth. Additionally, there were differences between the health rights guaranteed to the youth and those recognized by them. The health conditions and the related environments of at-risk youth were worse in some situations, when compared with the conditions of those who lived with their families and studied at schools. Although they believed that efforts to change their lifestyle were important to maintain good health, they lacked the efforts required for actual changes. The health of at-risk youth living in support facilities was similar to that of those living with their parents. Moreover, the supporting organizations and facilities as well as the health education and information provided at the national

level helped the at-risk youth to maintain good health, indicating that living inside a social safety net is beneficial. According to the domestic policy analysis, the divisions in laws and departments have caused gaps in guaranteeing health rights of the youth belonging to the respective categories . Further, those under the youth protection system lacked health support in comparison to those under the child protection system. In addition, European and North American countries and Australia have worked toward modifying their legal systems and enhancing the effectiveness of their healthcare services to reinforce their national responsibilities toward the health of at-risk youth.

Based on the findings, this study suggests basic directions to guarantee at-risk youth health rights and for the related policy tasks and proposals. More specifically, to encourage good health, measures such as providing comprehensive and systematic educational opportunities, expanding and strengthening health-related activities, and promoting awareness of health rights were suggested. For establishing a healthy environment, measures such as improving and expanding physical activity facilities, housing, and work environments; supporting dietary improvements; and strengthening the social safety net for at-risk youth were suggested. Furthermore, to improve healthcare services, measures such as refining health examination services and the medical assistance provided to at-risk youth; strengthening and expanding mental health support services; increasing the accessibility of personal hygiene products; diversifying and simplifying support methods; and training and deploying of health experts were suggested. For reorganizing the health

policy system, measures such as implementing regular health surveys; establishing data, a medical support service network for at-risk youth, standards for the health support services provided, and a healthy environment; and providing feedback regarding regular monitoring and evaluation were suggested.

2020년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

- 20-R01 청소년의 혐오표현 노출실태 및 대응 방안 연구 / 김영한 · 이유진 · 조아미 · 임성택
- 20-R02 청소년 · 청년 디지털 플랫폼노동 실태 및 대응방안 연구 / 유민상 · 최정원 · 이수정 · 장혜림
- 20-R03 Z세대 10대 청소년의 가치관 변화 연구 / 오해섭 · 문호영
- 20-R04 청소년활동의 사회적 가치 제고방안 연구 / 최용환 · 성유리 · 박윤수 · 김보경
- 20-R05 청소년지도자 양성시스템 재구조방안 연구 II : 청소년상담사를 중심으로 / 최창욱 · 작동훈 · 이종원 · 남화성 · 정지희
- 20-R06 청년 사회 · 경제실태 및 정책방안 연구Ⅴ / 김형주 · 연보라 · 배정희
- 20-R06-1 청년 사회 · 경제실태 및 정책방안 연구Ⅴ - 전년도 공개데이터 심층분석연구 / 김형주 · 연보라 · 배정희
- 20-R06-2 청년 사회 · 경제실태 및 정책방안 연구Ⅴ - 기초분석보고서 / 김형주 · 연보라 · 배정희
- 20-R07 국가 미래인적자원으로서 재외동포청소년 성장과 지원방안 연구 III / 김경준 · 김정숙 · 윤철경
- 20-R08 청소년 빅데이터 체계 구축 및 활용방안 연구 / 서정아 · 성윤숙 · 송태민
- 20-R08-1 청소년 빅데이터 체계 구축 및 활용방안 연구 데이터 분석 보고서 1_청소년 비만에 대한 비정형 빅데이터 연구 / 송태민
- 20-R08-2 청소년 빅데이터 체계 구축 및 활용방안 연구 데이터 분석 보고서 2_청소년 행복 결정요인에 대한 정형 빅데이터 연구 / 홍성호
- 20-R09 청소년의 주거권 실태와 보장방안 연구 : 사회배제 관점을 중심으로 / 김지연 · 김승경 · 임세희 · 최은영
- 20-R10 2020 아동 · 청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 - 한국 아동 · 청소년 인권 실태 : 총괄보고서 / 김영지 · 황세영 · 최홍일 · 이민희 · 김진호
- 20-R10-1 2020 아동 · 청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 - 한국 아동 · 청소년 인권 실태 : 심화분석보고서 / 박환보 · 주경필
- 20-R10-2 2020 아동 · 청소년 권리에 관한 국제협약 이행 연구 - 한국 아동 · 청소년 인권 실태 : 기초분석보고서 / 김영지 · 황세영 · 최홍일

- 20-R11 지역사회 네트워크를 활용한 청소년 성장지원 정책 추진체계 구축 방안 연구 II / 최인재 · 강경균 · 송민경 · 조윤정 · 김가희
- 20-R12 2020 한국아동 · 청소년패널조사 : 사업보고서 / 하형석 · 황진구 · 김성은 · 이용해
- 20-R12-1 2020 한국아동 · 청소년패널조사 : 데이터분석보고서 / 김성은 · 황영식
- 20-R13 2020 다문화청소년 종단연구 : 총괄보고서 / 양계민 · 장윤선 · 정윤미
- 20-R13-1 2020 다문화청소년 종단연구 : 기초분석보고서 : 1기패널 / 양계민 · 장윤선 · 정윤미
- 20-R13-2 2020 다문화청소년 종단연구 : 기초분석보고서 : 2기패널 / 양계민 · 장윤선 · 정윤미

협동연구과제

- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-82-01 학교 밖 청소년 지역사회 지원방안 연구 III : 질적패널 조사를 중심으로 / 김희진 · 장근영 · 이동훈 · 윤철경 (자체번호 20-R14)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-82-02 학교 밖 청소년 지역사회 지원방안 연구 III : 학교 밖 여성 청소년을 중심으로 / 오은진 · 장희영 (자체번호 20-R14-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-83-01 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구 III : 청년 이직자 - 총괄보고서 / 김기현 · 신동훈 · 변금선 · 고혜진 · 신인철 (자체번호 20-R15)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-83-02 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구 III : 청년 이직자 - 심층분석보고서 / 김기현 · 신동훈 · 고혜진 · 신인철 (자체번호 20-R15-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-84-01 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II : 위기청소년 / 백혜정 · 임희진 · 송미경 · 김양희 (자체번호 20-R16)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-84-02 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II : 위기청소년-국내 · 외 주요 법령 및 건강정책 분석 / 류정희 · 이상정 · 박선영 · 전민경 (자체번호 20-R16-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-84-03 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 II : 위기청소년 - 기초분석보고서 / 백혜정 · 임희진 (자체번호 20-R16-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-85-01 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응 방안 연구 I : 초등학교 / 배상률 · 이창호 · 이정림 (자체번호 20-R17)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-85-02 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응 방안 연구 I : 초등학교 - 해외사례 조사 / 정현선 · 심우민 · 윤지원 · 김광희 · 최원석 (자체번호 20-R17-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 20-85-03 청소년 미디어 이용 실태 및 대상별 정책대응 방안 연구 I : 초등학교 - 기초분석보고서 / 배상률 · 이창호 (자체번호 20-R17-2)

연구개발적립금

- 20-R24 위기청소년 현황 및 실태조사 기초연구 / 황여정 · 이정민
- 20-R24-1 위기청소년 현황 및 실태조사 기초연구 : 예비조사 데이터분석보고서 / 황여정 · 이정민 · 김수혜
- 20-R25 10대 청소년 포럼 운영 / 모상현
- 20-R26 코로나 19 확산 및 이후 사회변화에 따른 청소년정책의 대응방안 / 김현철

수시과제

- 20-R18 학생 인권교육을 위한 현장 실천 강화 방안 연구 / 이정민 · 이종원
- 20-R19 청년정책 평가체계 구축을 위한 기초연구 / 배정희 · 김기현
- 20-R20 가출청소년 지원 강화를 위한 청소년복지시설 재구조화 연구 / 황진구 · 김지연
- 20-R21 선거법 개정에 따른 청소년 정책 및 활동 지원 방안 연구 / 이창호
- 20-R22 청소년지도사 자격검정과목 개편 방안 연구 / 김경준 · 이종원 · 박정배
- 20-R23 학교밖청소년지원센터 운영모형 개발 / 김희진 · 백혜정

수탁과제

- 20-R27 청소년 비즈쿨 활성화를 위한 고교교육 정책 연계방안 연구 / 강경균 · 안재영 · 황은희
- 20-R28 청년정책 현황 진단 및 정책추진 실효성 제고 방안 연구 / 김기현 · 유민상 · 변금선 · 배정희
- 20-R29 (가칭)청양군 청소년재단 설립타당성 연구 / 김영한
- 20-R29-1 (가칭)청양군 청소년재단 설립타당성 연구(요약본) / 김영한
- 20-R30 2020년 학교폭력 예방교육 컨설팅 매뉴얼 / 성윤숙 · 양미석
- 20-R31 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(5종)
- 20-R31-1 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(초등학교 1~2학년용) / 성윤숙 · 서정아 · 장윤선 · 서고은 · 김성은
- 20-R31-2 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(초등학교 3~4학년용) / 성윤숙 · 서정아 · 장윤선 · 서고은 · 김성은
- 20-R31-3 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(초등학교 5~6학년용) / 성윤숙 · 서정아 · 장윤선 · 서고은 · 김성은
- 20-R31-4 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(중학교용) / 성윤숙 · 서정아 · 장윤선 · 서고은 · 김성은

- 20-R31-5 학교폭력 예방 어울림 기본 프로그램(고등학교용) / 성윤숙 · 서정아 · 장윤선 · 서고은 · 김성은
- 20-R32 2019 학교폭력 예방 어울림 프로그램 적용효과 분석 / 성윤숙 · 양미석
- 20-R33 지역단위 학교폭력 예방교육 프로그램 운영현황 및 적용방안 : 회복적 생활교육을 중심으로 / 성윤숙 · 양미석
- 20-R34 2018~2019 학교폭력 예방교육 연구학교 결과보고서
- 20-R34-1 2018~2019 학교폭력 예방교육 연구학교 결과보고서(초등학교) / 성윤숙 · 이윤소
- 20-R34-2 2018~2019 학교폭력 예방교육 연구학교 결과보고서(중학교) / 성윤숙 · 이윤소
- 20-R34-3 2018~2019 학교폭력 예방교육 연구학교 결과보고서(고등학교) / 성윤숙 · 이윤소
- 20-R35 교육과정 기반 어울림 프로그램 운영 사례 / 성윤숙 · 이윤소
- 20-R36 어울림 자유학기 프로그램(5종)
- 20-R36-1 어울림 자유학기 주제선택 프로그램(놀러와! 어울림 세상) / 성윤숙 · 이선희 · 정미선 · 선보라 · 이해옥 · 이윤소
- 20-R36-2 자유학기 프로그램 동아리활동 / 성윤숙 · 배은정 · 이윤소
- 20-R36-3 어울림 자유학기 교과연계 주제선택 프로그램(사회) / 성윤숙 · 선보라 · 이윤소
- 20-R36-4 어울림 자유학기 교과연계 주제선택 프로그램(도덕) / 성윤숙 · 이해옥 · 이윤소
- 20-R36-5 어울림 자유학기 교과연계 주제선택 프로그램(국어) / 성윤숙 · 이선희 · 정미선 · 이윤소
- 20-R37 외국의 학교폭력 예방교육 정책 및 프로그램 동향 / 성윤숙
- 20-R38 서울특별시 청소년시설 종합성과평가 평가지표 개선 영역 / 김형주 · 김혁진 · 김정주
- 20-R39 제1차 청년정책 기본계획 수립 연구 / 김기현 · 유민상 · 변금선 · 배정희
- 20-R40 학교 안 · 밖 청소년정책 협력체계 구성 및 연계방안 연구 / 최창욱 · 좌동훈 · 남화성
- 20-R41 소년원학생 재범방지 통합프로그램 개발 연구 / 이유진
- 20-R41-1 꿈과 친구사이 : 소년원학생 재범방지 통합프로그램 매뉴얼 / 이유진
- 20-R42 청소년 주도적인 활동지원을 위한 법률개정 방안 연구 / 최창욱 · 문호영
- 20-R43 보호종료아동 주거지원 통합서비스 사업 사례관리사 및 자립업무종사자 직무분석 연구 / 김지연 · 백혜정 · 이상정
- 20-R44 2020년도 청소년 인터넷 건전이용제도 적용 게임물 평가 / 배상률 · 유홍식 · 김동일
- 20-R45 청소년 교육·문화공간 확충을 위한 지자체-교육청 협력 강화 방안 / 김영지 · 황세영 · 손진희 · 박명선 · 박종원 · 조기영
- 20-R46 2020년 청소년특별회의 정책과제 연구 / 최창욱 · 좌동훈
- 20-R47 농업인력 유입 확대를 위한 농촌 청소년 실태조사 / 오해섭 · 최홍일
- 20-R48 성남시 청소년시설 확충 및 개선 연구 / 황진구 · 남화성
- 20-R49 다함께돌봄센터 현장적용 프로그램 개발연구 / 황진구 · 좌동훈
- 20-R50 2020년 청소년수련시설종합평가 / 김경준 · 김영지 · 최창욱
- 20-R51 지역센터 관리운영을 위한 평가지표 개선방안 / 최용환 · 객창규 · 이성규
- 20-R52 수원시 위기청소년 실태조사 연구 / 최용환 · 김보경

- 20-R53 2020 청소년방과후아카데미 효과·만족도 연구 / 양계민
- 20-R54 2020년 학교 내 대안교실 모니터링 연구 / 최인재·송원일·박지원
- 20-R55 2020년 대안교육 위탁교육기관 실태조사 연구 / 최인재·송원일·배수인
- 20-R56 복권기금 꿈사다리 장학생의 성장관리 및 성과측정 방안 연구 / 이정민·성유리·김혜원
- 20-R57 2020년 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사 / 김지연·김승경·백혜정·황여정
- 20-R57-1 2020년 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사(위기청소년 결과 분석) / 김지연·김승경·백혜정·황여정
- 20-R57-2 2020년 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사(부록 : 기초통계결과표) / 김지연·김승경·백혜정·황여정
- 20-R58 지역사회 협력을 통한 직업계고 혁신 지원 방안 연구 - 특성화고 혁신지원 운영모형 개발 / 강경균·김영만·김용성
- 20-R59 지역아동센터 아동패널조사 2020 / 김희진·임희진·정윤미
- 20-R60 이주배경 아동·청소년 지원 지역기관 연계 시범사업 모니터링, 평가 및 모델 개발 / 연보라·최정원·김성은
- 20-R61 학업중단 현황 및 지원 방안 / 김성은·박하나·김현수
- 20-R62 환경 변화에 따른 후기청소년 정책 발전 방향 연구 / 장근영·김기현

세미나 및 워크숍 자료집

- 20-S01 2020년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 워크숍(1.30)
- 20-S02 2019년 학교폭력 예방교육 운영학교 성과보고회(1.31)
- 20-S03 2020년 제28회 청소년정책포럼 : 학교밖 청소년 취업 및 자립지원 방안(1.22)
- 20-S04 2019년 학교폭력 예방교육 어울림 프로그램 운영 우수사례집(1.31)
- 20-S05 제25차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 : 강원국 교수의 매력적인 글쓰기 특강(4.23)
- 20-S06 제26차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 : 김병완 작가의 쿼터 독서법 및 책쓰기 특강(4.21)
- 20-S07 2020년 제29회 청소년정책포럼 : 학교 밖 청소년 규모 추정 방안(6.19)
- 20-S08 2020년 제30회 청소년정책포럼 : 18세 선거권 이후 청소년 정치교육의 방향 및 과제(7.17)
- 20-S09 2020년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 실무 역량 강화 연수(초등, 중등, 고등)(7.28)
- 20-S10 2020년 제31회 청소년정책포럼 : 청소년정책 관련 법제도 개선 방향(7.28)
- 20-S11 제30차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 : 플랫폼 노동의 미래를 묻다 <별점 인생>(8.5)
- 20-S12 2020년 학교폭력 예방교육 컨설팅단 상반기 성과보고회(8.11)

- 20-S13 제31차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 : Z세대의 SNS 마켓에서의 소비자사회화 경험에 대한 현상학적 연구 : 인스타마켓을 중심으로(8.26)
- 20-S14 2020년 제32회 청소년정책포럼 : 포스트 코로나 시대 청소년 활동과 정책의 방향 (8.18)
- 20-S15 청소년 이슈 관련 네트워크 분석(8.25)
- 20-S16 2020년 제33회 청소년정책포럼 : 학교 안팎 청소년 협력체계 구성 연계 방안(9.23)
- 20-S17 제32차 NYPI 직원 역량강화 콜로키움 : 청소년의 혐오표현 노출실태 및 대응방안 (10.6)
- 20-S18 2020년 대안학교 관리자 협의회 및 담당자 역량 강화 워크숍 (10.5)
- 20-S19 2020년 학교 내 대안교실 모니터링 위원 워크숍(10.5)
- 20-S20 2020년 제34회 청소년정책포럼 : 코로나 시대 청소년 성장지원의 방향(10.21)
- 20-S21 2020 유로필로조피 서울 대회(11.12~13)
- 20-S22 2020년 미인가 대안교육시설 관리자 및 담당자 역량 강화 온라인 워크숍(11.13)
- 20-S23 제35차 청소년정책포럼 : Z세대 청소년의 가치관 변화와 정책적 대응방안(11.18)
- 20-S24 2020년 학교폭력 예방교육 발전방안 포럼 (해외 사이버폭력 정책 동향 및 국내 사이버폭력 예방교육 방향 모색)(12.18)
- 20-S25 제3회 한일진로교육포럼(11.28)
- 20-S26 제9회 한국아동·청소년패널 학술대회 자료집(11.20)
- 20-S27 제36차 청소년정책포럼 : 우리나라 한국아동·청소년의 삶은 어떠한가?(12.1)
- 20-S28 제37차 청소년정책포럼 : 이주배경 아동·청소년의 지원 체계의 과제와 방향(12.8)
- 20-S29 제1차 10대청소년목소리포럼 : 코로나로 세겨진 우울의 시대 우리의 꿈과 이상을 쏘다 -동고동락, 각양각색 청소년의 희망이야기(12.5)
- 20-S30 제38차 청소년정책포럼 : 후기청소년 지원정책의 과제와 방향(12.17)
- 20-S31 제39차 청소년정책포럼 : 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사 주요 결과와 과제 (12.22)
- 20-S32 진로위기학생 유형별 진로교육 실천과제 성과보고회 자료집(11.27)

학 술 지

- 「한국청소년연구」 제31권 제1호(통권 제96호)
- 「한국청소년연구」 제31권 제2호(통권 제97호)
- 「한국청소년연구」 제31권 제3호(통권 제98호)
- 「한국청소년연구」 제31권 제4호(통권 제99호)

기타 발간물

- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 119호 : 대안교육 위탁교육기관의 질 제고 방안
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 120호 : 청년 핵심정책 대상별 실태 및 지원방안 연구Ⅱ :
학교 졸업예정자
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 121호 : 민간 위탁형 공립 대안학교의 운영 현황 및 발전 과제
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 122호 : 국가 미래인적자원으로서 재외동포청소년 성장과 지원
방안 연구
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 123호 : 다문화청소년의 심리·사회적응 지원방안 모색
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 124호 : 정보기술을 활용한 위기청소년 사회서비스 확충 방안
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 125호 : 미래지향적 청소년관계법 정비 방안
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 126호 : 「청년기본법」제정 전·후 정책형성의 성과와 한계,
그리고 앞으로의 과제
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 127호 : 청년예술인 지위 및 권리보장을 위한 '예술 활동 증명'
기준의 적정성 검토
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 128호 : 청년종합실태조사(안) 시행을 위한 조사 설계 방향
- NYPI Bluenote 이슈 & 정책 129호 : 정부 및 지자체 청년 정책참여 현황과 과제
- NYPI Bluenote 통계 49호 : 청소년 '일 경험' 제도 운영 실태 및 정책방안 연구Ⅱ : 대학교
실습학기제를 중심으로
- NYPI Bluenote 통계 50호 : '학교 밖 청소년'이 얼마나 있을까?
- NYPI Bluenote 통계 51호 : 청소년지도사 양성제도 관련 실태조사
- NYPI Bluenote 통계 52호 : 한국아동·청소년패널조사 2018 제2차년도 주요 조사 결과

연구에 도움을 주신 분들

◆ 자 문 협 력 진 ◆

- 김 민 (순천향대학교 · 교수)
김 영 택 (한국여성정책연구원 · 연구위원)
김 은 정 (덕성여자대학교 · 교수)
마 재 순 (한국청소년쉼터협의회 · 회장)
박 현 동 (경기북부청소년자립지원관 · 관장)
서 태 현 (청주시일시청소년쉼터 · 팀장)
신 동 숙 (부산광역시일시청소년쉼터(이동형) · 소장)
양 난 미 (경상대학교 · 교수)
오 유 미 (한국건강증진개발원 · 건강증진사업실장)
이 기 진 (前 한국소년보호협회 보호사업팀 팀장)
이 은 경 (다움심리상담센터 · 소장)
전 종 수 (의정부일시청소년쉼터 포텐 · 소장)
정 효 진 (여성가족부 청소년활동진흥과 · 전문위원)
조 규 필 (세종사이버대학교 · 부교수)
현 선 미 (서울시청소년상담복지센터 꿈드림 · 팀장)

◆ 연 구 지 원 진 ◆

- 김 신 경 (연세대학교 아동가족학과 · 석사)
안 지 선 (고려대학교 통계학과 · 박사 수료)
이 연 주 (서울여자대학교 · 석사)

연구보고 20-R16

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ: 위기청소년

인 쇄 2020년 12월

발 행 2020년 12월

발행처 한국청소년정책연구원
세종특별자치시 시청대로 370

발행인 김 현 철

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 신진

사전 승인 없이 보고서 내용의 무단 전재·복제를 금함.

구독문의 : (044) 415-2125(학술정보관)

ISBN 979-11-5654-297-1 94330

979-11-5654-296-4 (세트)



연구보고 20-R16

청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구Ⅱ: 위기청소년

 **한국청소년정책연구원**
National Youth Policy Institute

30147 세종특별자치시 시청대로370 세종국책연구단지
사회정책동(D동) 한국청소년정책연구원 6/7층
Social Policy Building, Sejong National Research Complex,
370, Sicheong-daero, Sejong-si, 30147, Korea
Tel. 82-44-415-2114 Fax. 82-44-415-2369 www.nypi.re.kr

