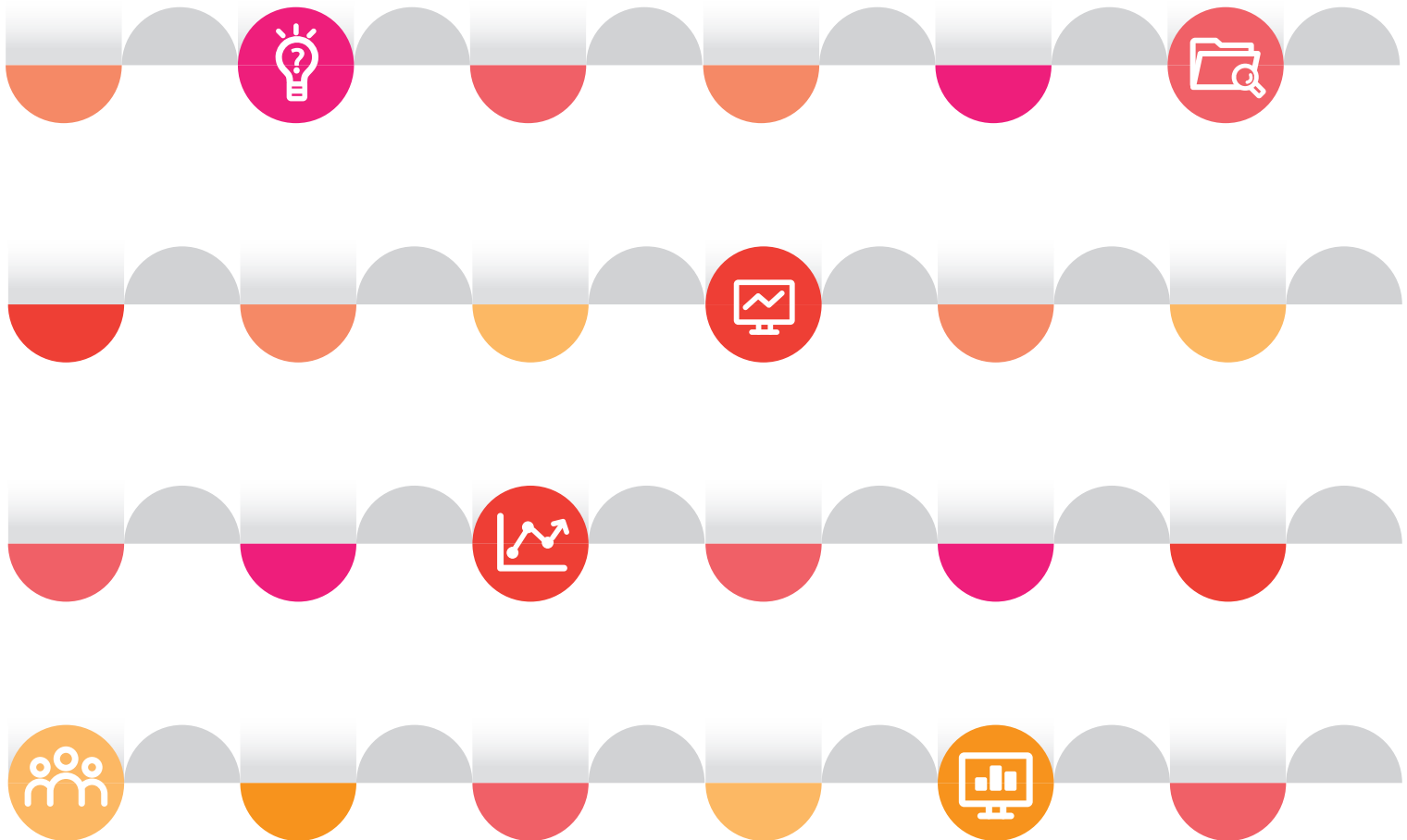


2019
전라남도 대학생
정신건강 실태조사



Contents



조사개요

1. 조사배경 및 목적	5
2. 조사내용 및 방법	6
1) 설문지 구성	6
2) 척도 구성	6



정신건강 실태조사 결과

2.1. 대학별 정신건강 실태조사 참여율	9
2.2. 응답자의 인구사회학적 특성	10
2.3. 대학생의 양극성 장애	18
2.4. 대학생의 조기정신증	21
2.5. 대학생의 우울증	23
2.6. 대학생의 주의력결핍 과잉행동장애	26
2.7. 대학생의 리질리언스와 정신건강	28
2.8. 대학생의 문제음주	29
2.9. 대학생의 스트레스 대처방식과 정신건강	31



요약 및 제언

3.1. 요약	33
3.2. 2018년 결과와 비교	34
3.3. 제언	35
참고문헌	38



별첨



I

조사개요

1. 조사배경 및 목적

우리나라를 비롯한 산업화된 나라들은 청소년기가 앞당겨지고, 성인기 과업이 성취되는 시기가 점차 늦춰지는 경향이 있다.¹⁾ 사회가 발전함에 따라 고등교육기간이 연장되어 젊은이들의 사회 진출이 늦어졌으며, 경제적 자립과 출산이 지연되었기 때문이다.²⁾

대학생은 청소년기에서 성인기로 이행하는 과도기적 시기에 놓여져 있고 인생의 가장 중요한 단계에 있는 집단이다. Arnett는 성인 진입기에는 내제된 불안정성이 존재하는데, 교육방법, 연인, 직업, 주거상황의 잦은 변화 등으로 인해 자신의 삶에서 이 시기를 매우 혼란스럽고 심란한 것으로 지각할 수 있으며, 개인에 따라 위기에 취약할 수 있다고 하였다.³⁾ 선행 연구 결과 대학생이 과도한 수준의 스트레스를 경험하여 결국 정신건강에 어려움을 겪었다.⁴⁾

정신질환은 약 50%가 10대 중후반에 첫 발병이 시작되고 약 75%가 20대 중반까지 발병한다.⁵⁾ 그러나 정신질환의 치료는 대개 몇 년이 지나서야 시작된다.⁵⁾ 정신질환은 발병 후 증상이 장기화 되면 생활영역에서의 능력저하로 사회적응의 어려움을 초래할 수 있다.⁶⁾

요약하자면, 대학생은 학업, 취업 등 발달과업 수행 중 복합적인 심리, 사회적 스트레스로 정신건강문제에 직면할 수 있고 적절한 도움과 치료를 받지 못 하면 만성정신질환으로 악화되어 개인적으로나 사회적으로 막대한 손실이 발생할 수 있다.

따라서 초기에 정신질환을 발견하고 개입하는 것은 향후 질환의 심각성을 줄이고 대학생의 사회적응을 돕는 다는 것에 의의가 있겠다.

전라남도는 2014년 10월 전라남도광역정신건강복지센터가 개소한 이래 전라남도 지역의 기초정신건강복지센터, 지역 보건소와 함께 정신보건사업을 추진해가는 과정에서 전라남도 지역 대학생의 정신건강 실태조사의 필요성을 절감했다. 전라남도광역정신건강복지센터에서는 2015년부터 ‘전라남도광역정신건강복지센터-대학(상담센터)-기초정신건강복지센터’의 네트워크를 구축하여 대학생을 상대로 정신증 고위험군 조기 발견 및 개입을 위한 사업을 실시하고 있다.

이번 2019년 전라남도 대학생 정신건강실태 조사는 2017년도, 2018년도에 이어 전라남도에 위치한 대학교 학생들의 정신건강실태를 파악하고 정신건강문제를 조기에 발견하고 예방 및 개입을 통한 지속관리, 치료연계로 대학생의 정신건강을 증진시키기 위한 목적으로 시행하였다.

2. 조사 내용 및 방법

2019년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사는 전라남도광역정신건강복지센터, 국립나주병원의 유기적인 협조 하에 이루어졌다.

2019년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사는 정신건강 캠페인에 참여한 전라남도 소재의 12개 대학교가 참여하였다. 2019년 3월부터 11월까지 해당 대학교에 재학중인 대학생을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 검사 전에 검사의 목적 및 방법에 대해 설명하였고 동의를 얻은 후 조사를 실시하였다.

1) 설문지 구성

조사 항목	문항 수	조사 내용
응답자의 기초 정보	11문항	- 성별, 연령, 본인 및 부모 결혼상태, 사회경제적 상태, 출생지, 주거상태, 흡연력, 음주력, 학년, 전공
정신건강 관련 특성	5문항	- 정신의료기관(정신건강복지센터 포함) 이용경험, 정신건강의학과에 대한 생각, 평생 자살사고 및 시도, 친구관계
기타	1문항	- 고위험군 대상자가 심층상담을 거절한 사유 (정신건강전문요원 표시 사항)
정신건강척도	100문항	- MDQ 15문항 - mKPQ-16 19문항 - CES-D 20문항 - ASRS part A 6문항 - BRS 6문항 - AUDIT 10문항 - 스트레스 대처방식 척도 24문항

MDQ, The Mood Disorder Questionnaires; mKPQ, The modified Korean version of the 16-item Prodromal Questionnaire; CES-D indicates The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; ASRS part A, Adult ADHD Self-Report Scale-Version1.1 part A; BRS, Brief Resilience Scale; AUDIT, The Alcohol Use Disorder Identification Test; 스트레스 대처방식 척도

2) 척도 구성

(1) MDQ (The Mood Disorder Questionnaires)

Mood Disorder Questionnaire (이하 MDQ)는 양극성장애를 선별하기 위해 Hirschfeld등에⁷⁾ 의해 고안된 자기 보고식 설문지로 원저자들은 기준1의 13개 문항 중 7개이상에서 '예'라고 대답하고 기준2에서 이들 증상이 동일한 시기에 나타나며, 기준3에서 이들 증상으로 인해 중증도 이상이 초래되었을 경우, 즉 3가지 기준이 모두 만족되는 경우에 양극성스펙트럼장애가 있다고 평가하였다.

(2) mKPQ (The modified Korean version of the 16-item Prodromal Questionnaire)

Modified Korean version of the 16-item Prodromal Questionnaire (이하mKPQ)는 조기정신증의 위험을 측정하는 자기보고식 평가 척도 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire⁸⁾를 한국어로 번안 후 보완한 것이다.⁹⁾

PQ-16은 환각/지각이상 9문항, 사고장애 5문항, 음성증상 2문항의 총 16문항으로 구성되어 있다. 지각이상 문항에 비해 인지증상과 관계사고 항목이 부족해 이를 보완하기 위해 ESI (Eppendorf Schizophrenia Inventory)의 4번(관계사고), 8번(관계사고), 32번(주의 및 언어 결핍)을 추가하여 총 19문항의 mKPQ-16을 구성하였다. 해당 증상이 있는지 여부에 따라 “예/아니오”중 표시하고 ‘예’라고 답하여 해당 증상이 있는 경우 해당 경험이 얼마나 힘들었는지에 따라 ‘없음’부터 ‘심함’까지 4점 척도로 고통의 정도를 표시한다. ‘예’라고 답한 항목 개수인 항목 총점 (0~19/19점)과 고통점수 총점(0~76/76점)을 산출한다. 국내 표준화 연구 결과 19문항의 mKPQ-16의 7문항 이상 ‘예’라고 답한 경우를 절단점으로 삼아 선별하는 것이 가장 적절한 것으로 생각된다.⁹⁾ 본 조사에서도 mKPQ 항목 총점 7점 이상일 경우 조기정신증의 위험이 있다고 평가하였다.

(3) CES-D (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, 한국어판)

우울증상은 미국 정신보건 연구원에서 개발한 The center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale의 한국어판을 활용하여 평가하였다. CES-D는 우울한 기분, 죄책감 혹은 무가치감, 무희망감, 정신운동성 지체, 식욕 저하 및 수면 장애 등의 여섯 가지 우울증의 전형적인 증상에 대해 지난 1주간의 빈도 및 중증도를 평가하는 설문으로서, 우울증의 심리적, 정서적 요소를 강조한다.¹³⁾ CES-D 한국어판 타당도 조사 연구에서 21점 이상의 절단점은 95.7%의 민감도, 69.5%의 특이도를 보였으며, 일반인을 대상으로 임상적으로 유의한 우울증상을 일차적으로 선별하는 이상적인 절단점으로 제안되었다.¹⁴⁾ 따라서 본 조사에서도 CES-D 총점이 21점 이상인 경우에 임상적으로 유의한 우울증상을 보이는 집단으로 정의하였다.

(4) ASRS-v1.1 (The Adult ADHD Self-Report Scale-Version 1.1)

한국판 Adult ADHD Self-Report Scale-Version1.1(이하ASRS-v1.1)는 DSM-IV 진단기준에 의거하여 ADHD증상을 측정하기 위해 세계보건기구(World Health Organization)에서 개발한 자기보고식 척도로¹⁰⁾ 김지혜, 이은호, 정유숙이 이를 번안하여 표준화 하였다.¹¹⁾ 전체 18개 문항은 파트 A의 6 문항과 파트 B의 12문항으로 나뉜다.¹²⁾ 파트 A의 문항은ADHD를 가장 잘 예측할 수 있는 항목으로서 선별도구로 사용하기에 적합하며, 파트 B는 증상에 대한 추가 단서를 제공하여 정밀한 탐색을 가능하게 해주지만 성인 ADHD의 진단 가능성과는 무관하다. 따라서 본 연구에서는 파트 A의 6문항을 사용하였다. 이 척도는 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’부터 ‘매우 자주 그렇다(4점)’까지 5점 Likert 척도로 평정한다.

(5) BRS (Brief Resilience Scale)

리질리언스(resilience, 신경 탄력성, 심리 회복력)는 삶의 역경을 극복하고 스트레스 이전의 적응 수준으로 회복하게 하는 힘 또는 능력으로 정의되며, 반대 개념은 취약성(vulnerability)이다.¹³⁾ 이러한 리질리언스는 회복, 저항, 재구성의 개념으로 구성된다. 단축형 리질리언스 척도(Brief Resilience Scale; 이하BRS)¹⁴⁾는 6개의 질문으로 이루어진 간단한 척도이며, 한국판 척도가 개발 중 (한창수, 허유정 등)에 있다. 3개의 질문(질문 1, 3, 5)은 긍정적인 질문이며, 3개의 질문(질문 2, 4, 6)은 부정적인 질문이다. 각 1~5점을 부여하고, 부정적인 질문의 점수는 역으로 하여 합산한다. 총점이 높을수록 높은 리질리언스를 반영한다.

(6) AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

음주 실태를 파악하기 위해 알코올사용장애검사(Alcohol Use Disorder Identification Test; 이하 AUDIT)를 사용하였는데, 이는 WHO에서 개발한 도구¹⁵⁾로 간편하면서도 감별능력이 우수하여 국내외 널리 이용되고 있다. AUDIT는 총 10문항으로 지난 1년간 경험한 음주 수요, 알코올 의존, 음주 관련 문제로 구성되며 점수의 범위는 0-40점이다. 국내에서는 절단점 12점으로 12점 이상은 신체적 문제를 포함하고 있는 광범위한 의미의 '문제 음주자'로, 15점 이상은 DSM-IV에서 정의하는 '알코올 사용장애', 26점 이상은 DSM-IV에서 정의하는 '알코올 의존'을 의미한다. 본 연구에서는 12점 이상을 문제음주로 정의하였다.¹⁶⁾

(7) 스트레스 대처방식 척도

스트레스 대처방식 척도는 Lazarus와 Folkman¹⁷⁾이 제작한 대처방식척도(Way of Coping Checklist)를 김정희¹⁸⁾가 요인 분석 과정을 거쳐서 만든 스트레스 대처 방식척도를 사용하였다. 총 24문항은 적극적 스트레스 대처, 소극적 스트레스 대처인 2가지 하위 척도로 구성되며 각 하위척도는 12문항씩 구성되어 있다. 각 문항에 대한 응답은 '전혀 사용하지 않음(1점)'에서 '아주 많이 사용함(4점)'까지 Likert 4점 척도로 구성되어 있다. 따라서 각 차원마다 12점에서 48점 사이에 분포된다. 각 하위척도에서 높은 점수는 측정된 차원의 스트레스 대처 성향이 높음을 의미한다.

II

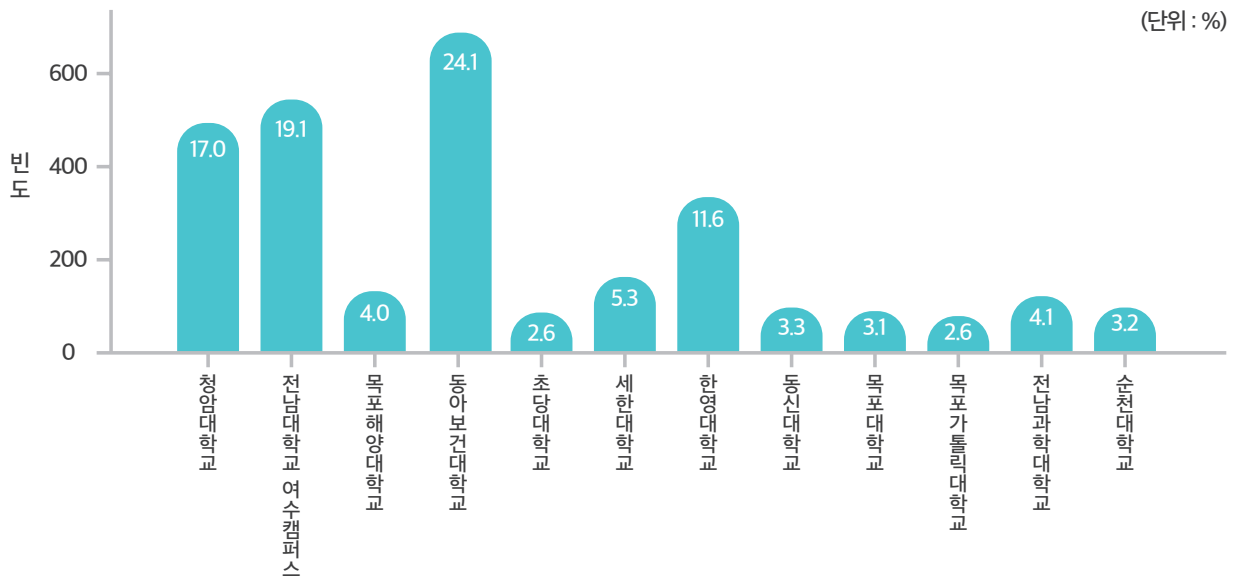
정신건강 실태조사 결과

2.1. 대학별 정신건강실태조사 참여율

대학생 정신건강 캠페인에 참여한 전라남도 12개 대학의 정신건강실태조사 참여율을 표1에 제시하였다. 정신건강실태 조사에 응답하고 개인정보제공동의서에 동의한 대상자는 총 2,844명이며, 청암대학교 484명(17.0%), 전남대학교 여수캠퍼스 544명(19.1%), 목포해양대학교 113명(4.0%), 동아보건대학교 684명(24.1%), 초당대학교 74명(2.6%), 세한대학교 152명(5.3%), 한영대학교 329명(11.6%), 동신대학교 93명(3.3%), 목포대학교 89명(3.1%), 목포가톨릭대학교 75명(2.6%), 전남과학대학교 116명(4.1%), 순천대학교 91명(3.2%)이 실태조사에 참여하였다.

<표1> 대학별 정신건강실태조사 참여율

구분	빈도(%)
청암대학교	484(17.0)
전남대학교 여수캠퍼스	544(19.1)
목포해양대학교	113(4.0)
동아보건대학교	684(24.1)
초당대학교	74(2.6)
세한대학교	152(5.3)
한영대학교	329(11.6)
동신대학교	93(3.3)
목포대학교	89(3.1)
목포가톨릭대학교	75(2.6)
전남과학대학교	116(4.1)
순천대학교	91(3.2)
합계	2,844(100)



<그림1> 참여 대학교

2.2. 응답자의 인구사회학적 특성

조사에 참여한 대학생의 인구사회학적분포는 표2에 제시하였다. 조사대상자는 총 2,844명으로 남자 1,234명(43.4%) 여자 1,610명(56.6%)으로 여자의 참여율이 더 높았다.

대상자의 평균나이는 21.7 ± 6.2 세였고 24세 이하가 88.8%였다. 남자의 평균 나이는 21.3 ± 5.3 세, 여자의 평균나이는 22.0 ± 6.8 세로 여자의 나이가 더 많았다($p=0.006$). 결혼상태에서 본인은 기혼 215(7.7%)이고, 부모님은 기혼이 2,366명(84.4%)로 나타났다. 가족의 주관적 사회/경제적 상태에 대한 응답에서는 상 261명(9.3%), 중 2,159명(77.2%), 하 376명(13.4%)이었다.

주거 상태는 가족과 함께 거주하는 대상자가 1,611명(58.0%), 독립생활을 하는 대상자가 1,166명(42.0%)이었다. 대상자 중 비음주자는 354명(12.2%), 음주자는 2,477명(87.8%)으로 대다수의 대상자가 음주를 하고 있었다. 대상자 중 현재 비흡연자는 2,270명(80.8%), 흡연자는 539명(19.2%)이었다.

학년은 1학년 1,927명(68.7%), 2학년 494명(17.6%), 3학년 259명(9.2%), 4학년 123명(4.4%)으로 1학년 학생의 참여 비율이 높았다. 전공은 인문사회계열 368명(13.1%), 사범계열 148명(5.3%), 이공계열 967명(34.5%), 의/약학계열 1,125명(40.2%), 예체능계열 192명(6.9%)이었다.

조사에 참여한 대학생의 정신건강의학 관련 특성과 정신건강척도의 평균점수는 표3에 제시하였다. 정신의료기관 이용 경험에 대해 평가한 결과 '정신의료기관을 이용한 경험이 없다'고 응답한 사람은 2,653명(93.9%), '있다'고 응답한 사람은

171명(6.1%)으로 실제 정신의료기관을 이용한 사람은 일부에 불과했다.

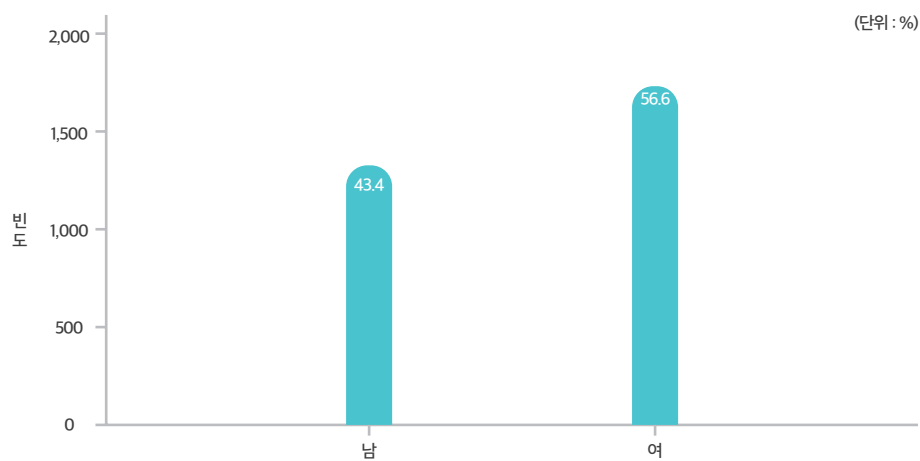
정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각에 대한 질문에 ‘건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다’라고 응답한 사람은 966명(34.8%), ‘문제가 있다면 받고 싶다’라고 응답한 사람은 1,116명(40.2%), ‘문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 499명(18.0%), ‘절대로 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 194명(7.0%)이었다.

과거부터 지금까지 자살에 대해 생각해 본 적이 있는지(이하; 평생 자살사고)를 물었을 때 ‘있다’고 응답한 사람은 629명(22.3%), ‘없다’고 응답한 사람은 2,197명(77.7%)이었다. 과거부터 지금까지 자살시도, 미수, 자해 경험(이하; 평생 자살시도)에 대해 물었을 때 ‘있다’고 응답한 사람은 122명(4.3%), ‘없다’고 응답한 사람은 2,704명(95.7%)이었다.

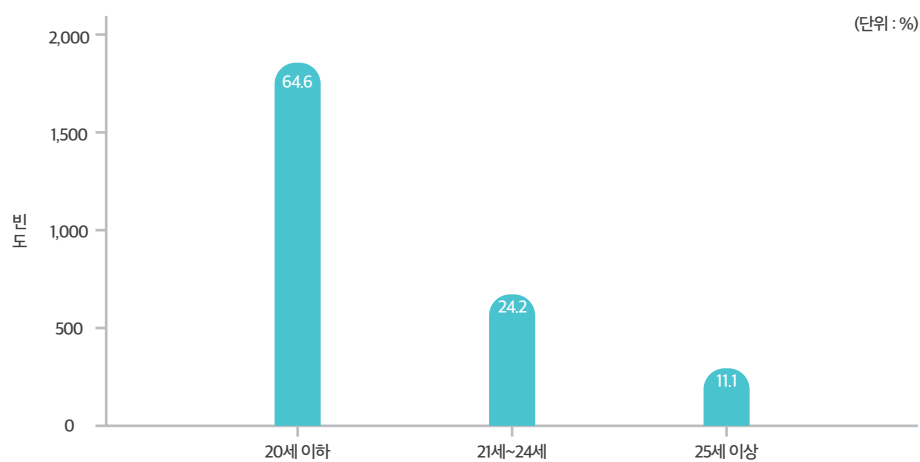
‘마음을 터놓을 수 있는 친구가 있다’고 응답한 사람은 2,699명(96.0%), ‘없다’고 응답한 사람은 112명(4.0%)이었다.

<표2> 인구사회학적 특성

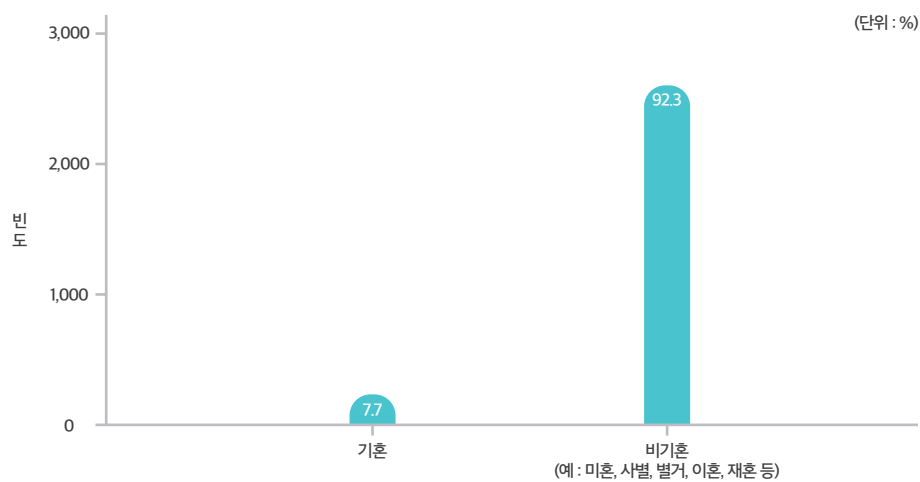
N=2,844		
	구 분	명(%)
성별(n=2,844)	남	1,234(43.4)
	여	1,610(56.6)
연령(n=2,814)	20세 이하	1,819(64.6)
	21세~24세	682(24.2)
	25세 이상	313(11.1)
본인 결혼상태(n=2,804)	기혼	215(7.7)
	기타(미혼, 사별, 이혼, 재혼, 별거 등)	2,589(92.3)
부모 결혼상태(n=2,802)	기혼	2,366(84.4)
	기타(미혼, 사별, 이혼, 재혼, 별거 등)	436(15.6)
사회경제적 상태(n=2,796)	상	261(9.3)
	중	2,159(77.2)
	하	376(13.4)
출생지(n=2,795)	대도시	830(29.7)
	중소도시	1,498(53.6)
	농어촌	467(16.7)
주거상태(n=2,777)	가족과 함께 거주	1,611(58.0)
	독립생활(자취 등 포함)	1,166(42.0)
현재 음주유무(n=2,822)	비음주자	345(12.2)
	음주자	2,477(87.8)
현재 흡연유무(n=2,809)	현재 비흡연자	2,270(80.8)
	현재 흡연자	539(19.2)
학년(n=2,803)	1학년	1,927(68.7)
	2학년	494(17.6)
	3학년	259(9.2)
	4학년	123(4.4)
전공(n=2,800)	인문사회계열	368(13.1)
	사범계열	148(5.3)
	이공계열	967(34.5)
	의/약학계열	1,125(40.2)
	예체능계열	192(6.9)



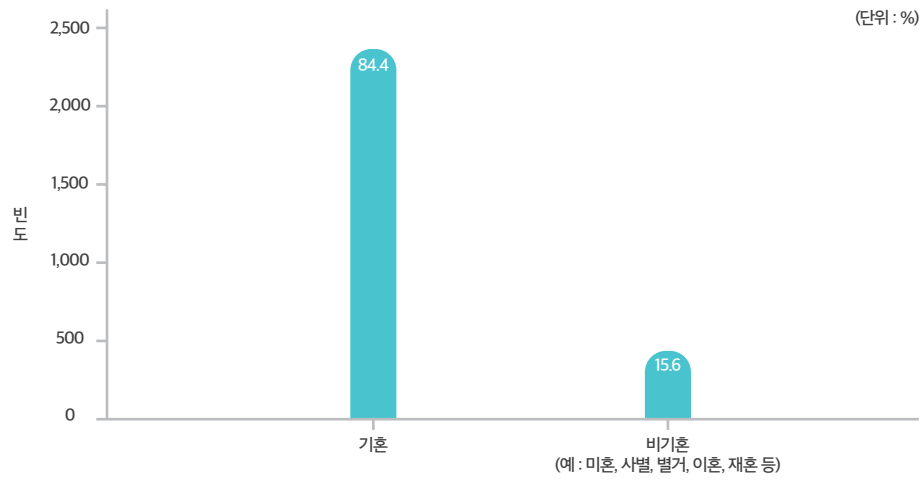
<그림 2> 성별



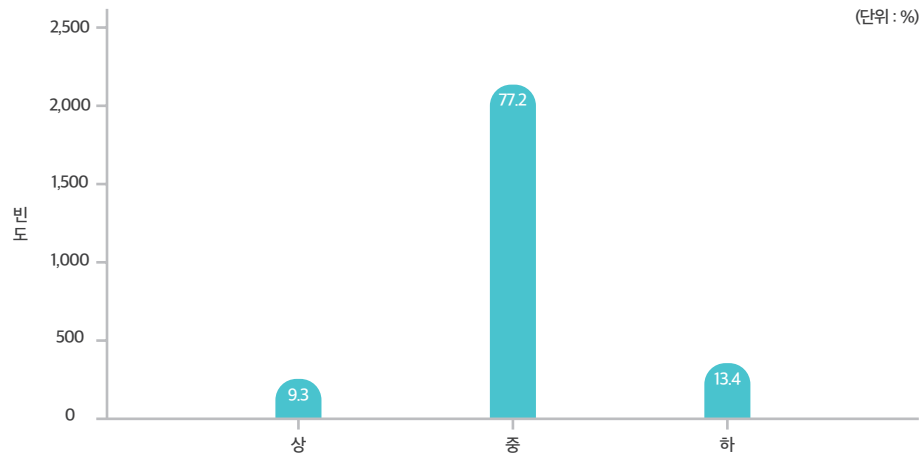
<그림 3> 연령



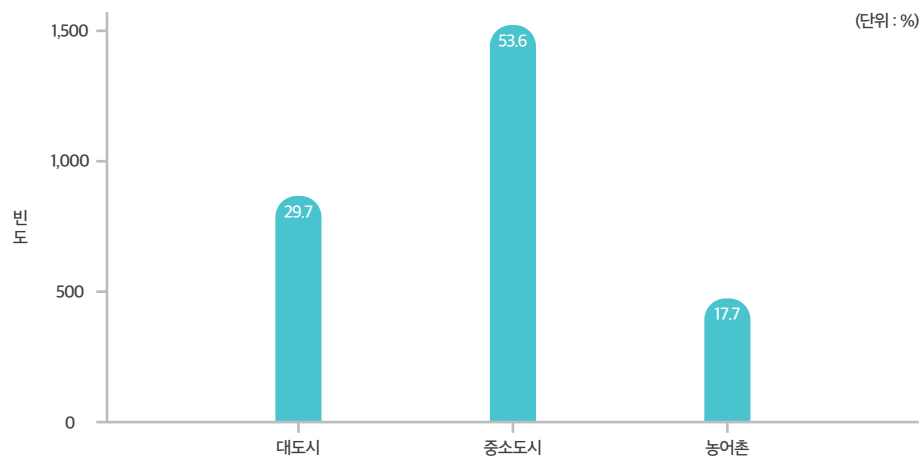
<그림 4> 본인의 결혼상태



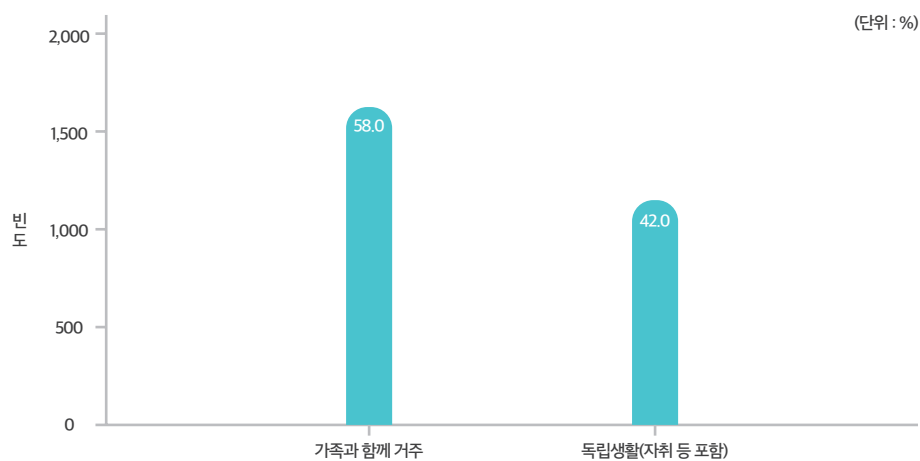
<그림 5> 부모님의 결혼상태



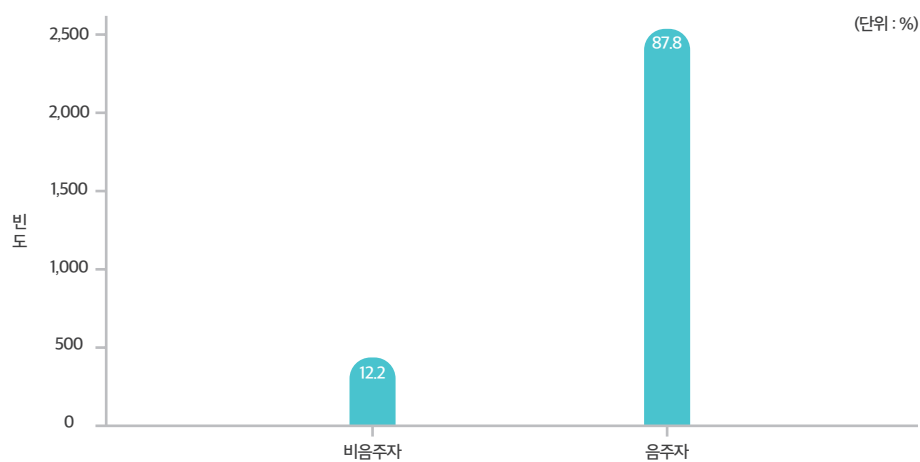
<그림 6> 사회적경제상태



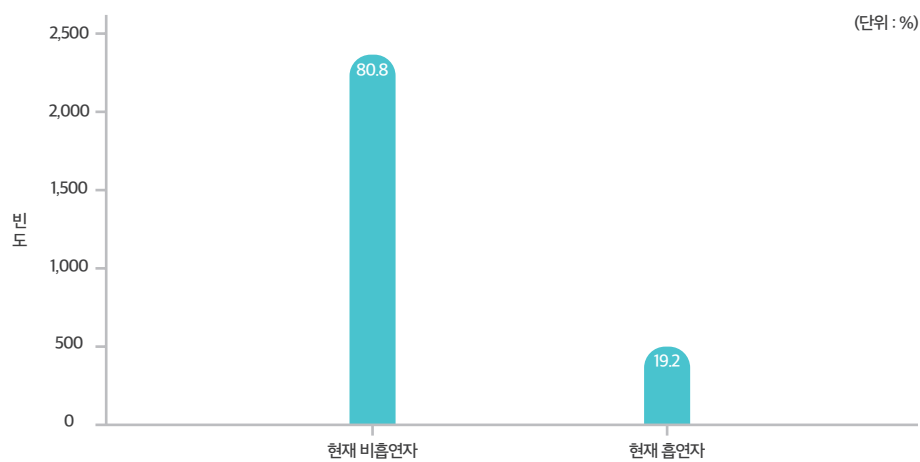
<그림 7> 출생지



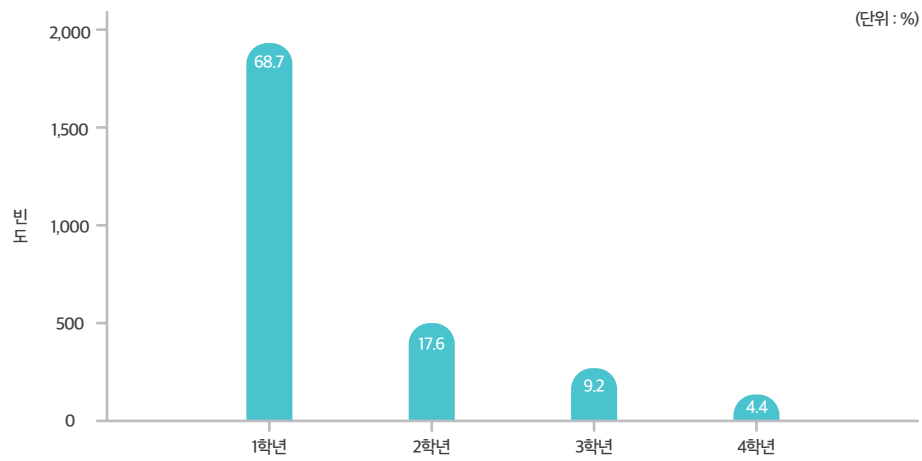
<그림 8> 주거상태



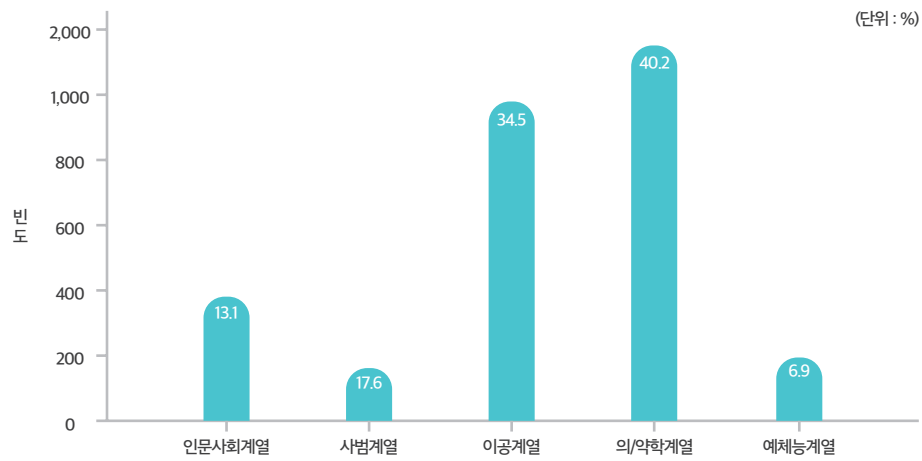
<그림 9> 현재임주유무



<그림 10> 현재흡연유무



<그림 11> 학년

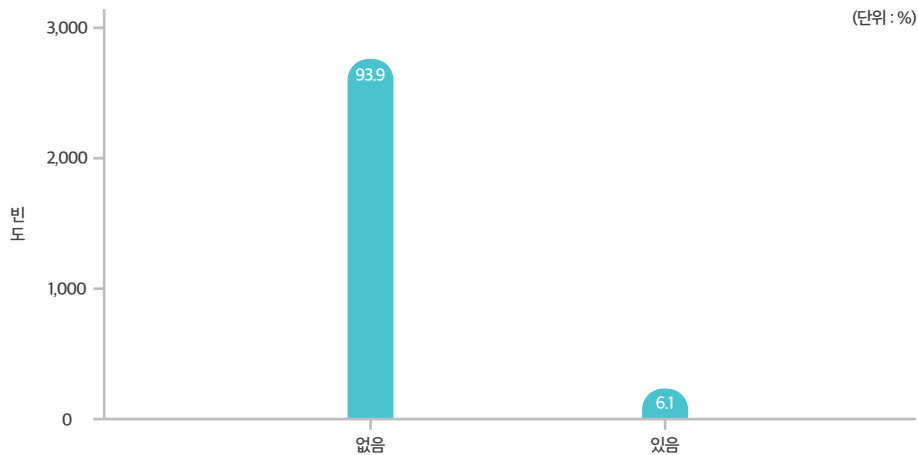


<그림 12> 전공

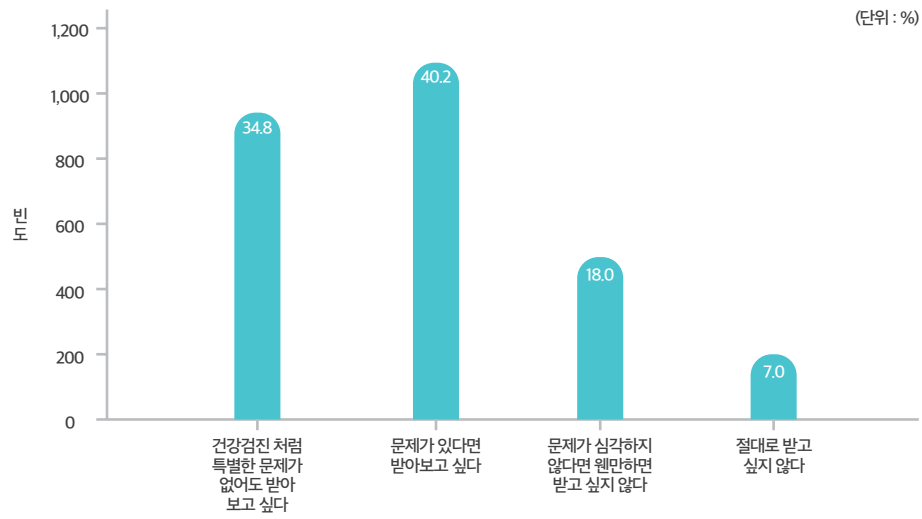
<표3> 정신건강의학 관련 특성

N=2,844

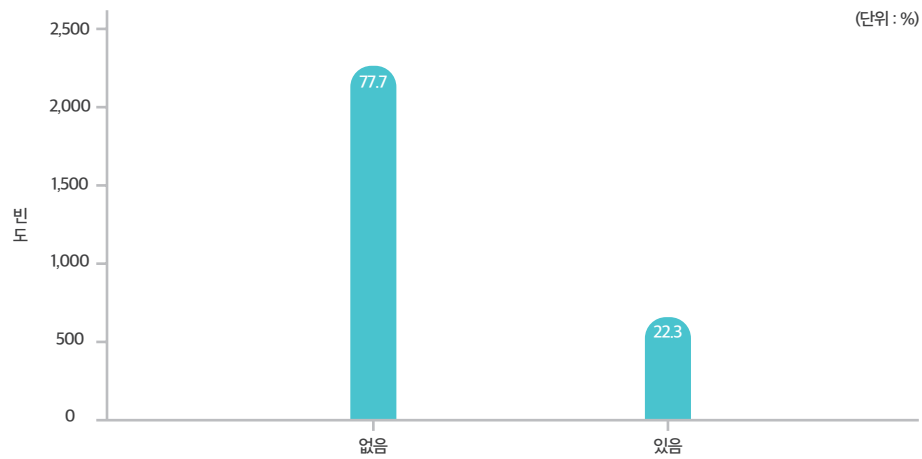
	구 분	명(%)
정신의료기관 이용경험 (n=2,824)	없음	2,653(93.9)
	있음	171(6.1)
정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각 (n=2,775)	건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다	966(34.8)
	문제가 있다면 받고 싶다	1,116(40.2)
	문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다	499(18.0)
	절대로 받고 싶지 않다	194(7.0)
평생 자살사고 유무 (n=2,826)	없음	2,197(77.7)
	있음	629(22.3)
평생 자살시도 유무 (n=2,826)	없음	2,704(95.7)
	있음	122(4.3)
마음을 터 놓을 수 있는 친구 (n=2,811)	없음	112(4.0)
	있음	2,699(96.0)
정신건강척도		
MDQ part 1		5.4±3.5
mKPQ		2.4±2.6
CES-D		9.4±8.7
ASRS part A		6.3±4.1
BRS		20.4±4.5
AUDIT		7.8±6.1
Stress 적극적 대처		29.2±6.1
Stress 소극적 대처		28.4±5.7



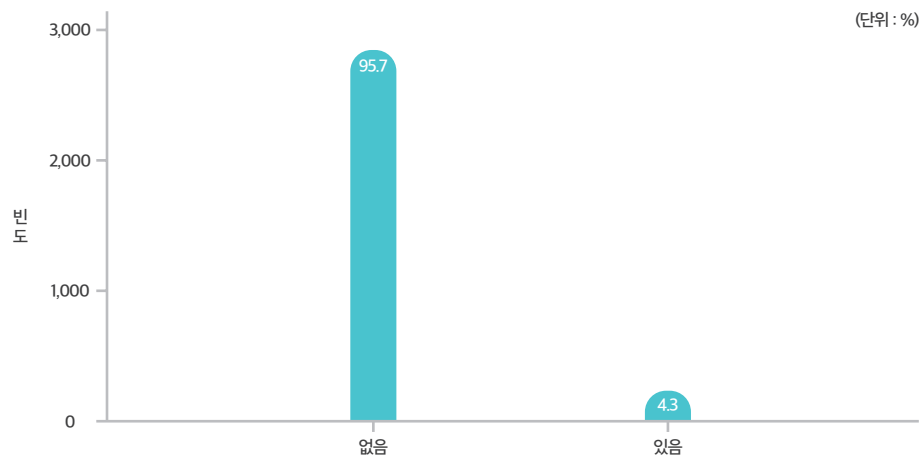
<그림 13> 정신의료기관 이용경험



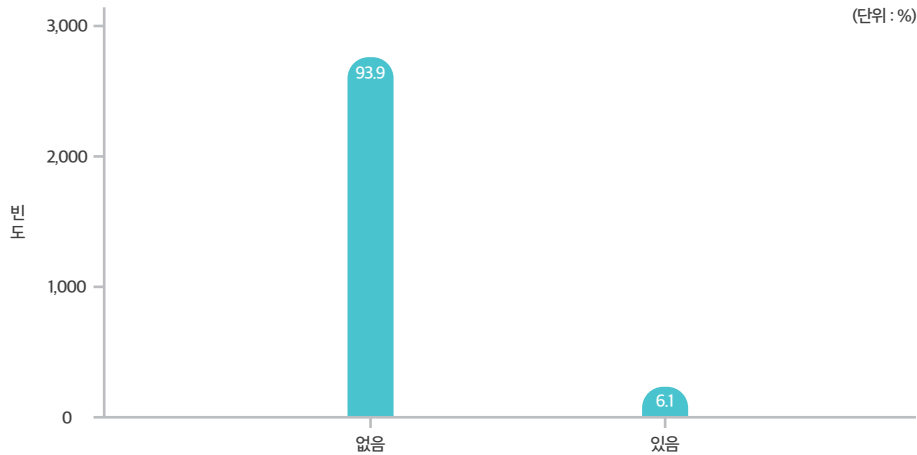
<그림 14> 정신과에 대한 생각



<그림 15> 평생 자살 사고



<그림 16> 평생 자살 시도



<그림 17> 마음을 터놓을 수 있는 친구

2.3. 대학생의 양극성 장애

양극성 장애는 삶의 질의 저하와 직업기능의 손상을 일으킬 수 있는 기분장애로서, 비교적 만성적인 경과를 보이며¹⁹⁾ 단극성 우울증보다 재발률이 높고 삽화사이의 기간도 짧다. 양극성 장애 환자의 약 25~50%가 자살을 시도하며 15~19%의 자살률을 보인다.²⁰⁾ 또한 물질남용의 위험이 높으며 다양한 사회, 직업적 기능의 장애를 초래한다.^{21, 22)}

양극성 장애는 10대 후반부터 20대 초반에 발병하여 진행하기 때문에 이를 조기에 진단하고 치료하는 것은 매우 중요하다.^{23, 24)} Mood Disorder Questionnaire (이하 MDQ)는 양극성장애를 선별하기 위해 Hirschfeld등에⁷⁾ 의해 고안된 자기보고식 설문지로 원저자들은 기준1의 13개 문항 중 7개이상에서 '예'라고 대답하고 기준2에서 이들 증상이 동일한 시기에 나타나며, 기준3에서 이들 증상으로 인해 중증도 이상이 초래되었을 경우, 즉 3가지 기준이 모두 만족되는 경우에 양극성스펙트럼장애가 있다고 평가하였다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 MDQ 기준 1, 2, 3을 모두 만족하여 양극성스펙트럼장애로 평가된 학생수는 총 35명 (1.4%)였다. 정상군과 양극성스펙트럼 장애군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표4.1에 제시하였다.

양극성 스펙트럼 장애군과 정상군을 비교했을 때 남녀의 비율, 평균나이, 인터넷, 스마트폰 평균 사용시간, 평균나이, 출생지, 주거상태, 부모의 결혼상태, 사회경제상태, 학년, 전공의 차이는 없었다. 한편, 양극성 스펙트럼 장애군과 정상군에서 음주 및 흡연 유무, 친구관계, 평생 자살사고 및 시도 유무, 정신의료기관 이용 경험이 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

양극성 스펙트럼 장애군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표4.2.에 제시하였다. 양극성 스펙트럼 장애군에서 CES-D, mKPQ 항목 총점, ASRS-v1.1 점수가 정상군에 비해 유의미하게 높았고 BRS 점수는 유의미하게 낮았다. AUDIT 점수는 두 군간 유의미한 차이는 없었다. 양극성 스펙트럼 장애군의 스트레스 대처방식을 살펴보면 정상군과 비교했을 때 적극적 스트레스 대처 성향과 소극적 스트레스 대처 성향 모두 차이가 없었다.

<표4.1.>양극성스펙트럼장애군과 정상군의 인구사회학적 특성비교

구분	정상군 (n=2,508)	양극성스펙트럼장애군 (n=35)	χ^2/t	p value
성별			0.31	0.577
남자	1,100(98.5)	17(1.5)		
여자	1,408(98.7)	18(1.3)		
나이(세)	21.6±6.1	20.9±2.1	0.63	0.528
인터넷사용시간(시간)	1.8±1.9	2.3±2.2	-1.40	0.162
스마트폰사용시간(시간)	4.7±3.0	5.5±5.2	-0.97	0.337
출생지			1.14	0.567
대도시	735(98.7)	10(1.3)		
중소도시	1,335(98.7)	17(1.3)		
농어촌	401(98.0)	8(2.0)		
주거상태			3.03	0.082
가족과 함께 거주	1,411(98.9)	15(1.1)		
독립생활	1,042(98.1)	20(1.9)		
현재 음주유무			3.92	0.048
비음주자	297(97.4)	8(2.6)		
음주자	2,200(98.8)	27(1.2)		
현재 흡연유무			6.08	0.009
비흡연자	1,997(98.9)	22(1.1)		
흡연자	483(97.4)	13(2.6)		
본인의 결혼상태			0.99	0.320
기혼	179(99.4)	1(0.6)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	2,298(98.5)	34(1.5)		
부모의 결혼상태			0.48	0.489
기혼	2,088(98.7)	28(1.3)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	389(98.2)	7(1.8)		
사회경제적 상태			0.65	0.724
상	230(98.3)	4(1.7)		
중	1,906(98.7)	25(1.3)		
하	334(98.2)	6(1.8)		
마음을 터 놓고 이야기할 수 있는 친구관계			15.88	<0.001
없음	95(94.1)	6(5.9)		
있음	2,386(98.8)	29(1.2)		
평생 자살사고 유무			15.78	<0.001
없음	1,923(99.1)	17(0.9)		

있음	570(96.9)	18(3.1)		
평생 자살시도 유무			14.23	<0.001
없음	2,389(98.8)	28(1.2)		
있음	106(94.6)	6(5.4)		
정신의료기관 이용 경험			56.78	<0.001
없음	2,344(99.1)	22(0.9)		
있음	147(91.9)	13(8.1)		
학년			3.72	0.294
1학년	1,692(98.9)	19(1.1)		
2학년	436(97.8)	10(2.2)		
3학년	227(98.7)	3(1.3)		
4학년	119(99.2)	1(0.8)		
전공			1.38	0.848
인문사회계열	337(98.8)	4(1.2)		
사범계열	132(99.2)	1(0.8)		
이공계열	851(98.3)	15(1.7)		
의/약학계열	978(98.7)	13(1.3)		
예체능계열	175(98.9)	2(1.1)		

<표 4.2> 양극성스펙트럼장애군과 정상군의 정신건강척도 비교

척도	정상군 (n=2,508)	양극성스펙트럼장애군 (n=35)	t	p value
CES-D	9.43±8.51	24.79±15.96	-5.60	<0.001
mKPQ항목총점	2.47±2.60	6.50±4.80	-4.89	<0.001
ASRS-v1.1	6.41±4.05	11.51±4.97	-7.37	<0.001
AUDIT	8.03±6.08	9.66±8.18	-1.17	0.250
BRS	20.39±4.41	16.63±5.17	4.99	<0.001
stress 적극적대처	29.20±6.03	29.49±5.45	-0.28	0.778
stress 소극적대처	28.54±5.62	29.71±4.72	-1.22	0.221

2.4. 대학생의 조기정신증

정신증(psychosis)은 심각하지만 치료가 가능한 질환이고 지각, 사고, 감정, 믿음, 행동의 변화를 특징으로 한다.²⁵⁾ 또한 정신증은 발병할 경우 그 경과가 만성적이고 개인 뿐 아니라 그 가족, 사회적인 손실이 큰 질환이다. 따라서 정신증을 보다 일찍 진단하여 예후를 향상시키는 2차적 예방과 발병이전의 전구기 상태에서 발견하여 급성기로의 전환을 막는 1차적 예방에 대한 관심이 세계적으로 높다.²⁶⁾ 이에 관심의 대상이 되는 정신증의 초기, 즉 발병 전 전구기 기간과 첫 발병 정신증(first-onset psychosis)의 초기를 아우르는 개념으로 ‘조기정신증(Early psychosis)’이라는 용어가 1990년대 초반부터 사용하기 시작했다.²⁶⁾

조기정신증을 한마디로 정의하기는 매우 어려우나 조기 정신증은 여러 가지 원인들의 상호작용에 의한 결과로서 일종의 증후군으로 보는 것이 바람직하다.²⁷⁾ Birchwood 등은 조기 정신증을 정신병으로 확진 될 만한 상태는 아니지만 인지와 지각 방식에 변화를 일으키고, 상황에 맞지 않는 말이나 행동을 하는 전구기를 포함하여 정신병적 증상이 확연히 드러난 시점 이후 최대 5년으로 정의하였다. 이 5년을 문헌에서는 결정적 시기(critical period)라고 하는데, 이 시기가 치료적으로 매우 중요한 시기라는 가설에 기반을 두고 있으며 이러한 사실은 조기 정신증 개입의 이론적 근거로 작용한다.²⁸⁾

정신증의 고위험군 시기에 정신병적 상태로의 이환을 최대한 예방하고자, 조기에 나타날 수 있는 조기 경고 징후(early warning sign)를 인식하고 이들을 발견해서 개입하는 것은 매우 중요하다.²⁹⁾ 정신병 이전 단계의 개입을 통하여 정신병의 이행과는 관계 없이 정신병 발병이전에 점차 악화되어 가는 이들의 사회적 위축, 기능 장애, 및 주관적 고통을 다루어 줄 수 있다. 지지적이고 편안한 환경에서 치료적 관계를 형성을 통하여 향후 치료를 하게 되더라도 좀 더 쉽게 수용하고, 정신병이 발병할 경우 조기발견 및 정신병 미치료기간(DUP : Duration of Untreated Psychosis) 최소화, 그 시기 발달과업의 붕괴를 최소화 할 수 있으며, 정신사회학적 외상이나 스트레스를 줄이고 회복을 극대화할 수 있는 잠재적 이익이 있다.²⁹⁾ 본 연구에서는 조기정신증의 위험 유무를 평가하고자 mKPQ의 항목총점을 이용하였다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총 221명(7.9%)이 mKPQ 절단점 7점 이상으로 조기정신증 위험군이었다. 조기정신증 위험군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표 5.1.에 제시하였다. 조기정신증 위험군은 정상군과 비교했을 때 평균 나이가 낮았고 평균인터넷 사용시간과 스마트폰 사용시간은 더 길었다. 친구관계, 평생 자살 사고 및 시도, 정신의료기관이용 경험, 전공에 따른 조기정신증 위험군 비율이 유의한 차이를 보였다. 마을을 터 놓을 수 있는 친구가 없는 경우, 평생 자살 사고나 자살시도가 있었던 경우, 정신의료기관 이용경험이 있는 군에서 조기정신증 위험군 비율이 높았다.

조기정신증 위험군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표 5.2.에 제시하였다. 본 조사 결과 조기정신증 위험군에서 정상군에 비해 CES-D, MDQ, ASRS-v1.1, AUDIT, stress 소극적대처 점수가 유의미하게 높았고 BRS 점수는 낮았다. 조기정신증 위험군의 스트레스 대처방식을 살펴보면 적극적 스트레스 대처 성향의 차이는 없었지만 소극적 스트레스 대처 성향이 높았다.

<표 5.1.> 조기정신증 위험군과 정상군의 인구사회학적 특성 비교

구분	정상군 (n=2,583)	조기정신증위험군 (n=221)	χ^2/t	p value
성별			0.08	0.777
남자	1,120(92.0)	98(8.0)		
여자	1,463(92.2)	123(7.8)		
나이(세)	21.8±6.3	20.7±4.6	3.18	0.002
인터넷사용시간(시간)	1.8±1.8	2.6±2.5	-4.45	<0.001
스마트폰사용시간(시간)	4.6±3.0	5.5±4.0	-3.32	0.001
출생지			5.63	0.060
대도시	750(91.4)	71(8.6)		
중소도시	1,379(93.2)	100(6.8)		
농어촌	413(90.2)	45(9.8)		
주거상태			3.60	0.058
가족과 함께 거주	1,477(93.0)	112(7.0)		
독립생활	1,048(91.0)	104(9.0)		
현재 음주유무			0.30	0.584
비음주자	314(92.9)	24(7.1)		
음주자	2,256(92.0)	195(8.0)		
현재 흡연유무			0.87	0.352
비흡연자	2,070(92.3)	172(7.7)		
흡연자	482(91.1)	47(8.9)		
본인의 결혼상태			3.05	0.081
기혼	202(95.3)	10(4.7)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	2,348(91.9)	206(8.1)		
부모의 결혼상태			0.12	0.732
기혼	2,151(92.0)	187(8.0)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	394(92.5)	32(7.5)		
사회경제적 상태			5.08	0.079
상	232(90.3)	25(9.7)		
중	1,977(92.7)	156(7.3)		
하	331(89.7)	38(10.3)		
마음을 터 놓고 이야기할 수 있는 친구관계			37.65	<0.001
없음	85(76.6)	26(23.4)		
있음	2,467(92.7)	195(7.3)		
평생 자살사고 유무			75.73	<0.001
없음	2,050(94.5)	119(5.5)		
있음	519(83.8)	100(16.2)		
평생 자살시도 유무			42.19	<0.001
없음	2,478(92.8)	191(7.2)		
있음	91(76.5)	28(23.5)		
정신의료기관 이용 경험			49.82	<0.001
없음	2,436(93.0)	184(7.0)		
있음	129(77.7)	37(22.3)		
학년			4.58	0.206
1학년	1,753(92.2)	148(7.8)		
2학년	451(92.6)	36(7.4)		
3학년	234(92.1)	20(7.9)		
4학년	107(87.0)	16(13.0)		
전공			16.94	0.002
인문사회계열	315(86.8)	48(13.2)		
사범계열	136(91.9)	12(8.1)		
이공계열	888(92.6)	71(7.4)		
의약학계열	1,032(93.3)	74(6.7)		
예체능계열	174(93.0)	13(7.0)		

<표5.2.> 조기정신증 위험군과 정상군의 정신건강척도 특성비교

척도	정상군 (n=2,583)	조기정신증위험군 (n=221)	t	p value
CES-D	8.41±7.66	19.96±11.55	-14.50	<0.001
MDQ	5.07±3.44	8.80±2.55	-20.07	<0.001
ASRS-v1.1	5.89±3.91	10.42±4.40	-16.25	<0.001
AUDIT	7.72±5.93	9.37±7.12	-3.32	0.001
BRS	20.70±4.32	17.21±4.87	11.33	<0.001
stress 적극적대처	29.11±6.16	29.79±5.98	-1.57	0.116
stress 소극적대처	28.19±5.71	31.07±5.35	-7.23	<0.001

2.5. 대학생의 우울증

대학생은 청소년기에서 성인기로 이행하는 과도기적 단계이며 인생의 가장 중요한 단계에 있는 집단이다. 이 시기에 대학생은 새로운 환경에 적응, 대인관계, 경쟁, 학업 어려움, 재정적 스트레스, 중요한 결정에 대한 갈등 등의 문제에 직면하게 된다. 이로 인해 많은 학생이 불안을 경험하고 일부 학생은 우울해진다.³⁰⁾ 우울장애는 대학생들에게 흔한 건강 문제 중 하나이며, 사회적, 직업적기능이나 대인관계의 어려움 등 다양한 영역에서 문제를 야기하며 휴학이나 자살과 같은 심각한 결과의 위험 요인이기도 하다.³¹⁾ 미국의 경우 대학생을 대상으로 2004년에 실시되었던 국립대학건강평가(National College Health Assessment: NCHA)에 따르면 주요우울증의 1년 유병률이 18.9%에 이르러 우울장애가 가장 흔한 정신질환으로 보고되었다.³²⁾ 대학생의 정신건강에 대한 관심을 고취시키고 고위험군 조기 발견과 개입을 위해서 우울증상 유병률과 관련 요인을 살펴보는 것은 필수적이라고 할 수 있다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총 305명(10.9%)이 절단점 21점 이상의 임상적으로 유의한 우울증상을 보였다. 우울군 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표6.1.에 제시하였다.

남자 96명(7.9%), 여자 209명(13.2%)으로 여자에서 우울증상 비율이 유의미하게 높았다. 한편, 우울군과 정상군에서 평균나이, 출생지, 음주유무, 본인의 결혼상태, 전공 등은 통계적으로 차이를 보이지 않았다. 우울군에서 평균 인터넷 사용시간은 2.1±2.1시간, 스마트폰 사용시간은 5.4±3.4시간으로 비우울군에 비해 길었다. 주거상태, 현재 흡연 여부, 부모님의 결혼상태, 사회경제적 상태, 친구관계, 평생 자살사고 및 시도, 정신의료기관 경험, 학년에 따른 우울군의 비율이 유의한 차이가 있었다.

우울군과 비우울군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표4에 제시하였다.

본 조사 결과 우울군에서 MDQ, mKPQ항목총점, ASRS-v1.1, AUDIT 점수와 소극적 스트레스 성향이 정상군에 비해 유의미하게 높았다. 우울군에서 BRS점수는 정상군 보다 낮았다. 우울군과 정상군의 적극적 스트레스 대처 성향은 통계적인 차이가 없었다. (표6.2.)

<표6.1.> 우월군, 정상군의 인구사회학적 특성 비교

구분	정상군 (n=2,493)	우월군 (n=305)	χ^2/t	p value
성별			20.12	<0.001
남자	1,121(92.1)	96(7.9)		
여자	1,372(86.8.)	209(13.2)		
나이(세)	21.7±6.3	21.3±4.8	1.37	0.172
인터넷사용시간(시간)	1.8±1.9	2.1±2.1	-2.78	0.006
스마트폰사용시간(시간)	4.6±3.0	5.3±3.4	-3.76	<0.001
출생지			2.31	0.315
대도시	719(88.1)	97(11.9)		
중소도시	1,328(90.0)	148(10.0)		
농어촌	406(88.3)	54(11.7)		
주거상태			4.82	0.028
가족과 함께 거주	1,428(90.3)	153(9.7)		
독립생활	1,011(87.7)	142(12.3)		
현재 음주유무			0.56	0.454
비음주자	301(88.0)	41(12.0)		
음주자	2,182(89.4)	260(10.6)		
현재 흡연유무			7.30	0.007
비흡연자	2,010(89.9)	225(10.1)		
흡연자	456(85.9)	75(14.1)		
본인의 결혼상태			3.39	0.066
기혼	194(92.8)	15(7.2)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	2,264(88.7)	289(11.3)		
부모의 결혼상태			7.71	0.005
기혼	2,089(89.7)	239(10.3)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	368(85.2)	64(14.8)		
사회경제적 상태			22.92	<0.001
상	230(90.2)	25(9.8)		
중	1,921(90.2)	208(9.8)		
하	303(81.9)	67(18.1)		
마음을 터 놓고 이야기할 수 있는 친구관계			55.42	<0.001
없음	75(67.6)	36(32.4)		
있음	2,391(90.0)	265(10.0)		
평생 자살사고 유무			164.88	<0.001
없음	2,014(93.1)	149(6.9)		
있음	464(74.8)	156(25.2)		
평생 자살시도 유무			70.74	<0.001

없음	2,401(90.1)	263(9.9)		
있음	78(65.5)	41(34.5)		
정신의료기관 이용 경험			64.27	<0.001
없음	2,357(90.3)	254(9.7)		
있음	119(70.4)	50(29.6)		
학년			14.86	0.002
1학년	1,722(90.5)	180(9.5)		
2학년	413(85.7)	69(14.3)		
3학년	221(87.0)	33(13.0)		
4학년	101(83.5)	20(16.5)		
전공			6.67	0.154
인문사회계열	319(87.6)	45(12.4)		
사범계열	136(92.5)	11(7.5)		
이공계열	860(90.6)	89(9.4)		
의/약학계열	980(88.1)	132(11.9)		
예체능계열	162(87.1)	24(12.9)		

<표6.2> 우울군, 정상군의 정신건강척도 비교

척도	정상군 (n=2,493)	우울군 (n=305)	t	p value
MDQ part 1	5.09±3.45	7.56±3.40	-11.71	<0.001
mKPQ항목총점	2.00±2.20	5.45±3.80	-15.36	<0.001
ASRS-v1.1 part A	5.74±3.83	10.45±4.25	-19.90	<0.001
AUDIT	7.70±5.93	9.19±6.86	-3.60	<0.001
BRS	20.97±4.24	16.02±3.91	20.55	<0.001
stress 적극적대처	29.21±6.16	28.93±5.86	0.76	0.451
stress 소극적대처	28.20±5.74	30.41±5.12	-7.01	<0.001

2.6. 대학생의 주의력결핍 과잉행동장애

주의력결핍 과잉행동장애 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 이하ADHD)는 부주의, 과잉행동-충동성과 같은 증상을 주로 보인다.³³⁾ ADHD는 흔히 아동기에 발병하여 청소년기와 성인기까지 지속되는 만성적인 장애로,³⁴⁾ ADHD의 유병률은 아동의 경우 약 5%, 성인 의 경우 2.5%로 알려져 있다.³³⁾ ADHD는 적절한 치료를 받지 못하면 청소년기를 거쳐 성인이 되어서도 증상과 기능 장애가 지속되는데, 국내의 경우 진단 시기를 놓친 환자가 85% 이상일 것으로 학계에선 추정한다.³⁵⁾

Arnett은 후기 청소년기에서 20대 사이를 초기 성인기(Emerging adulthood)라고 지칭하였다.¹⁾ 이러한 초기 성인기는 개인의 일상 대부분을 차지하는 학업과 직장생활의 사이에 있는 중요한 과도기적 단계이다. 이 시기의ADHD 환자들은 다양한 기능 영역에서 발생하는 만연화 된 장애로 인해 고통받을 수 있다.³⁶⁾ Murphy와 Barkley 그리고 Bush는 후기 청소년기 및 성인기 ADHD 집단에서 간섭 통제, 부주의, 반응 억제, 비언어적 작업기억과 같은 집행기능의 일부분에서 낮은 수행을 보인다고 주장하였다.³⁷⁾ 또한 대학생활을 하는 초기 성인기ADHD는 그렇지 않은 개인들에 비해 학업 수행이 더 낮았다.³⁸⁾ 이러한 초기 성인기는 ADHD 환자가 보다 넓은 사회로 나아가기 위한 중요한 시기로 이에 대한 개입이 중요하다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총116명(4.1%)이 성인 ADHD 증상군으로 평가되었다. 성인 ADHD 증상군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표 7.1.에 제시하였다. 성인 ADHD 증상군은 정상군에 비해 인터넷 사용시간과 스마트폰 사용시간이 더 길었으며 평균나이는 더 어렸다. 주거상태, 현재 음주유무, 사회경제적상태, 친구관계, 평생 자살사고 및 시도 유무, 정신의료기관 이용경험에 따른 성인 ADHD 증상군 비율이 유의한 차이를 보였다. 독립생활을 하는 경우, 비음주자, 사회경제적 상태가 낮은 경우, 마음을 터 놓을 수 있는 친구가 없는 경우, 평생 자살사고나 자살시도가 있었던 경우, 정신 의료기관 이용경험이 있는 군에서 성인ADHD증상 비율이 높았다.

성인 ADHD 증상군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표 7.2.에 제시하였다. 본 조사 결과 성인 ADHD 증상군에서 정상군에 비해CES-D, MDQ, mKPQ 항목 총점이 유의미하게 높았고 BRS점수는 낮았다. AUDIT 점수는 두 군간 유의미한 차이는 없었다. 성인ADHD 증상군의 스트레스 대처방식을 살펴보면 적극적 스트레스 대처 성향의 차이는 없었지만 소극적 스트레스 대처 성향이 높았다.

<표 7.1.> 성인ADHD 증상군과 정상군의 인구사회학적 특성비교

구분	정상군 (n=2,703)	성인ADHD증상군 (n=116)	χ^2/t	p value
성별			2.64	0.104
남자	1,185(96.6)	42(3.4)		
여자	1,518(95.4)	74(4.6)		
나이(세)	21.7±6.2	20.8±4.6	2.07	0.040
인터넷사용시간(시간)	1.8±1.9	2.7±2.6	-3.56	0.001

스마트폰사용시간(시간)	4.6±3.0	5.4±3.7	-2.65	0.008
출생지			0.67	0.715
대도시	790(95.8)	35(4.2)		
중소도시	1,426(96.1)	58(3.9)		
농어촌	440(95.2)	22(4.8)		
주거상태			6.31	0.012
가족과 함께 거주	1,540(96.7)	53(3.3)		
독립생활	1,099(94.7)	61(5.3)		
현재 음주유무			6.71	0.010
비음주자	318(93.3)	23(6.7)		
음주자	2,375(96.2)	93(3.8)		
현재 흡연유무			0.10	0.750
비흡연자	2,154(95.8)	95(4.2)		
흡연자	515(96.1)	21(3.9)		
본인의 결혼상태			2.30	0.083
기혼	208(98.1)	4(1.9)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	2,457(95.6)	112(4.4)		
부모의 결혼상태			1.79	0.181
기혼	2,257(96.0)	93(4.0)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	406(94.6)	23(5.4)		
사회경제적 상태			26.34	<0.001
상	251(97.3)	7(2.7)		
중	2,066(96.5)	75(3.5)		
하	340(90.9)	34(9.1)		
마음을 터 놓고 이야기할 수 있는 친구관계			88.30	<0.001
없음	88(78.6)	24(21.4)		
있음	2,584(96.6)	91(3.4)		
평생 자살사고 유무			75.28	<0.001
없음	2,124(97.6)	52(2.4)		
있음	562(89.8)	64(10.2)		
평생 자살시도 유무			22.45	<0.001
없음	2,582(96.3)	100(3.7)		
있음	105(87.5)	15(12.5)		
정신의료기관 이용 경험			69.92	<0.001
없음	2,543(96.7)	88(3.3)		
있음	141(83.4)	28(16.6)		
학년			4.40	0.222
1학년	1,842(96.2)	72(3.8)		
2학년	467(95.9)	20(4.1)		
3학년	241(94.1)	15(5.9)		
4학년	114(93.4)	8(6.6)		
전공			6.29	0.178
인문사회계열	343(94.0)	22(6.0)		
사범계열	146(98.6)	2(1.4)		
이공계열	923(96.0)	38(4.0)		
의약학계열	1,068(95.8)	47(4.2)		
예체능계열	181(96.3)	7(3.7)		

<표 7.2.> 성인 ADHD 증상군과 정상군의 정신건강척도 특성비교

척도	정상군 (n=2,703)	성인ADHD증상군 (n=116)	t	p value
CES-D	8.82±7.98	21.52±13.73	-9.88	<0.001
MDQ	5.23±3.48	8.73±2.84	-12.75	<0.001
mKPQ 항목총점	2.20±2.43	6.46±3.66	-12.31	<0.001
AUDIT	7.81±5.98	8.75±7.24	-1.37	0.173
BRS	20.59±4.36	16.30±4.85	10.33	<0.001
stress 적극적대처	29.20±6.12	28.53±6.37	1.14	0.254
stress 소극적대처	28.28±5.64	31.94±6.12	-6.81	<0.001

2.7. 대학생의 리질리언스와 정신건강

리질리언스(resilience, 신경 탄력성, 심리 회복력)는 삶의 역경을 극복하고 스트레스 이전의 적응 수준으로 회복하게 하는 힘 또는 능력으로 정의되며, 반대 개념은 취약성(vulnerability) 이다.¹³⁾

본 조사에서 리질리언스와 정신건강의 관계를 표 8.에 제시 하였다. 리질리언스는 CES-D, MDQ, mKPQ 항목총점, ASRS v1.1, AUDIT와 모두 음의 상관관계를 보였다. 이 결과는 통해 대학생의 심리 회복력을 높이는 것이 정신건강의 보호요인이 될 수 있음을 시사한다.

<표8.> 리질리언스와 정신건강

	BRS	Stress 적극대처	Stress 소극대처	CES-D	MDQ part 1	mKPQ 항목총점	ASRS v1.1	AUDIT
BRS	1							
Stress적극대처	0.213**	1						
Stress소극대처	0.049*	0.636**	1					
CES-D	-0.475**	-0.097**	0.122**	1				
MDQ	-0.161**	0.073**	0.202**	0.260**	1			
mKPQ항목총점	-0.298**	0.013	0.203**	0.461**	0.482**	1		
ASRS v1.1	-0.389**	-0.080**	0.199**	0.427**	0.440**	0.481**	1	
AUDIT	-0.076**	0.039	0.100**	0.132**	0.237**	0.136**	0.142**	1

*0.05 수준에서 유의함(양쪽)

**0.01수준에서 유의함(양쪽)

2.8. 대학생의 문제음주

대학생활은 문제음주(problem drinking)의 위험요인으로 작용하여서 많은 신입생들이 입학 전에 비해서 술을 더 많이 마시기 시작하고,³⁹⁾ 대학 재학 기간이 생애에 걸쳐 알코올사용장애 유병률이 가장 높고 알코올 소비량이 가장 많은 시기인 것으로 보고되고 있다.⁴⁰⁾

대학생의 과음은 정신적, 신체적 문제 뿐 아니라 폭력, 범법행위, 음주운전, 그리고 사망에 이르기까지 다양하고 심각한 음주문제의 발생 위험을 증가시키며,^{41, 42)} 위험한 음주행동은 신체 및 정신적 질병으로 이완되어 의료비 부담을 증가시키고, 학업중단이나 범죄행위로 인한 사회경제적 비용 역시 발생시켜서 사회적 부담을 증가시킨다.⁴³⁾ 또한 대학생 음주문제는 결석이나 부상과 같은 흔히 있는 부주의한 행동에서부터 범법행위와 같은 보다 심각한 부적응적 행동으로 이어지는 연속 선을 따라 악화되어 가므로⁴⁴⁾ 음주문제가 없거나 사소한 문제만 경험하고 있는 과음자라고 할지라도 장래에 심각한 알코올 관련 문제를 경험할 가능성이 상대적으로 높다. 그 뿐 아니라 고위험 음주행동의 부정적인 결과로 인해서 자신이나 타인 들을 심각한 위험에 처하게 할 수도 있다. 따라서 대학생의 문제음주의 예방과 개입을 위해 이를 정확히 평가하고 관련 요인을 조사하는 것이 필요하다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총 626명(22.3%)이 문제음주군이었다. 문제음주군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표 9.1.에 제시하였다. 문제음주군의 나이가 정상군에 비해 어렸고 스마트폰 사용 시간이 정상군에 비해 더 길었다. 성별, 현재 흡연유무, 친구관계, 학년에 따라 문제음주군의 비율이 유의한 차이가 있었다.

문제음주군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표 9.2에 제시하였다. 본 조사 결과 문제음주군은 정상군에 비해 CES-D, MDQ, mKPQ, ASRS-v1.1의 점수가 유의미하게 높았고 BRS점수는 낮았다. 문제음주군과 정상군의 적극적 스트레스 대처 성향은 차이가 없었지만 문제 음주군에서 소극적 대처 성향이 더 높았다.

<표 9.1.> 문제 음주군과 정상군의 인구사회학적 특성비교

구분	정상군 (n=2,183)	문제음주군 (n=626)	χ^2/t	p value
성별			8.75	0.003
남자	915(75.1)	304(24.9)		
여자	1,268(79.7)	322(20.3)		
나이(세)	21.9±6.6	20.9±4.0	4.40	<0.001
인터넷사용시간(시간)	1.9±1.9	1.7±1.8	1.60	0.109
스마트폰사용시간(시간)	4.5±3.0	5.1±3.2	-4.23	<0.001
출생지			1.13	0.567
대도시	629(76.6)	192(23.4)		
중소도시	1,163(78.5)	318(21.5)		

농어촌	357(77.6)	103(22.4)		
주거상태			2.64	0.104
가족과 함께 거주	1,254(78.9)	336(21.1)		
독립생활	880(76.3)	274(23.7)		
현재 흡연유무			157.51	<0.001
비흡연자	1,853(82.6)	390(17.4)		
흡연자	307(57.5)	227(42.5)		
본인의 결혼상태			0.45	0.502
기혼	166(79.4)	43(20.6)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	1,984(77.4)	579(22.6)		
부모의 결혼상태			1.53	0.215
기혼	1,823(77.9)	516(22.1)		
기타(사별, 별거, 이혼 등)	325(75.2)	107(24.8)		
사회경제적 상태			0.59	0.744
상	196(76.0)	62(24.0)		
중	1,656(77.6)	477(22.4)		
하	293(78.6)	80(21.4)		
마음을 터 놓고 이야기할 수 있는 친구관계			4.82	0.028
없음	94(86.2)	15(13.8)		
있음	2,064(77.3)	606(22.7)		
평생 자살사고 유무			2.30	0.130
없음	1,696(78.3)	471(21.7)		
있음	472(75.4)	154(24.6)		
평생 자살시도 유무			0.19	0.661
없음	2,077(77.7)	595(22.3)		
있음	92(76.0)	29(24.0)		
정신의료기관 이용 경험			0.08	0.783
없음	2,038(77.7)	585(22.3)		
있음	129(76.8)	39(23.2)		
학년			21.62	<0.001
1학년	1,526(80.1)	378(19.9)		
2학년	347(71.1)	141(28.9)		
3학년	190(74.1)	66(25.8)		
4학년	91(74.0)	32(26.0)		
전공			8.09	0.088
인문사회계열	291(79.9)	73(20.1)		
사범계열	125(84.5)	23(15.5)		
이공계열	748(78.1)	210(21.9)		
의/약학계열	846(76.1)	265(23.9)		
예체능계열	139(73.9)	49(26.1)		

<표 9.2> 문제음주군과 정상군의 정신건강척도 특성비교

척도	정상군 (n=2,183)	문제음주군 (n=626)	t	p value
CES-D	8.83±8.35	11.14±9.34	-5.55	<0.001
MDQ	4.99±3.42	6.72±3.55	-10.92	<0.001
mKPQ 항목총점	2.21±2.48	2.99±3.00	-5.98	<0.001
ASRS-v1.1	5.98±4.09	7.23±4.12	-6.69	<0.001
BRS	20.59±4.47	19.88±4.35	3.50	<0.001
stress 적극적대처	29.13±6.22	29.45±5.80	-1.162	0.245
stress 소극적대처	28.19±5.76	29.33±5.38	-4.42	<0.001

2.9. 대학생의 스트레스 대처방식과 정신건강

Lazarus와 Folkman은 개인이 스트레스를 어떻게 해결해 나가는가에 따라서 신체적, 사회적, 심리적 안녕에 결정적인 영향을 주게 된다고 보았으며, 스트레스에 대한 대처의 중요성을 강조했다.⁴⁵⁾ 이들은 스트레스에 대해 개인이 대처하는 유형을 크게 문제 중심적 대처(problem-focused coping)와 정서 중심적 대처(emotion-focused coping)로 구분하였다. 문제 중심적 대처는 개인이 스트레스가 유발되는 문제나 상황에 직접적으로 대응하여 문제가 되는 행동을 변화하거나 환경적인 조건을 변화시켜 스트레스의 근원에 대처하려는 노력이며, 정서 중심적 대처는 스트레스가 유발되는 문제나 상황을 직접적으로 통제하기보다 스트레스로부터 초래되는 개인의 정서상태를 통제하려는 노력으로 회피, 부정, 감정적 대응과 같은 방식을 사용하여 스트레스 상황에서의 정서적 고통을 감소하려는 방식이다. 이처럼 스트레스 대처는 개인의 안녕을 위협하고, 개인이 가진 자원에 부담이 되거나 그 한계를 초과하는 것으로 평가되는 특수한 외적 및 내적 요구를 다스리기 위해 지속적으로 변화하는 인지적 및 행동적 노력이라 정의할 수 있다.⁴⁵⁾ 현재 연구에서 일반적으로 많이 사용되는 대처는 문제 중심적 대처와 정서 중심적 대처, 혹은 좀 더 포괄적인 분류로 적극적 대처와 소극적 대처다.

스트레스 대처방식과 심리적 안녕감의 관계를 보면 선행 연구에서 소극적대처보다 적극적 대처를 많이 사용하는 사람은 우울과 스트레스를 감소시킬 수 있었다.⁴⁶⁻⁴⁸⁾ 즉 적극적 스트레스 대처는 심리적 안정과 정적인 관계를 보이고, 소극적 스트레스 대처는 과다하게 사용될 때 부 적응적인 결과를 가져오는 것으로 나타났다.^{47, 48)}

본 조사 결과 대학생의 대처방식과 정신건강과의 관계를 표 10.1.과 표 10.2.에 제시하였다. 적극적 스트레스 대처방식은 CES-D, ASRS v 1.1과 유의한 음의 상관관계를, MDQ part 1, BRS와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 소극적 스트레스 대처 방식은 CES-D, MDQ part 1, mKPQ 항목총점, ASRS- v 1.1, AUDIT, BRS 모두와 유의한 양의 상관관계를 보였다.

<표 10.1> 적극적 스트레스 대처방식과 정신건강

	Stress 적극대처	Stress 소극대처	CES-D	MDQ part 1	mKPQ 항목총점	ASRS v1.1	AUDIT	BRS
Stress적극대처	1							
Stress소극대처	0.621**	1						
CES-D	-0.087**	0.132**	1					
MDQ	0.073**	0.211**	0.270**	1				
mKPQ항목총점	0.020	0.218**	0.480**	0.483**	1			
ASRS v1.1	-0.084**	0.203**	0.450**	0.435**	0.488**	1		
AUDIT	0.032	0.089**	0.108**	0.228**	0.128**	0.125**	1	
BRS	0.212**	0.038*	-0.493**	-0.173**	-0.306**	-0.408**	-0.058**	1

*0.05 수준에서 유의함(양쪽)

**0.01수준에서 유의함(양쪽)

<표 10.2> 소극적 스트레스 대처방식과 정신건강

	Stress 소극대처	Stress 적극대처	CES-D	MDQ part 1	mKPQ 항목총점	ASRS v1.1	AUDIT	BRS
Stress소극대처	1							
Stress적극대처	0.621**	1						
CES-D	0.132**	-0.087**	1					
MDQ	0.211**	0.073**	0.270**	1				
mKPQ항목총점	0.218**	0.020	0.480**	0.483**	1			
ASRS v1.1	0.203**	-0.084**	0.450**	0.435**	0.488**	1		
AUDIT	0.089**	0.032	0.108**	0.228**	0.128**	0.125**	1	
BRS	0.038*	0.212**	-0.493**	-0.173**	-0.306**	-0.408**	-0.058**	1

*0.05 수준에서 유의함(양쪽)

**0.01수준에서 유의함(양쪽)

III

요약 및 제언

3.1. 요약

전라남도 지역 대학생의 정신건강실태에 대한 조사를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 조사대상자는 총 2,844명으로 남자 1,234명(43.4%) 여자 1,610명(56.6%)으로 여자의 참여율이 더 높았다. 대상자의 평균나이는 21.7 ± 6.2 세였고 24세 이하가 88.8%였다. 남자의 평균 나이는 21.3 ± 5.3 세, 여자의 평균나이는 22.0 ± 6.8 세로 여자의 나이가 더 많았다($p=0.006$).
- 2) 조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총 305명(10.9%)이 절단점 21점 이상의 임상적으로 유의한 우울증상이 있는 군이었다. 남자 96명(7.9%), 여자 209명(13.2%)으로 여자에서 우울증상 비율이 유의미하게 높았다. 우울증상군에서 인터넷 및 스마트폰 사용시간이 더 길었다. 독립생활을 하고 있는 경우, 흡연자, 부모의 결혼상태가 비혼인 경우, 사회경제 상태가 낮은 경우, 마음을 털어 놓을 수 있는 친구관계가 없는 경우, 평생 자살사고나 시도 경험이 있는 경우, 정신의료 기관 이용 경험이 있는 경우, 고학년에서 우울증상 비율이 더 높았다
- 3) 본 조사 결과 우울군에서 MDQ, mKPQ항목총점, ASRS-v1.1, AUDIT 점수와 소극적 스트레스 성향이 정상군에 비해 유의미하게 높았다. 우울군에서 BRS점수는 정상군 보다 낮았다. 우울군과 정상군의 적극적 스트레스 대처 성향은 통계적인 차이가 없었다.
- 4) 본 조사에 참여한 전라남도 대학생 중 총 35명(1.4%)이 MDQ part 1, 2, 3 기준을 모두 만족하여 양극성스펙트럼장애를 보이는 군이었다. 총 221명(7.9%)은 mKPQ 항목총점 절단점 7점 이상으로 조기정신증 위험군이었다. 총 116명(4.1%)에서 ASRS v1.1상 성인 ADHD 증상을 보였고, 총 626명(22.3%)이 AUDIT 결과 문제 음주군이었다.
- 5) 인터넷사용시간의 경우 우울증상, 조기정신증 위험, 성인 ADHD증상 군에서 유의하게 길었다. 스마트폰 사용 시간의 경우 우울증상, 조기정신증 위험, 성인 ADHD증상군, 문제음주 군에서 유의하게 길게 나타났다. 그러나 이번 연구에서는 이용 시간만 조사하였기 때문에 인터넷과 스마트폰 사용이 어떠한 방식으로 정신건강에 영향을 주는지 밝히는 데 한계가 있다.

6) 대학생의 스트레스 대처방식과 정신건강과의 관련성을 살펴보았을 때, 적극적 스트레스 대처방식은 우울, 성인 ADHD 증상과 유의한 음의 상관관계를, 양극성장애 증상, 리질리언스와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 소극적 스트레스 대처방식은 우울, 양극성장애 증상, 조기정신증 위험, 성인 ADHD 증상, 음주문제, 리질리언스 모두와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 즉, 종합하자면 스트레스 상황에서 적극적 스트레스 대처방식은 우울과 성인 ADHD증상에 보호 요인으로 작용하고 양극성장애의 위험을 높임을 추정해 볼 수 있었다. 또한 스트레스 상황에서 소극적 스트레스 대처 방식을 사용하는 대학생은 우울, 양극성장애, 조기정신증, 성인 ADHD, 음주 문제 등의 위험과 관련이 있음을 추정해 볼 수 있었다. 리질리언스의 경우 적극적, 소극적 스트레스 대처 모두 양의 상관관계가 있었는데 이는 스트레스 대처 방식보다는 스트레스를 대처하려고 하는 그 행위 자체가 심리 회복력에 도움을 줄 수 있음을 추정해볼 수 있었다. 또한 대학생의 정신건강을 보호하기 위해 심리회복력에 초점을 맞춘 정신건강 프로그램을 개발하는 것이 긍정적인 결과를 가져 올 수 있을 것이라 기대해 볼 수 있겠다.

7) 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각에 대한 질문에 ‘건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다’ 라고 응답한 사람은 996명(34.8%), ‘문제가 있다면 받고 싶다’ 라고 응답한 사람은 1,116명(40.2%), ‘문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 499명(18.0%), ‘절대로 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 194명(7.0%) 이었다. 정신의료기관 이용여부에 대해 조사한 결과, 정신의료기관을 이용한 적이 있다고 응답한 대학생은 171명(6.1%)으로 소수에 불과했다. 정신건강의학과 상담이나 치료에 대해 긍정적으로 생각하는 비율은 34.8%였지만 실제로 정신의료기관을 이용한 사람은 6.1%로 소수인 것이 인상적이다. 정신건강의학과에 대한 인식개선과 더불어 실제로 정신건강 의학과에 긍정적인 생각을 가지고 있는 사람이 실제로 정신건강의학과 방문을 어렵게 하는 요인이 무엇인지 논의가 필요할 것이다. 본 조사에서 우울, 양극성장애, 조기정신증 위험이 높거나 평생 자살시도 경험이 있는 사람을 고위험 군으로 분류하고 정신과 심층상담을 진행하였다. 고위험군으로 평가된 대학생 433명 중 본인이 동의하여 정신과의사 심층상담을 진행한 사람은 122명(28.1%) 이었다.

3.2. 2018년 결과와 비교

2019년 전라남도지역 대학생 정신건강실태조사 결과를 2018년 결과와 비교 요약하면 다음과 같다.

- 1) 정신의료기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 대상자가 2018년 3.3%에서 6.1%로 소폭 증가하였다.
- 2) 전라남도지역 대학생의 우울증상 유병률은 2018년 9.5%, 2019년 10.9% 였다. 양극성스펙트럼 장애 유병률은 2018년 1.8%, 2019년 1.4%였다. 조기정신증 위험군의 비율은 2018년 9.6%, 2019년 7.9%였다. 성인 ADHD 증상군의 비율은 2018년 3.3%, 2019년 4.1% 였다. 문제음주군의 비율은 2018년 23.3%, 2019년 22.3% 였다.

2018년 전라남도지역 대학생 정신건강실태조사 결과에 비해 2019년 전라남도지역 대학생 정신건강실태조사 결과 양극성스펙트럼 장애, 조기정신증 위험, 문제 음주군 비율은 감소하였으나 우울증상, 성인 ADHD 증상군의 비율은 소폭 증가한 것으로 나타났다.

그러나 2019년 조사 결과가 2018년에 조사한 대상자와 동일한 군을 조사한 것이 아니므로 추후 지속적인 변화추이를 관찰하는 것이 필요하겠다.

- 3) 2019년 전라남도지역 대학생 정신건강 실태조사에는 인터넷사용, 스마트폰 사용, 친구관계, 정신건강의학과에 대한 생각, 평생 자살사고 및 자살시도 경험 등의 질문이 추가되었다.

이를 통해 대학생의 정신건강의 위험요인과 보호요인을 좀 더 심도 깊게 파악할 수 있을 것이며 또한 지속적인 조사를 진행하면 대학생의 정신건강의학과에 대한 인식 변화를 관찰할 수 있을 것이다.

3.3. 제언

최근 의료 및 보건복지서비스의 궁극적 목적은 단순한 건강생활이 아닌 삶의 질의 향상을 지향하고 있다. 정신건강문제를 조기에 발견하고 예방 및 개입을 통한 지속관리, 치료연계로 대학생의 정신건강을 증진시키기 위한 노력이 강조되는 상황에서 조사결과에 따른 제언은 다음과 같다.

- 1) 이번 조사에서 전라남도지역 대학생의 우울증상 유병률은 10.9%였다. 대학생을 대상으로 우울 증상 유병률을 조사한 국내 연구들을 살펴보면, 대전지역 의과대학생 384명을 조사한 연구에서는 15.9%였고⁴⁹⁾, 제주지역 대학생 1000명 대상의 연구에서는 7.7%로 나타났다.⁵⁰⁾ 한편 국내에서 일반인구 대상의 대규모 역학 연구 결과 우울장애 유병률이 3.4~5.6%^{51, 52)}였다. 여러 연구를 종합하여 보았을 때 전체적으로 대학생들이 일반 인구에 비해 우울 유병률이 더 높은 경향을 보이고 있다. 대학생은 청소년기에서 성인기로 이행하는 과도기적 단계이고 인생의 가장 중요한 단계에 있는 집단이다. Amnet는 성인 진입기에는 내제된 불안정성이 존재하는데, 교육방법, 연인, 직업, 주거상황의 잦은 변화 등으로 인해 자신의 삶에서 이 시기를 매우 혼란스럽고 심란한 것으로 지각할 수 있으며, 개인에 따라 위기에 취약할 수 있다고 하였다.³⁾ 즉, 대학생은 새로운 과제에 직면하며 학업과 진로 문제 등의 스트레스를 받으므로 일반 인구보다 높은 우울증상을 보이는 것으로 이해할 수 있다.
- 2) 본 조사에서 남자 96명(7.9%), 여자 209명(13.2%)으로 여자에서 우울증상 위험도가 유의미하게 더 높았다. 여성의 우울증상 유병률이 높은 이유로는 유전적, 내분비적인 생물학적 취약성이 있으며 사회심리학적 요인 중 특히 여성의 사회지위와 정신적 무력감에 원인이 있다고 설명할 수 있다.⁵³⁾ 우울군에서 사회경제적상태가 하라고 응답한 비율이

유의하게 높았는데 과거 선행연구에서 낮은 사회계층에서 우울장애가 더 흔하다는 보고가 있었지만, 한편에서는 사회계층과 유병률은 무관하다는 보고도 적지 않아 이는 추후 지속적인 연구가 필요하겠다.⁵⁴⁾ 대학생들의 우울증상 관리를 위해 주기적인 정신건강 평가 후 고위험군에 대한 연계가 필요할 것이다. 또한 고위험군이 아니더라도 우울증상에 영향을 주는 요인 중 개선이 가능한 부분을 파악하여 이에 대해 적절한 개입을 하는 것이 필요하다.

3) 본 조사결과 우울군에서 MDQ part 1, mKPQ항목총점, ASRS, AUDIT 점수가 비우울군에 비해 유의미하게 높게 나타났다. 우울증을 가진 개인에서 하나 이상의 동반 질환을 가질 위험이 증가하고 그 중 특히 알코올 등의 물질사용장애, 불안장애 등이 흔하다고 보고 된다.⁵⁴⁾ 우울증을 평가할 때 동반 이환된 다른 정신 질환을 함께 평가하여 치료계획을 세우는 것이 도움이 됨을 생각해 볼 수 있다.

4) 본 조사결과 우울증상 이외에도 전라남도 대학생의 양극성스펙트럼장애 유병률은 1.4%, 조기정신증 증상 유병률은 7.9%, 성인 ADHD 증상 유병률은 4.1%, 문제음주 유병률은 22.3% 였다. 이렇듯 대학생들이 여러 정신건강의학적 문제를 경험하고 있지만 실제 정신의료기관 이용여부에 대해 조사한 결과 정신의료기관을 이용한 적이 있다고 응답한 사람은 171명(6.1%)으로 2018년 결과인 3.3%에 비해 소폭 상승하였지만 여전히 소수에 불과했다.

고위험군으로 평가된 411명 중 본인이 동의하여 정신과의사 심층상담을 진행한 사람은 100명(24.3%)였다. 고위험군에 해당하는 사람 중 심층면담에 응하지 않는 이유에 대해서도 조사하였으나 응답률이 낮아 정확한 해석은 어려웠다. 응답한 사람 중 52명은 정신과적 낙인 때문에 심층면담을 거절하였고 44명은 기타 이유로 심층 상담을 거절하였으며 나머지 고 위험군은 심층면담 거절 사유를 밝히지 않았다.

우리나라에서의 정신건강 전달체계가 취약함은 익히 잘 알려져 있다. 2016년 정신질환실태조사 결과 일반 성인의 9.6%가 그리고 정신질환이 있는 경우 22.2%가 정신건강문제로 전문가와 상담한 적이 있다고 보고하였다. 실제 정신건강의학과 전문의 상담은 이보다 낮은 7.0%로 이전에 비해 증가하고 있는 추세나 다른 나라에 비하면 여전히 낮은 편이다.

다음 조사 시 고위험군의 심층면담 거절 사유를 평가할 방법을 개선하여야 할 것이다. 이를 통해 정신과 심층상담의 문턱이 높은 이유에 대해 보다 심층적으로 조사할 수 있기를 희망한다.

더불어 고위험군 대학생을 위해 정신질환에 대한 낙인을 개선하고 정신건강 전문가와의 접근성을 향상시키는 등 정신건강전달체계를 확립하기 위한 지속적인 노력이 필요할 것이다.

전남 광역 대학생 정신 건강 증진 사업은 정신질환에 대한 낙인 등으로 정신건강 서비스에 접근하지 못 하는 정신 건강 고위험 대학생을 발굴하고 사후 서비스를 제공할 수 있다. 또한 이러한 사업이 지속적으로 이루어진다면 대학생에게 정신건강에 대한 평가가 매우 자연스러운 하나의 일상이자 문화로 자리 잡을 수 있을 것이고 정신질환에 대한 낙인 해소의 밑거름이 될 수 있을 것으로 기대한다.

- 5) 본 조사에서 소극적 스트레스 대처 방식이 본 조사에서 평가한 정신의학적 문제 중 양극성스펙트럼장애를 제외한 모든 정신의학적 문제와 양의 상관관계를 보인 바 대학생들이 스트레스를 다룰 때 소극적 스트레스 대처 방식보다는 적극적 스트레스 대처 방식을 사용하는 것이 정신건강측면에서 보다 긍정적임을 확인할 수 있었다. 따라서 향후 대학생을 위한 스트레스 개선 프로그램 개발 시 이러한 점이 반드시 고려되어야 할 것이다.

본 조사에 참여한 대학생들이 전라남도 전체 대학생을 대표한다고 확언할 수는 없다. 따라서 본 조사 결과를 일반화하는 데는 어려움이 있다. 그러나 표본의 크기가 유의한 수준의 통계 결과를 얻을 수 있을 정도이기 때문에 결과가 의미 있다고 생각된다. 또한 동일한 지역에서 비슷한 조건을 가진 동일한 대상자들을 반복적으로 조사함으로써 지역 내 정신건강실태 뿐 아니라 각종 프로그램 및 정책의 효과를 간접적으로 반영하는 결과를 얻을 수 있으리라 생각된다. 지속적인 조사를 통해 본 자료가 향후 전라남도 지역 대학생의 정신건강을 관리하고 도움을 줄 수 있는 기초 자료로 활용할 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌 [reference]

- 1) Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American psychologist 2000;55:469.
- 2) Arnett Jeffrey JensenTanner J. The emergence of ‘emerging adulthood’: The new life stage between adolescence and young adulthood. Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas 2009;null:null.
- 3) Arnett Jeffrey JensenTanner J. Emerging adulthood. Chronicle of Higher Education 2007;52:469-480.
- 4) Asberg KK, Bowers C, Renk K, McKinney C. A structural equation modeling approach to the study of stress and psychological adjustment in emerging adults. Child psychiatry and human development 2008;39:481-501.
- 5) Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry 2007;20:359.
- 6) Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World psychiatry 2007;6:168.
- 7) Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck Jr PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. American Journal of Psychiatry 2000;157:1873-1875.
- 8) Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, et al. The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophrenia bulletin 2012;38:1288-1296.
- 9) SungWan K, YoungChul C, YoungShin K, JaeKyeong K, JiEun J, Min J, et al. Validation of the Korean version of the 16-Item Prodromal Questionnaire in a Non-Help-Seeking College Population. PSYCHIATRY INVESTIGATION 2018;15:111-117.
- 10) Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological medicine 2005;35:245-256.
- 11) Kim J-H, Lee E-H, Joung Y-S. The WHO Adult ADHD Self-Report Scale: reliability and validity of the Korean version. Psychiatry investigation 2013;10:41-46.
- 12) Adler L, Kessler RC, Spencer T. Adult ADHD self-report scale-v1. 1 (ASRS-v1. 1) symptom checklist. New York, NY: World Health Organization 2003.
- 13) Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and psychopathology 1990;2:425-444.

- 14) Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine* 2008;15:194-200.
- 15) Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in. 2011.
- 16) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.
- 17) Lazarus R, Folkman S. Stress, coping and appraisal. New York: Springer 1984.
- 18) 김정희. 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용: 대학 신입생의 스트레스 경험을 중심으로. 서울 대학교 박사학위논문 1987.
- 19) Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002;159:1-50.
- 20) Kilzieh N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of research and clinical experience. *Psychiatric Clinics of North America* 1999;22:585-607.
- 21) Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61Suppl9:47-51 2000.
- 22) Culver J, Arnow B, Ketter T. Bipolar disorder: improving diagnosis and optimizing integrated care. *Journal of clinical psychology* 2007;63:73-92.
- 23) Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire J-F, Sechter D, Azorin J-M, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *Journal of Affective Disorders* 1998;50:163-173.
- 24) Altshuler LL, Post RM, Leverich GS, Mikalaukas K. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *The American journal of psychiatry* 1995;152:1130.
- 25) Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39:964-971.
- 26) 안석균. 조기 정신증의 예방 및 정신사회적 개입 프로그램의 개발. *정신건강정책포럼* 2008;2:206-222.
- 27) 서울시정신건강증진센터. 2015년 서울시정신건강증진센터 사업보고서. 2015.
- 28) Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *The British journal of psychiatry* 1998;172:53-59.
- 29) 강연주, 서용진, 이명수, 이은지, 김은희, 좌희선. 지역사회서비스에 유입된 정신증 고위험군에 관한 추적 관찰 연구. *정신보건* 2017;7:6-13.
- 30) Buchanan JL. Prevention of depression in the college student population: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 2012;26:21-42.
- 31) Farabaugh A, Bitran S, Nyer M, Holt DJ, Pedrelli P, Shyu I, et al. Depression and suicidal ideation in college students.

- Psychopathology 2012;45:228-234.
- 32) 백종우, 송지영. 초기 성인기를 대상으로 한 우울증 조기발견 및 관리모형 개발. 정신건강정책포럼 2009;3:154-164.
 - 33) Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®]): American Psychiatric Pub;2013.
 - 34) Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. Current medical research and opinion 2013;29:1093-1104.
 - 35) 김진구. (2016, 9, 2). 성인 ADHD도 건강보험 적용, 치료제 급여 확대. 중앙일보;http://jhealthmedia.joins.com/article/article_view.asp?pno=17524.
 - 36) Fedele DA, Hartung CM, Canu WH, Wilkowsi BM. Potential symptoms of ADHD for emerging adults. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2010;32:385-396.
 - 37) Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit-hyperactivity disorder. Neuropsychology 2001;15:211.
 - 38) Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Smith MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. Journal of American College Health 1998;46:185-188.
 - 39) Borsari B, Murphy JG, Barnett NP. Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. Addictive behaviors 2007;32:2062-2086.
 - 40) Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of general psychiatry 2007;64:830-842.
 - 41) 조성기, 장승옥, 윤혜미, 이혜경, 최현숙, 제갈정. 대학생의 음주실태. 고양: 한국음주문화연구센터 2001.
 - 42) 천성수. 대학생폭음의 원인과 음주관련문제 분석. 한국알코올과학회지 2002;3:221-233.
 - 43) 보건복지가족부. 2009년 정신보건사업 안내 보건복지가족부 2009.
 - 44) Vik PW, Carrello P, Tate SR, Field C. Progression of consequences among heavy-drinking college students. Psychology of Addictive Behaviors 2000;14:91.
 - 45) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer 1984.
 - 46) Coyne JC, Aldwin C, Lazarus RS. Depression and coping in stressful episodes. Journal of abnormal psychology 1981;90:439.
 - 47) Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of behavioral medicine 1981;4:139-157.
 - 48) Mitchell RE, Cronkite RC, Moos RH. Stress, coping, and depression among married couples. Journal of Abnormal Psychology 1983;92:433.
 - 49) Lee KH, Ko Y, Kang KH, Lee HK, Kang J, Hur Y. Mental health and coping strategies among medical students. Korean J Med Educ 2012;24:55-63.
 - 50) Park JH, Min HY, Kim MD, Yoon BH, Park WM, Bae HE. The prevalence of depressive symptoms and related factors

among college students on Jeju Island in Korea. J Kor Soc Dep Bip Disorder 2013;11:144-149.

- 51) Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part1: gender and age differences in seoul. J Nerv Ment Dis 1990;178:242-246.
- 52) Cho MJ, Chang SM, Hahm BJ, Chung IW, Bae A, Lee YM, et al. Prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: a 2006 National Epidemiologic Survey. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2009;48:143-152.
- 53) Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of general psychiatry 1977;34:98-111.
- 54) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins;2011.

참여기관

- 국립나주병원
- 전라남도광역정신건강복지센터
- 목포시정신건강복지센터
- 여수시정신건강복지센터
- 순천시정신건강복지센터
- 나주시정신건강복지센터
- 곡성군정신건강복지센터
- 영암군정신건강복지센터
- 무안군정신건강복지센터
- 국립목포대학교
- 목포해양대학교
- 목포가톨릭대학교
- 한영대학
- 전남대학교 여수캠퍼스
- 청암대학교
- 순천대학교
- 동신대학교
- 전남과학대학교
- 세한대학교
- 동아보건대학교
- 초당대학교

별첨 설문지



안녕하십니까?

전남광역정신건강복지센터에서는 광주·전남 대학생들의 정신건강실태 및 정신건강연구를 위해 설문조사를 실시하고 있습니다.

본 설문지는 정신건강에 대한 선별검사지로 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 철저히 비밀이 보장되며, 설문조사를 토대로 필요한 경우 정신건강의학과전문의 심층상담을 할 수도 있습니다. 조사자료는 익명 처리하여 국내·외 연구 및 발표 자료로 활용될 수 있습니다.

본 조사는 자발적인 참여자에 한해 이루어지며 귀하에게 제공되는 직접적인 이득과 위험과 불이익은 없습니다. 작성하시는 도중이라도 언제든지 철회가능하며 궁금한 사항이 있으시면 설문을 진행하는 정신건강전문가에게 언제든지 문의하시면 됩니다.

본 설문에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

본 설문조사에 대한 취지 및 목적에 대해 충분한 설명을 하였음을 확인합니다.

개인정보 제공 동의

- 1) 개인정보 수집·이용목적 : 정신건강실태조사 및 연구, 고위험군 추후 관리를 위한 개인정보 수집 및 이용
- 2) 개인정보 수집·이용항목 : 이름, 성별, 부모, 출생년도, 나이, 전화번호, 신장, 체중, 흡연력, 자살, 결혼상태, 주관적인 사회경제적 상태, 교우 관계, 교육정도, 학년, 전공 및 본인의 정신보건시설 이용 경험 여부등
- 3) 개인정보 보유·이용 기간 : 3년
- 4) 제공 거부에 따른 불이익 : 해당 없음

※ 「개인정보보호법 제15조제2항제4호」에 의거 위 사항에 대한 개인정보 제공을 거부할권리가 있으며, 거부에 따른 불이익이 없음을알려드립니다.

1. 위 사항과 관련하여 전라남도광역정신건강복지센터, 국립나주병원, 00시·군보건소, 00대학교에 귀하의 개인정보 제공을 동의하십니까?

동의함 ☐

동의안함 ☐

2. 민감정보를 수집할 경우 귀하의 민감정보 제공에 동의하십니까?

동의함 ☐

동의안함 ☐

2019년

월

일

정보제공자 :

(서명)

기초 정보(설문지 작성 일 기준)

1. 성별	☐ 남 ¹⁾	☐ 여 ²⁾	2. 나이	만 세
3. 출생년도	년 월		4. 신장/체중	cm / kg
5. 전화번호/HP				
6. 하루 평균 인터넷 사용 시간 (게임 포함)	시간		7. 하루 평균 스마트폰 사용시간	시간
8. 출생지	☐ 대도시 ¹⁾		☐ 중소도시 ²⁾	☐ 농어촌 ³⁾
9. 주거상태	☐ 가족과 함께 거주1)		☐ 독립생활 (자취 등 포함) ²⁾	
10. 흡연력	☐ 담배를 피운 적 없음 ⁰⁾	☐ 과거 흡연했으나 현재는 금연 ¹⁾	☐ 가끔 흡연 ²⁾	☐ 매일 흡연 ³⁾
11. 정신의료기관 (정신건강복지센터 포함) 이용 경험 여부	☐ 없음 ⁰⁾		☐ 있음 ¹⁾	
12. 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각	① 건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받아보고 싶다. ② 문제가 있다면 받아보고 싶다. ③ 문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다. ④ 절대로 받고 싶지 않다.			
13. 자살 사고	귀하는 과거부터 지금까지 자살에 대해 생각 해 본 것이 있습니까? ☐ 없음 ⁰⁾ ☐ 있음 ¹⁾			
14. 자살 시도	귀하는 과거부터 지금까지 자살시도, 미수 및 자해 경험 이 한 번이라도 있습니까? ☐ 없음 ⁰⁾ ☐ 있음 ¹⁾ (시도 횟수 회)			
15. 본인의 결혼 상태	☐ 기혼 ¹⁾		☐ 비기혼 ²⁾ (예, 미혼, 사별, 별거, 이혼, 재혼 등)	
16. 부모님의 결혼상태	☐ 기혼 ¹⁾		☐ 비기혼 ²⁾ (예, 미혼, 사별, 별거, 이혼, 재혼 등)	
17. 현재 부모님의 나이	① 아버지 _____ 세 ② 어머니 _____ 세			
18. 가족의 주관적인 사회경제적 상태	☐ 상 ¹⁾ ☐ 중 ²⁾ ☐ 하 ³⁾			
19. 친구관계	귀하는 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 친구가 있습니까? ☐ 없음 ⁰⁾ ☐ 있음 ¹⁾			
20. 교육년수	총 년 (초등학교 입학 ~ 현재 총 교육 년 수 기입)			
21. 학년	☐ 1학년 ¹⁾	☐ 2학년 ²⁾	☐ 3학년 ³⁾	☐ 4학년 이상 ⁴⁾
22. 전공 (괄호 안에 구체적인 전공을 기술 바랍니다.)	☐ 인문사회계열 ¹⁾ ()		☐ 사범계열 ²⁾ ()	
	☐ 이공계열 ³⁾ ()		☐ 의/약학계열 ⁴⁾ ()	
	☐ 예체능계열 ⁵⁾ ()			

※ 23. (정신건강전문요원 표시 사항) 고위험군 대상자가 심층상담을 거절한 경우 사유를 기술해주세요

① 고위험군이 아님 ② 정신과적 낙인 ③ 기타()

1. 간략하게 기분상태를 평가하여 당신의 정신건강에 도움을 주고자 구성되어 있습니다.

각 질문을 읽으시고 해당되는 내용 '예 또는 아니오'에 O표 해 주십시오.

(본 질문지는 현재 상태를 평가하는 것이 아니며 **과거에 있었던 기분의 변화**를 조사하는 질문입니다.)

1	다음처럼 당신은 평소의 자신과는 달랐던 적이 과거(예전)에 있었습니까?	예 ¹⁾	아니오 ⁰⁾
	기분이 너무 좋거나 들떠서 다른 사람들이 평소의 당신 모습이 아니다 라고 한 적이 있었다. 또는 너무 들떠서 문제가 생긴 적이 있었다.		
	지나치게 흥분하여 사람들에게 소리를 지르거나, 싸우거나 말다툼을 한 적이 있었다.		
	평소보다 더욱 자신감에 찬 적이 있었다.		
	평소보다 더욱 잠을 덜 잤거나, 또는 잠잘 필요를 느끼지 않은 적이 있었다.		
	평소보다 말이 더 많았거나 말이 매우 빨라졌던 적이 있었다.		
	생각이 머리속에서 빠르게 돌아가는 것처럼 느꼈거나 마음을 차분하게 하지 못한 적이 있다.		
	주위에서 벌어지는 일로 쉽게 방해받았기 때문에, 하던 일에 집중하기 어려웠거나 할 일을 계속하지 못한 적이 있었다.		
	평소보다 더욱 에너지가 넘쳤던 적이 있었다.		
	평소보다 더욱 활동적이었거나 더 많은 일을 하였던 적이 있었다.		
	평소보다 더욱 사교적이거나 적극적(외향적)이었던 적이 있었다. (하나의 예를 들면, 한밤중에 친구들에게 전화를 했다.)		
	평소보다 더욱 성행위에 관심이 간 적이 있었다.		
	평소의 당신과는 맞지 않는 행동을 했거나, 남들이 생각하기에 지나치거나 바보 같거나 또는 위험한 행동을 한 적이 있었다.		
	돈쓰는 문제로 자신이나 가족을 곤경에 빠뜨린 적이 있었다.		
2	만약 위의 질문 중에서 두개 이상 "예"라고 했다면, 그 중 몇 가지는 같은 시기에 벌어진 것입니까?		
	예 □ ¹⁾ 아니오□ ⁰⁾		
3	이러한 일들로 인해서 어느 정도의 문제가 발생했습니까? 예를 들어 일할 수 없었다, 금전적 문제, 법적 문제 또는 가족 내에 분란이 생겼다, 말다툼하거나 싸웠다 등. (다음 중 하나만 표시하십시오.)		
	문제 없었다 □ ⁰⁾ 경미한 문제 □ ¹⁾ 중등도의 문제 □ ²⁾ 심각한 문제 □ ³⁾		

3. **지난 한 달 동안** 다음 생각, 느낌, 경험이 있었는지에 대해 ‘예’ 또는 ‘아니오’에 체크해주시요. 술이나 약을 복용하는 동안에만 경험하는 것은 포함하지 않습니다.

질문내용	예 ¹⁾	아니오 ²⁾
1. 내가 이전에 즐겨 했던 일에 흥미가 없어진다.		
2. 지금 경험하는 일이 마치 전에도 똑같이 일어났던 것처럼 느껴질 때가 종종 있다. (데자뷰).		
3. 나는 때때로 다른 사람들이 느끼지 못하는 냄새나 맛을 느낀다.		
4. 나는 쿵, 찰각, 쏜, 짹, 딸랑딸랑 거리는 등의 특이한 소리를 종종 듣는다.		
5. 때로는 내가 경험한 상황이 실제인지 상상인지 헷갈릴 때가 있다.		
6. 내가 다른 사람을 쳐다보거나 거울 속의 내 자신을 볼 때, 내 눈 바로 앞에서 얼굴이 바뀌는 것을 본 적이 있다.		
7. 나는 사람을 처음 만날 때 극도로 불안해 진다.		
8. 다른 사람들이 확실히 볼 수 없는 것들을 본 적이 있다.		
9. 내 생각들은 가끔 너무 강렬해져서 마치 실제로 내게 말하는 것처럼 느낄 때가 있다.		
10. 나는 때때로 광고나 상품 진열대 또는 내 주변에 배치된 것들에서 특별한 의미를 발견한다.		
11. 때때로 나는 내 아이디어나 생각을 통제하지 못한다고 느낄 때가 있다.		
12. 때때로 나는 평소에는 알아채지 못했을 희미한 소리에 갑자기 정신이 산만해 진다.		
13. 다른 사람들이 듣지 못하는 속삭임이나 말소리를 들은 적이 있다.		
14. 나는 다른 사람들이 내게 양심을 품고 있다고 느낀 적이 종종 있다.		
15. 보이진 않지만, 어떤 사람이나 힘이 내 주위에 존재하는 느낌을 받은 적이 있다.		
16. 나는 내 몸의 일부가 어떤 면에서 달라졌거나, 이전과 다르게 움직이고 있다고 느낀다.		
a. 가끔 나에 대한 음모(모함)가 있다는 느낌이 든다.		
b. 사람들이 말을 길게 하면 말뜻을 정확히 이해하기 어렵다.		
c. 그럴 리가 없는데 가끔 어떤 사건이나 방송들이 나와 관련이 있는 것 같다.		

4. 아래에 있는 항목들은 **지난 일주일 동안**의 당신의 상태에 대한 질문입니다. 그와 같은 일들이 지난 일주일 동안 얼마나 자주 일어났었는지 답변해 주십시오.

지난 일주일간 나는		1일 이하	1~2일	3~4일	5일 이상
1	평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴진다.	0	1	2	3
2	먹고 싶지 않고 식욕이 없었다.	0	1	2	3
3	어느 누가 도와준다 하더라도 나의 울적한 기분을 떨쳐버릴 수 없을 것 같았다.	0	1	2	3
4	무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다.	0	1	2	3
5	비교적 잘 지냈다.	0	1	2	3
6	상당히 우울했다.	0	1	2	3
7	모든 일들이 힘들게 느껴졌다.	0	1	2	3
8	앞일이 암담하게 느껴졌다.	0	1	2	3
9	지금까지의 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	0	1	2	3
10	적어도 보통 사람들만큼의 능력은 있었다고 생각한다.	0	1	2	3
11	잠을 설쳤다(잠을 잘 이루지 못했다).	0	1	2	3
12	두려움을 느꼈다.	0	1	2	3
13	평소에 비해 말수가 적었다.	0	1	2	3
14	세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	0	1	2	3
15	큰 불만 없이 생활 했다.	0	1	2	3
16	사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.	0	1	2	3
17	갑자기 울음이 나왔다.	0	1	2	3
18	마음이 슬펐다	0	1	2	3
19	사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	0	1	2	3
20	도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.	0	1	2	3

5. 아래에 항목들은 **지난 6개월 동안** 귀하가 어떻게 느끼고 행동하였는지에 대한 질문입니다.

질문을 잘 읽고 평가기준에 맞춰 답변해주시기 바랍니다.

Part A						
		전혀 그렇지 않다 ⁰⁾	거의 그렇지 않다 (드물게 그렇다) ¹⁾	약간 혹은 가끔 그렇다 ²⁾	자주 그렇다 ³⁾	매우 자주 그렇다 ⁴⁾
1	어떤 일의 어려운 부분은 끝내 놓고 그 일을 마무리를 짓지 못해 곤란을 겪은 적이 있습니까?					
2	체계가 필요한 일을 해야 할 때 순서대로 진행하기 어려운 경우가 있습니까?					
3	약속이나 해야 할 일을 잊어버려 곤란을 겪은 적이 있습니까?					
4	골치 아픈 일은 피하거나 미루는 경우가 있습니까?					
5	오래 앉아 있을 때, 손을 만지작거리거나 발을 꼬지락거리는 경우가 있습니까?					
6	마치 모터가 달린 것처럼 과도하게 혹은 멈출 수 없이 활동하는 경우가 있습니까?					

6. 아래의 각 문항에 해당되는 정도에 표시해 주십시오.

	문항	전혀 없었다 ¹⁾	아니다 ²⁾	보통 이다 ³⁾	자주 그렇다 ⁴⁾	항상 그렇다 ⁵⁾
1	나는 힘든 시기를 겪었을 때 빠르게 회복하는 편이다.	1	2	3	4	5
2	나는 스트레스 사건을 극복하는 것이 어렵다.	1	2	3	4	5
3	나는 스트레스 사건에서 회복되는데 오래 걸리지 않는다.6	1	2	3	4	5
4	나는 좋지 않은 일이 생길 때 그 일에서 빨리 회복하는 것이 어렵다.	1	2	3	4	5
5	나는 보통 어려운 상황을 전혀 힘들지 않게 이겨낸다.	1	2	3	4	5
6	나는 삶의 시련을 극복하는데 시간이 오래 걸린다.	1	2	3	4	5

7. 다음은 실제 경험으로 미루어 보신 후 해당되는 곳에 O표 해주시기 바랍니다.

질문에 나오는 1잔이란, 술의 종류와 관계없이 1잔의 양을 의미합니다.

문항		0점	1점	2점	3점	4점
1	술을 얼마나 자주 마십니까?	전혀 마시지 않는다	월1회 미만	월 2~4회	주 2~3회	주4회 이상
2	평소 술을 마시는 날 몇 잔 정도나 마십니까?	1~2잔	3~4잔	5~6잔	7~9잔	10잔 이상
3	한번 술을 마실 때 소주 1병 또는 맥주 4병 이상의 음주는 얼마나 자주 하십니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
4	지난 1년간 술을 한번 마시기 시작하면 멈출 수 없었던 때가 얼마나 자주 있었습니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
5	지난 1년간 평소 같으면 할 수 있었던 일을 음주 때문에 하지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
6	지난 1년간 술을 많이 마신 다음날 해장술을 마신 적이 얼마나 자주 있었습니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
7	지난 1년간 음주 후에 죄책감을 느끼거나 후회한 적이 얼마나 자주 있었습니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
8	지난 1년간 음주 때문에 전날 밤에 있었던 일이 기억나지 않았던 적이 얼마나 자주 있었습니까?	전혀 없음	월1회 미만	월1회	주1회	거의 매일
9	음주로 인해 자신이나 다른 사람이 다치게 한 적이 있습니까?	없음		있지만, 지난 1년 간에는 없었음		지난 1년간 있었음
10	친척이나 친구, 의사가 당신이 술 마시는 것을 걱정 하거나 술 끊기를 권유한 적이 있습니까?	전혀 없음		월 1회		거의 매일

8. 귀하가 스트레스 상황이나 사건에 당면했을 때, 그 일에 대처하기 위하여 어떤 방법을 사용하였는지를 각 항목에서 적당한 답변에 V 표시를 해 주십시오.

번호	문항 (스트레스 사건에 대처하기 위해서 나는...)	전혀 사용하지 않았다	약간 사용한다	어느 정도 사용한다	아주 많이 사용한다
1	활동계획을 세우고 그것에 따른다.	1	2	3	4
2	무엇을 해야 할지 알기 때문에 일이 잘되도록 더 열심히 노력한다	1	2	3	4
3	일이 어떻게 되었으면 좋겠다는 공상이나 소망을 한다	1	2	3	4
4	내가 처한 지금의 상황보다 더 좋은 경우를 상상하거나 공상한다	1	2	3	4
5	문제를 구체화시킬 수 있는 사람과 이야기 한다	1	2	3	4
6	존경하는 친척이나 친구에게 조언을 구한다	1	2	3	4
7	모든 것을 잊어버리려고 노력한다	1	2	3	4
8	그 일을 무시해 버리거나 그것을 너무 심하게 받아들이지 않는다	1	2	3	4
9	그 일에서 무엇인가 창조적인 일을 할 수 있는 단서를 얻는다	1	2	3	4
10	일이 잘 되어 나갈 수 있도록 무엇인가 변화 시킨다	1	2	3	4
11	운이 나쁠 때도 있으므로 운으로 돌린다	1	2	3	4
12	아무 일도 안 일어난 것처럼 행동한다	1	2	3	4
13	그 일이 사라지거나 끝나버리기를 바란다	1	2	3	4
14	일어난 일이나, 나의 느낌을 바꿀 수 있기를 바란다	1	2	3	4
15	내가 느끼고 있는 바를 누구에게 말한다	1	2	3	4
16	그 일에 좀 더 알아보려고 누군가와 이야기 한다	1	2	3	4
17	그 문제를 더 잘 이해하기 위해 그것을 자세히 분석해본다	1	2	3	4
18	다음 단계에는 어떻게 해야 할 것인지에 대해 전념 한다	1	2	3	4
19	그 일을 잊기 위해 다른 일을 하거나 다른 활동을 한다	1	2	3	4
20	다른 사람에게 분풀이를 한다	1	2	3	4
21	그 일이 지금보다 더 나쁠 수도 있었음을 스스로 일깨운다	1	2	3	4
22	그 일이 잘 되게 해달라고 기도한다	1	2	3	4
23	전문적인 도움을 청한다	1	2	3	4
24	다른 사람들의 동정과 이해를 받아 들인다	1	2	3	4

2019
전라남도 대학생
정신건강 실태조사

발행일_ 2019년 12월

발행인_ 윤보현

발행처_ 전라남도광역정신건강복지센터

전화번호_ 061-350-1700

팩스_ 061-332-1093

홈페이지_ www.061mind.or.kr

디자인·인쇄_ 백일디자인(062-676-0129)