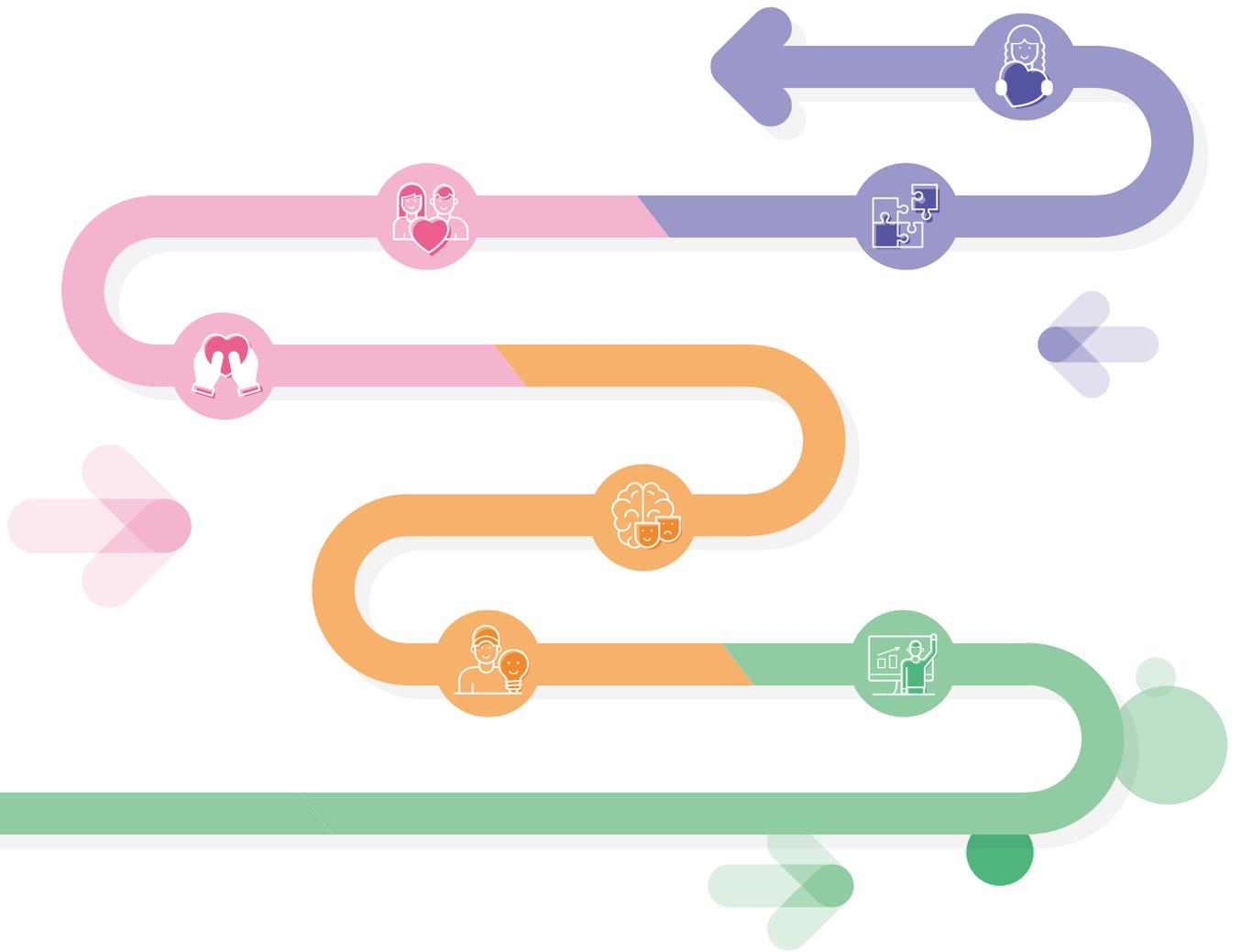


2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사 보고서



CONTENTS

I

조사개요

1. 조사배경 및 목적	06
2. 조사내용 및 방법	07

II

정신건강 실태조사 현황

1. 대학별 정신건강 실태조사 참여율	12
2. 응답자의 인구사회학적 특성	13
3. 대학생의 양극성 장애	29
4. 대학생의 조기정신증	31
5. 대학생의 우울증	34
6. 대학생의 주의력결핍 과잉행동장애	36
7. 대학생의 범불안장애	38
8. 대학생의 GRIT과 정신건강	40
9. 2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사 고위험군 개입현황	40
10. 2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사 고위험군 심층상담 결과	41

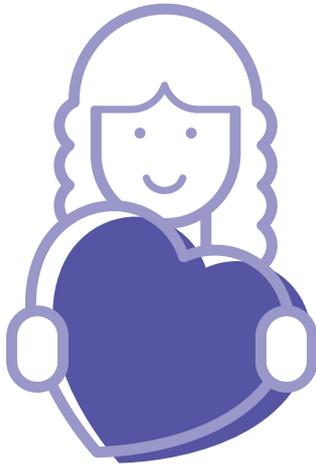
III

요약 및 제언

1. 요약	44
2. 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년 결과와 비교	46
3. 제언	47



조사개요



2023년 전라남도
대학생 정신건강 실태조사 보고서

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. 발달 심리학자인 Arnett는 20세기 후반의 사회적, 문화적, 경제적 변화로 인해 특히 경제적으로 가장 발전된 국가에서 성인으로 가는 경로가 길어졌다고 주장하였다. 따라서 대략 18세에서 29세는 이제 청소년도 성인도 아닌 뚜렷한 삶의 단계를 구성한다고 생각해 볼 수 있다. 이러한 이론을 바탕으로 볼 때 대학생은 청소년기에서 성인기로 이행하는 과도기적 시기에 놓여져 있고 인생의 가장 중요한 단계에 있는 집단이다. 이 시기는 청소년기는 아니지만 자아정체성 혼란 및 탐색의 청소년기 과업을 수행하며, 법적 사회적으로 성인이지만 취업과 경제적 안정이라는 성인기 과업을 수행하지 못 하는 상태다. 성인 진입기는 다양한 경험을 통해 미래의 삶에 대한 탐색이 이루어지는 시기로 정체성의 탐색의 시기, 불안정의 시기, 자신에게 집중하는 시기, 청소년과 성인 사이에 끼어 있다는 느낌을 갖게 되는 시기, 가능성 모색의 시기이기도 하다. 이러한 청년을 이해함에 있어 인지발달, 가족관계, 우정, 사랑, 미디어 사용 등 삶 전반에 대한 이해가 필요하다. 성인 진입기에는 내재된 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 있다.(3) 선행연구 결과 대학생은 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.(6) 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 못하면 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. 국내에서도 2023년 정신건강정책 혁신방안을 발표하고 청년층에 초점을 맞추어 정신건강의 예방, 조기발견, 조기치료, 사후관리 사업을 신설하거나 확대하였다. 성인 대상 10년 주기로 하고 있는 정신건강 검진을 20~34세 청년층에서는 주기를 2년으로 단축하고 기존 우울증에 조현병, 양극성장애를 추가하였다.

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

이번 2023년 전라남도 대학생 정신건강실태 조사는 2017년, 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년에 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

2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사는 전라남도광역정신건강복지센터, 국립나주병원의 유기적인 협조 하에 이루어졌다.

2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사는 정신건강 캠페인에 참여한 전라남도 소재의 15개 대학교가 참여하였다. 2023년 4월부터 12월까지 해당 대학교에 재학중인 대학생을 대상으로 검사의 목적 및 방법에 대해 설명하였고 동의를 얻은 후 조사를 실시하였다. 2023년 조사는 ‘터치마인드’ APP을 통한 설문조사로 진행되었다.

1) 설문지 구성

조사 항목	문항 수	조사 내용
응답자의 기초 정보	16문항	- 성별, 출생년도, 전화번호, 하루평균 스마트폰 사용시간, SNS 접속 횟수, 주거 상태, 흡연력, 음주력, 카페인 사용량, 본인 및 부모 결혼상태, 사회경제적 상태, 교육년수, 학년, 학과, 향후 대학 자퇴 계획, 미래 진로 계획
정신건강 관련 특성	10문항	- 정신건강복지센터 인지여부, 정신의료기관(정신건강복지센터 포함) 이용경험, 정신건강의학과에 대한 생각, 친구관계, 자살관련 문항
정신건강척도	68문항	- MDQ 15문항 - mKPQ 19문항 - PHQ-9 9문항 - ASRS part A 6문항 - GAD-7 7문항 - Grit-O 12문항

MDQ, The Mood Disorder Questionnaires; mKPQ, The modified Korean version of the 16-item Prodromal Questionnaire; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; ASRS-v1.1 part A, Adult ADHD Self-Report Scale-Version1.1 part A; GAD-7, The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale; Grit-O, The 12-item grit scale

2) 척도 구성

(1) MDQ (The Mood Disorder Questionnaires)

Mood Disorder Questionnaire (이하 MDQ)는 양극성장애를 선별하기 위해 Hirschfeld등에(7) 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 양극성스펙트럼장애 고위험군으로 정의하였다.

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

Modified Korean version of the 16-item Prodromal Questionnaire (이하 mKPQ)는 조기정신증의 위험을 측정하는 자기보고식 평가 척도 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire⁽⁸⁾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 조기정신증 고위험군으로 정의하였다.

(3) PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

우울증상은 Kroenke와 Spitzer 등이 개발하여 국내에서 표준화가 되어 있는 Patient Health Questionnaire-9(이하 PHQ-9)를 활용하여 평가하였다. 비교적 간단하고 짧은 시간동안 우울증을 선별하고 심각도를 평가할 수 있도록 만들어진 자기보고식 설문이다.^(10, 11) 총 9문항으로 DSM-IV의 우울삽화의 진단기준과 일치하게 고안되었으며, 각 항목당 0점에서 3점까지 스스로 점수를 부가한다. 0~4점은 우울하지 않음, 5~9점은 가벼운 우울증, 10~19점은 중간정도 우울증, 20~27점은 심한 우울증으로 판정한다. 본 연구에서는 PHQ-9 총점이 10점 이상인 경우에 임상적으로 유의한 우울 고위험군으로 정의하였다.

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

한국판 Adult ADHD Self-Report Scale-Version 1.1(이하 ASRS-v1.1)는 DSM-IV 진단기준에 의거하여 ADHD 증상을 측정하기 위해 세계보건기구(World Health Organization)에서 개발한 자기보고식 척도로⁽¹²⁾ 김지혜, 이은호, 정유숙이 이를 번안하여 표준화 하였다.⁽¹³⁾ 전체 18개 문항은 파트 A의 6 문항과 파트 B의 12문항으로 나뉜다.⁽¹⁴⁾ 파트 A의 문항은 ADHD를 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. 이 척도는 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’부터 ‘매우 자주 그렇다(4점)’까지 5점 Likert 척도로 평정한다. Part A의 6가지 문항에 대해 답변을 이분화(Part A 1~3번 ≥ 2 점, 4~6번 ≥ 3 점)하여 6가지 문항 중 4개 이상의 문항이 해당할 경우, 민감도 68.7%, 특이도 99.5%를 보였다. 본 조사에서도 part A의 6개 문항에 대한 답변을 이분화 하여 총 6개 문항 중 4개 이상의 문항이 해당하는 경우 성인 ADHD 고위험군, 그 외의 경우는 정상군으로 정의하였다.⁽¹²⁾

(5) Grit-O (The 12-item grit scale)

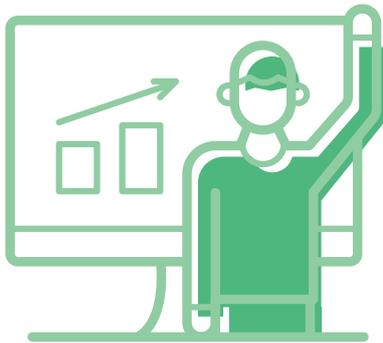
GRIT은 Duckworth⁽¹⁵⁾이 처음 소개한 개념으로 ‘목표 달성을 위한 장기적인 열정과 인내’로 정의 된다. GRIT은 성격의 5요인 중에 성실성과 비슷한 점이 있으나 대상에 대한 열정이 포함된다는 점에서 차이가 있으며⁽¹⁵⁾, 자기통제(self-control)와도 장기적으로 노력을 지속한다는 점에서 다르다. 또한 GRIT은 역경을 경험했을 때 돌아오는 회복탄력성⁽¹⁶⁾과도 비슷하지만 목표지향적이라는 점에서 차이를 보인다. GRIT은 12문항으로 구성되어있으며, 각 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 있다. 문항별 최저 점수는 1점(전혀 아니다)에서 5점(항상 그렇다)로 최저 5점에서 60점까지 분포하게 되며, 최종 GRIT 점수는 12문항의 평균점수가 된다. Korean version GRIT의 전체 문항에 대한 내적 일치도 계수(Chronbach alpha)는 0.85였다⁽¹⁷⁾.

(6) GAD-7 (The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale)

범불안장애 환자를 선별 진단하기 위해 개발된 선별평가도구로서, 불안 또는 걱정과 관련된 7가지 문항에 대해 그 정도를 0점에서 3점까지 체크하도록 한 자가보고형 측정도구이다. GAD-7은 항목 수가 적고 내용이 간단하여 일차 진료현장에서 도 쉽게 이용할 수 있는 장점이 있다. 이 척도의 내적 일치도는 Cronbach α 0.89로 보고되었으며, 척도의 총 점수가 10점 이상인 경우를 ‘범불안장애’로 진단할 경우, 이에 대한 민감도와 특이도는 각각 0.89와 0.82로 보고되었다. 또한 GAD-7의 총점이 높을수록 불안증상의 심각도가 높고 기능저하도 더욱 심한 것으로 나타났다.⁽¹⁸⁾ 우리 연구에서는 척도의 점수가 10점 이상일 경우 범불안장애 고위험군으로 정의 하였다.

II

정신건강 실태조사 현황



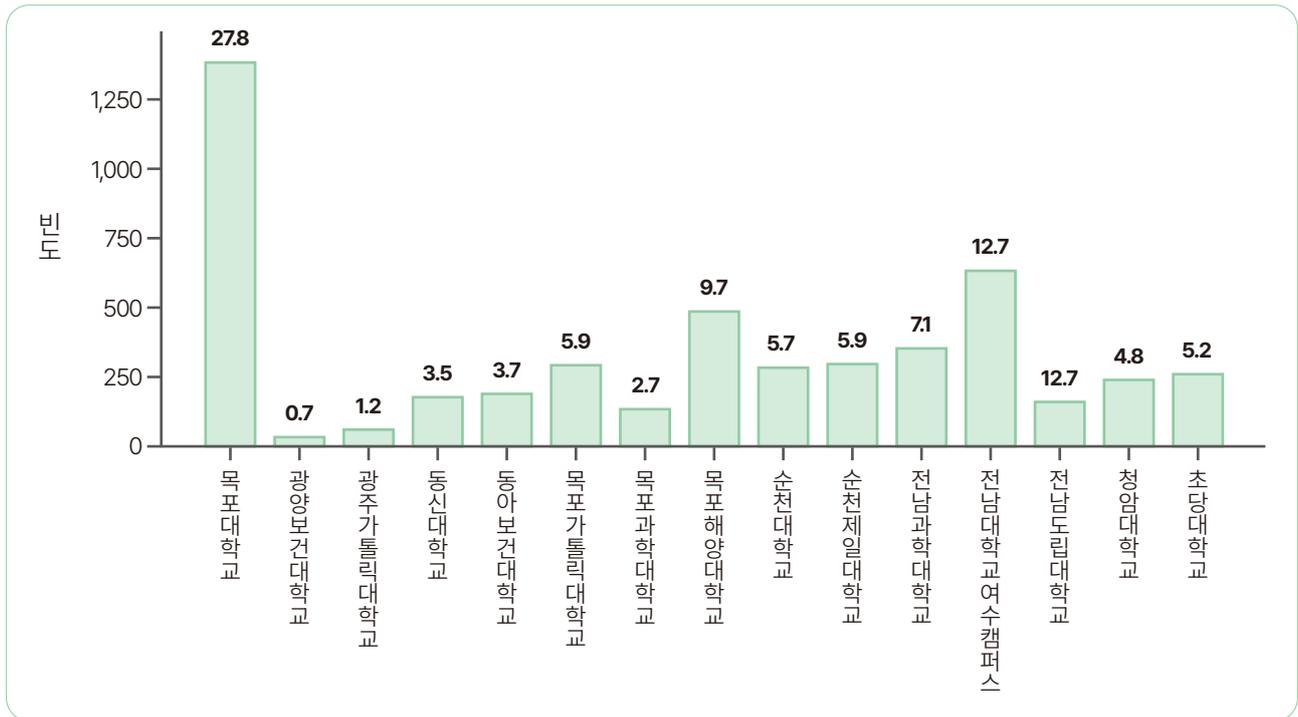
1. 대학별 정신건강 실태조사 참여율

대학생 정신건강 캠페인에 참여한 전라남도 15개 대학의 정신건강실태조사 참여율을 표1에 제시하였다. 정신건강실태조사에 참여한 대상자는 총 5,078명이며, 이중 개인정보제공동의서에 동의하고 정신건강척도에 100% 응답한 4,965명의 자료를 분석하였다. 목포대학교 1,378명(27.8%), 광양보건대학교 35명(0.7%), 광주가톨릭대학교 61명(1.2%), 동신대학교 176명(3.5%), 동아보건대학교 183명(3.7%), 목포가톨릭대학교 291명(5.9%), 목포과학대학교 291명(5.9%), 목포해양대학교 484명(9.7%), 순천대학교 284명(5.7%), 순천제일대학교 295명(5.9%), 전남과학대학교 354명(7.1%), 전남대학교 여수캠퍼스 633명(12.7%), 전남도립대학교 162명(3.3), 청암대학교 239명(4.8%), 초당대학교 258명(5.2%)이 실태조사에 참여하였다.

<표1> 대학별 정신건강실태조사 참여율

대학명	명(%)
목포대학교	1,378(27.8)
광양보건대학교	35(0.7)
광주가톨릭대학교	61(1.2)
동신대학교	176(3.5)
동아보건대학교	183(3.7)
목포가톨릭대학교	291(5.9)
목포과학대학교	132(2.7)
목포해양대학교	484(9.7)
순천대학교	284(5.7)
순천제일대학교	295(5.9)
전남과학대학교	354(7.1)
전남대학교여수캠퍼스	633(12.7)
전남도립대학교	162(3.3)
청암대학교	239(4.8)
초당대학교	258(5.2)
합계	4,965(100.0)

<그림1. 대학별 정신건강실태조사 참여율>



2. 응답자의 인구사회학적 특성

조사에 참여한 대학생의 인구사회학적 분포는 표2에 제시하였다. 조사대상자는 총 4,965명으로 남성2,259명(45.5%) 여성 2,706명(54.5%)으로 여성의 참여율이 더 높았다.

대상자의 평균나이는 22.9 ± 6.7 세였고 24세 이하가 83.9%였다. 남성의 평균 나이는 22.2 ± 4.8 세, 여성의 평균나이는 23.4 ± 7.9 세로 여성의 나이가 더 많았다($p < 0.001$). 주거 상태는 가족과 함께 거주하는 대상자가 2,918명(58.8%), 독립생활을 하는 대상자가 2,047(41.2%)명이었다. 결혼 상태에서 본인이 기혼인 경우 407(8.2%)이고, 부모님이 기혼인 경우 4,134명(83.4%)이었다. 가족의 주관적 사회/경제적 상태에 대한 응답에서는 상 561명(11.3%), 중 3,699명(74.5%), 하 705명(14.2%) 이었다.

대상자 중 현재 비흡연자는 3,879명(78.1%), 흡연자는 1,086명 (21.9%) 이었다. 흡연자 중 731명(14.7%)이 매일 흡연한다고 응답하였다. 대상자 중 비음주자는 910명(18.3%), 음주자는 4,055명(81.7%)으로 대다수의 대상자가 음주를 하고 있었다. 음주빈도에 대해 좀 더 자세히 살펴보면 월 1회 미만으로 음주를 하는 경우 1,388명(28.0%), 월 2~4회 음주를 하는 경우 2,044명(41.2%), 주 2~3회 음주를 하는 경우 548명(11.0%), 주 4회 이상 음주를 하는 경우 75명(1.5%)였다. 대상자의 하루 평균 스마트폰 사용 시간은 5.8 ± 3.2 시간이었고 스마트폰을 사용하지 않는 경우 12명(0.2%), 하루 평균 스마트폰1~3시간사용 1,104명(22.2%), 4~6시간 사용 2,326(46.8%), 7시간 이상 사용 1,524명(30.7%) 이었다. 하루 평균 SNS(social network service; 페이스북, 인스타그램, 트위터, 카카오톡, 밴드 등) 접속 횟수 13.4 ± 18.2 회였다. SNS를 사용하지 않는 경우 491명(9.9%), 하루 평균 SNS 접속 횟수가 1~9회 1,922명(38.7%), 10~19회 1,408명(28.4%), 20회 이상 1,144명(23.0%) 이었다. 최근 2주동안 하루 평균 카페인이 포함되어 있는 음료 음용횟수는 1.5 ± 3.0 회였고 세부 응답으로는 카페인 음료를 마시지 않는다고 응답한 대상자가 1,686명(34.0%), 하루 평균 1~2잔 2,584명(52.0%), 하루 평균 3잔 이상 659명(14.0%)이었다.

학년은 1학년 2,094명(42.2%), 2학년 1,282명(25.8%), 3학년 781명(15.4%), 4학년 808명(16.3%)으로 1, 2학년 학생의 참여 비율이 높았다.

향후 경제사정, 대학교육 불만족, 대학교육포기, 편입, 취업 어려움 등의 이유로 대학 자퇴 계획을 묻는 문항에 '자퇴 계획이 있다' 라고 응답한 대상자는 345명(6.9%)이었다. 미래 진로계획의 경우 취업 3,441명(69.3%), 프리랜서(창업) 219명(4.4%), 진학(유학, 대학원 등) 202명(4.1%) 고시(공무원, 국가자격증) 524명(10.6%), 미정 579명(11.7%)였다.

조사에 참여한 대학생의 정신건강의학 관련 특성과 정신건강척도의 평균점수는 표3에 제시하였다. 정신건강복지센터 인지 여부에 대한 질문에 '모른다'고 응답한 대상자는 3,353명(67.5%), '알고 있다'고 응답한 대상자는 1,612명(32.5%)으로 10명중 3명 정도가 정신건강 복지센터에 대해 인지하고 있었다. 정신의료기관 이용 경험에 대해 평가한 결과 '정신의료기관을 이용한 경험이 없다'고 응답한 대상자는 4,514명(90.9%), '있다'고 응답한 사람은 451명(9.1%)으로 실제 정신의료기관을 이용한 경험이 있는 사람은 일부에 불과했다.

정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각에 대한 질문에 '건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다' 라고 응답한 대상자는 1,341명(27.0%), '문제가 있다면 받고 싶다' 라고 응답한 사람은 2,512명(50.6%), '문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다'고 응답한 대상자는 930명(18.7%), '절대로 받고 싶지 않다'고 응답한 대상자는 182명(3.7%) 이었다.

'마음을 터놓을 수 있는 친구가 있다'고 응답한 대상자는 4,541명(91.5%), '없다'고 응답한 대상자는 424명(8.5%)이었다.

최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각(이하; 최근 1년 자살사고)을 물었을 때 '있다'고 응답한 대상자는 781명(15.7%), '없다'고 응답한 대상자는 4,184명(84.3%)였다. 최근 1년간 구체적인 자살계획을 세워 본 적이 있는지(이하; 최근 1년 자살계획) 물었을 때 '있다'고 응답한 대상자는 155명(3.1%), '없다'고 응답한 대상자는 4,810명(96.9%)이었다. 최근 1년간 자살을 행동에 옮겨 본 적이 있는지(이하; 최근 1년 자살시도) 물었을 때 '있다'고 응답한 대상자는 99명(2.0%), '없다'고 응답한 대상자는 4,866명(98.0%)였다. 과거부터 지금까지 자살에 대해 생각해 본 적이 있는지(이하; 평생 자살사고)를 물었을 때 '있다'고 응답한 대상자는 1,304명(26.3%), '없다'고 응답한 대상자는 3,661명(73.7%)이었다. 과거부터 지금까지 자살시도, 미수, 자해 경험(이하; 평생 자살시도)에 대해 물었을 때 '있다'고 응답한 대상자는 372명(7.5%), '없다'고 응답한 대상자는 4,593명(92.5%)이었다. 자살을 예방할 수 있다고 생각하는지 묻는 질문에 '매우 동의 하지 않음'이라고 응답한 대상자는 234명(4.7%), '동의하지 않음'이라고 응답한 대상자는 130명(2.6%), '잘 모르겠음'이라고 응답한 대상자는 1,267명(25.5%), '동의함'이라고 응답한 대상자는 1,810명(36.5%), '매우 동의함'이라고 응답한 대상자는 1,524명(30.7%)으로 과반수 이상에서 자살은 예방할 수 있다고 응답했다.

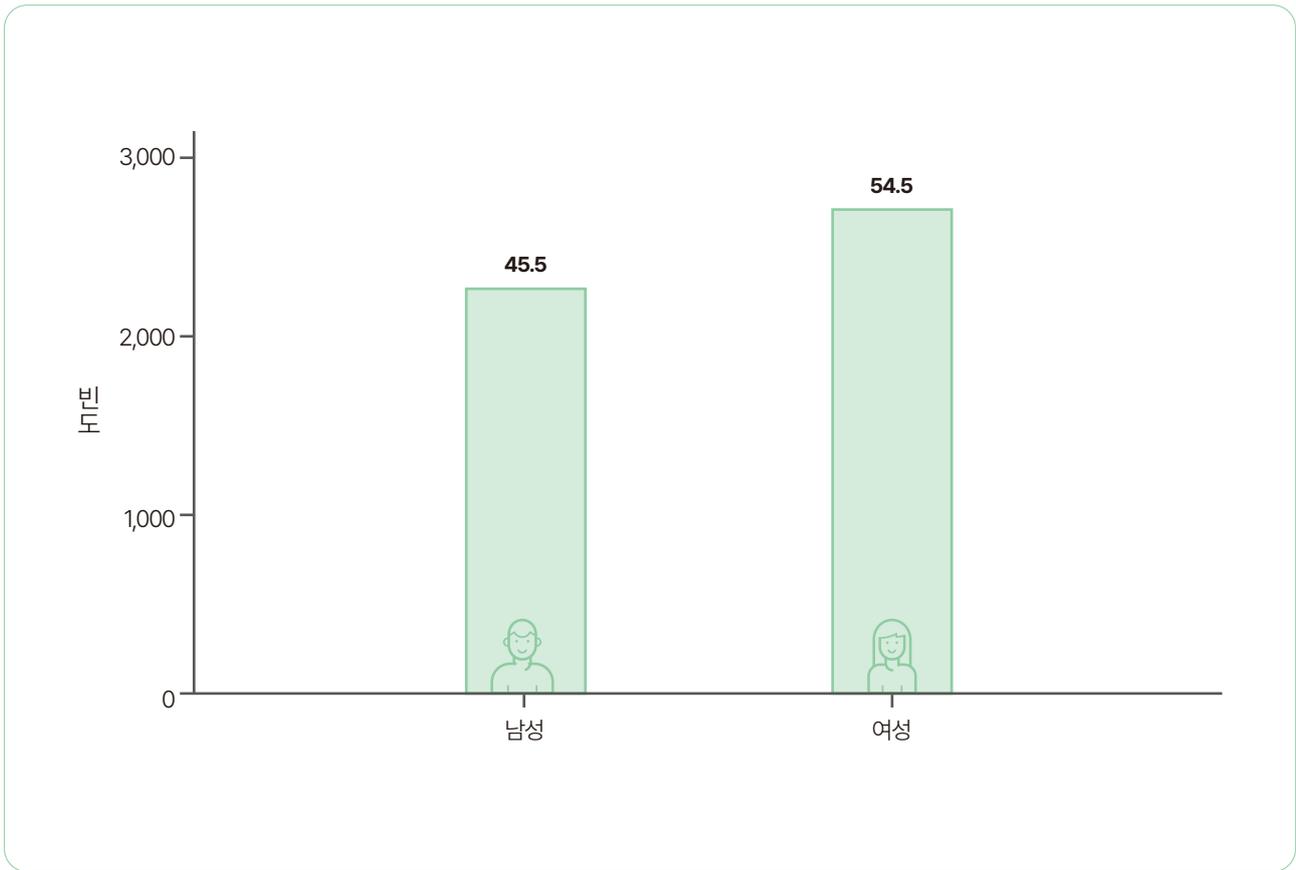
<표2. 인구사회학적 특성>

N=4,965

구분		명(%)
성별	남성	2,259(45.5)
	여성	2,706(54.5)
연령	20세 이하	2,218(44.7)
	21~24세	1,944(39.2)
	25세 이상	803(16.2)
주거상태	가족과 함께 거주	2,918(58.8)
	독립생활(자취 등 포함)	2,047(41.2)
본인 결혼상태	기혼	407(8.2)
	비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼, 재혼 등)	4,558(91.8)
부모 결혼상태	기혼	4,143(83.4)
	비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼, 재혼 등)	822(16.6)
사회경제적 상태	상	561(11.3)
	중	3,699(74.5)
	하	705(14.2)
현재 흡연유무	현재 비흡연자	3,879(78.1)
	현재 흡연자	1,086(21.9)
현재 음주유무	비음주자	910(18.3)
	음주자	4,055(81.7)
하루평균 스마트폰	스마트폰 없음	12(0.2)
	1~3시간	1,104(22.2)
	4~6시간	2,326(46.8)
	7시간 이상	1,523(30.7)
하루평균 SNS 접속 횟수	SNS 사용하지 않음	491(9.9)
	1~9회	1,922(38.7)
	10~19회	1,408(28.4)
	20회 이상	1,144(23.0)
하루평균 카페인 음료 음용 횟수	카페인 음료를 마시지 않음	1,686(34.0)
	1~2잔	2,584(52.0)
	3잔 이상	695(14.0)
학년	1학년	2,094(42.2)
	2학년	1,282(25.8)
	3학년	781(15.7)
	4학년	808(16.3)
향후 대학 자퇴 계획	없음	4,620(93.1)
	있음 (경제사정, 대학교육 불만족, 대학 교육 포기, 편입, 취업 어려움 등의 이유로)	345(6.9)
미래 진로 계획	취업	3,441(69.3)
	프리랜서(창업)	219(4.4)
	진학(유학, 대학원 등)	202(4.1)
	고시(공무원, 국가자격증)	524(10.6)
	미정	579(11.7)

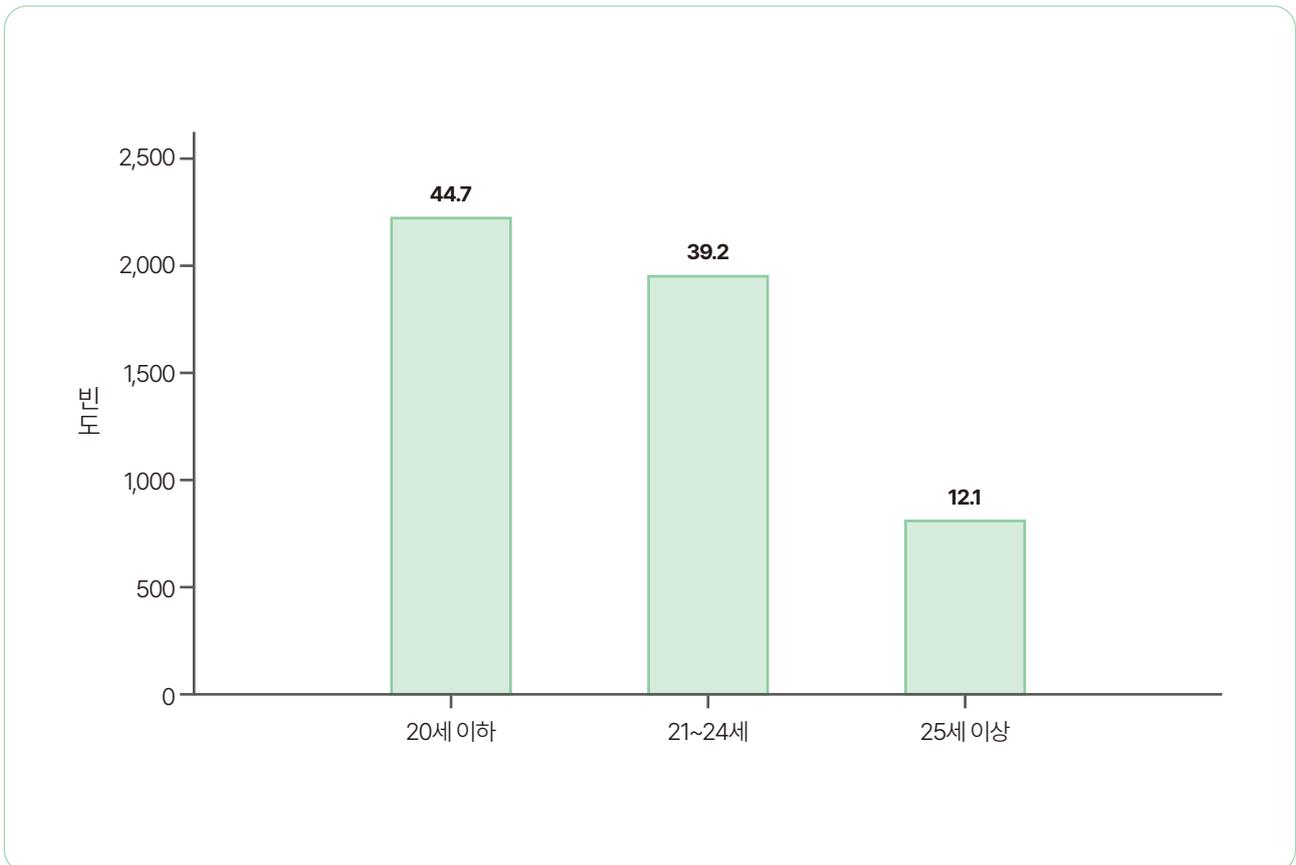
<그림2. 성별>

(단위 : %)



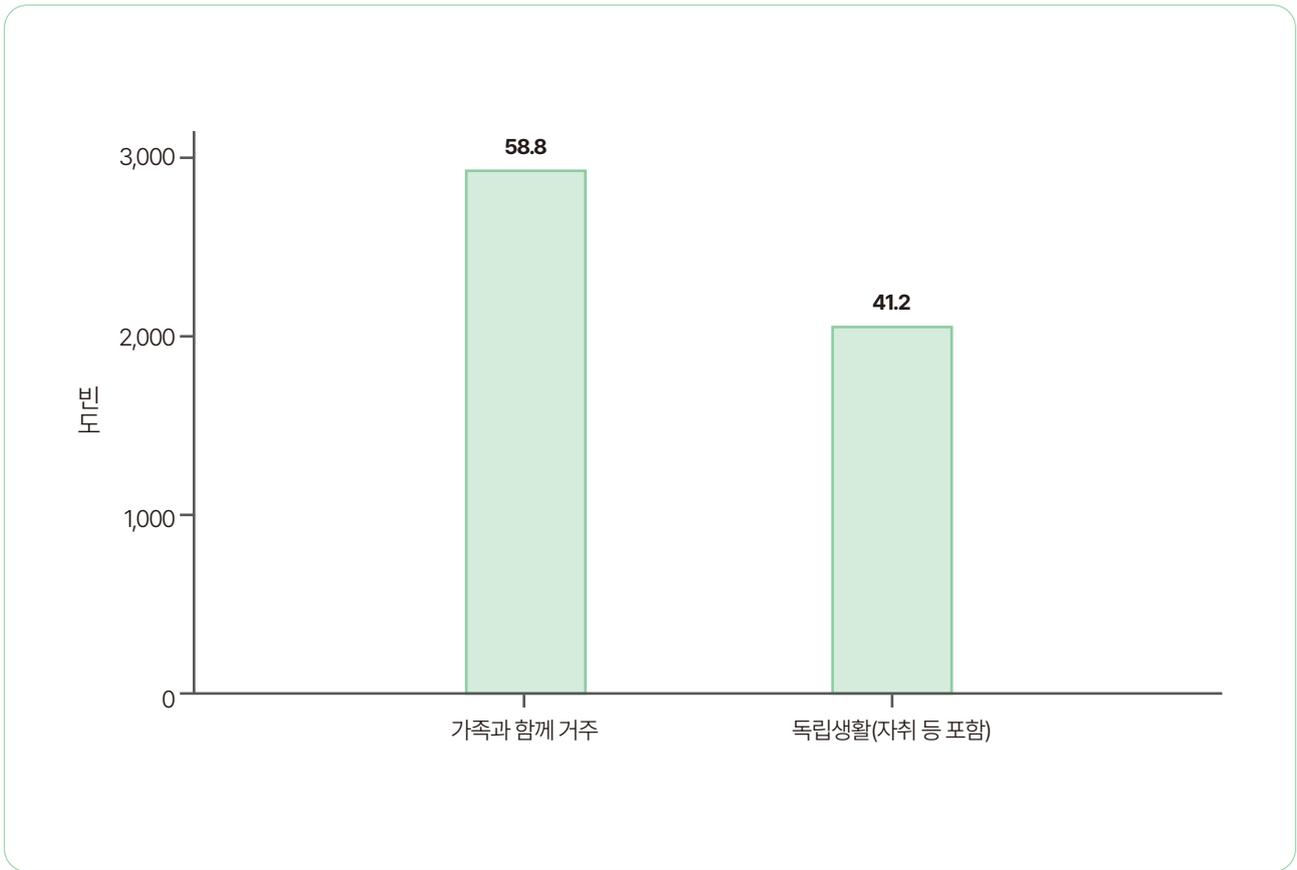
<그림3. 연령>

(단위 : %)



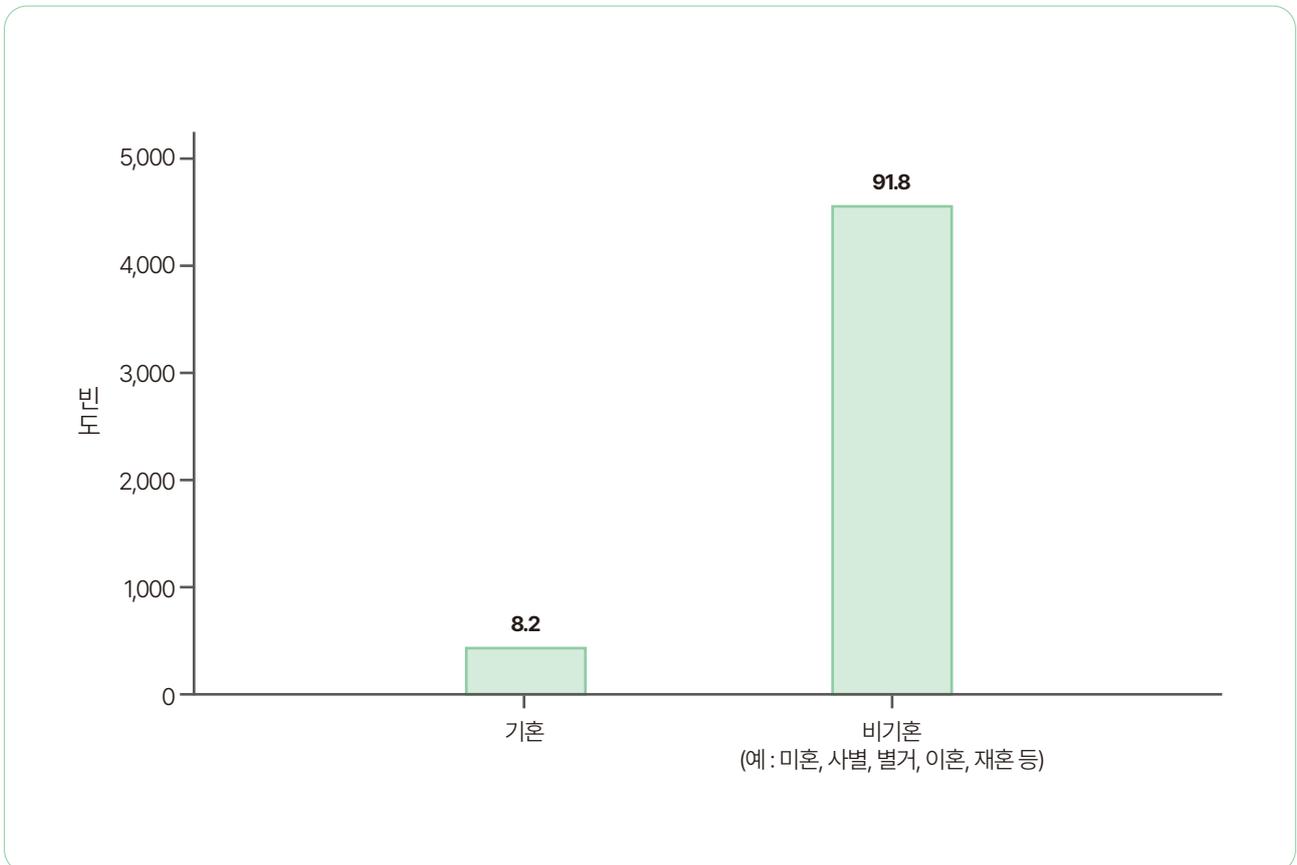
<그림4. 주거상태>

(단위 : %)



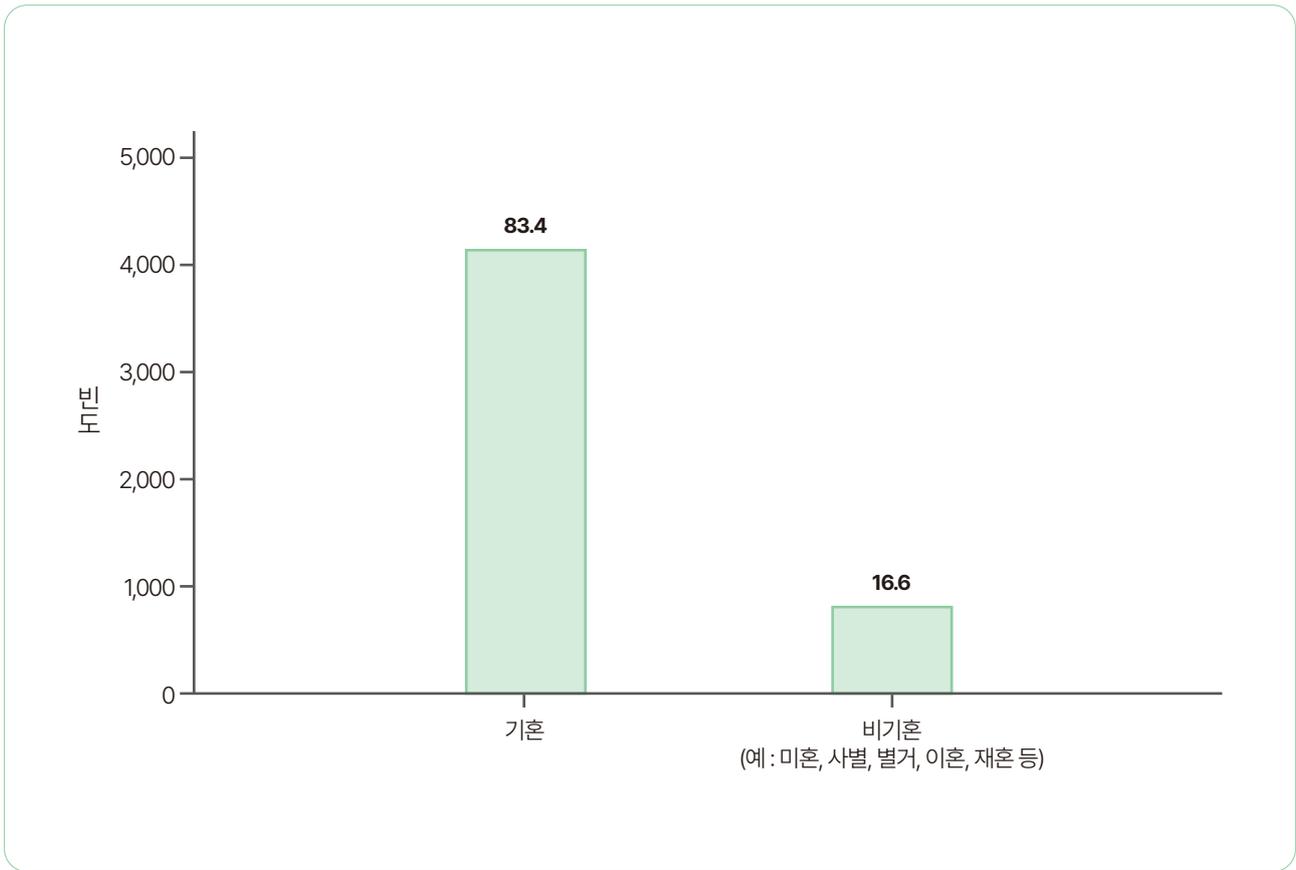
<그림5. 본인 결혼상태>

(단위 : %)



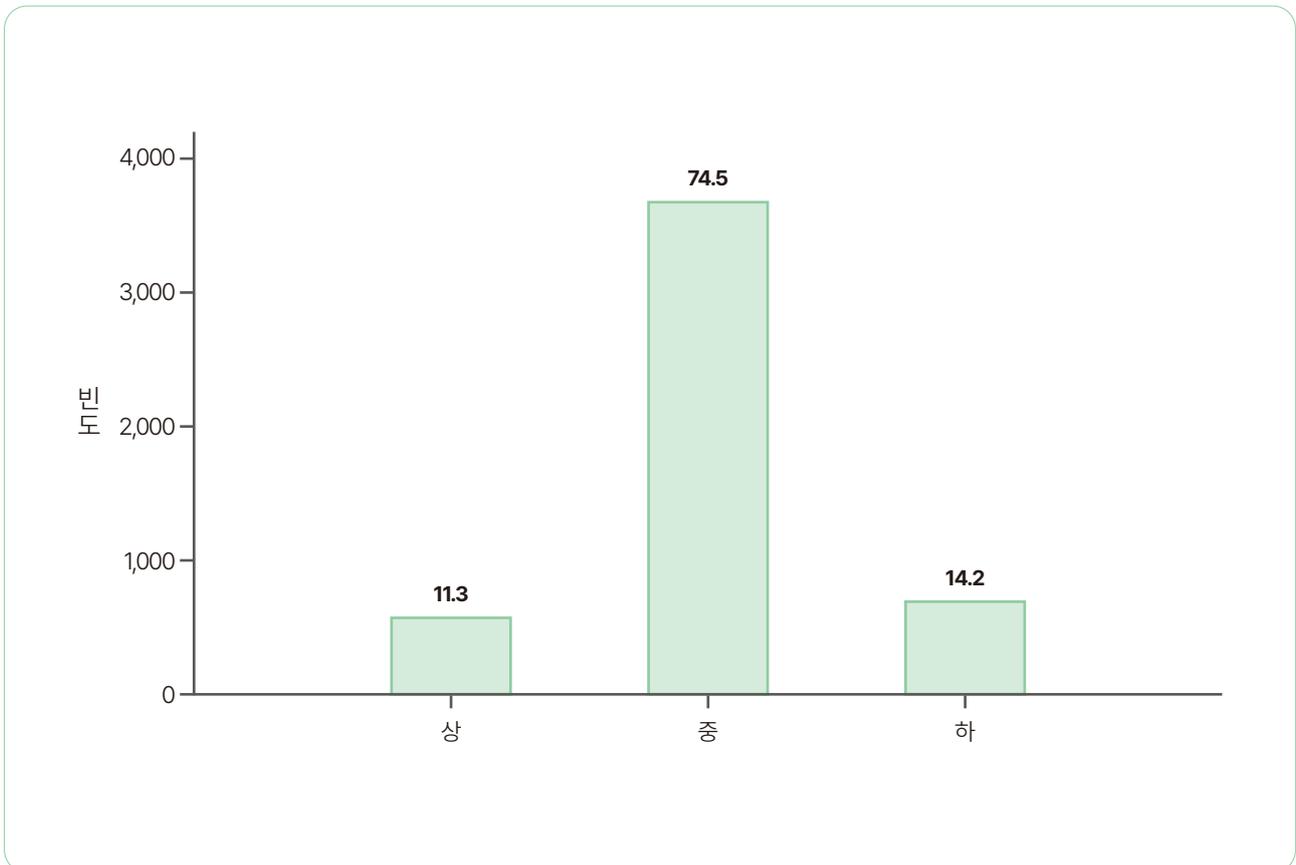
<그림6. 부모 결혼상태>

(단위 : %)



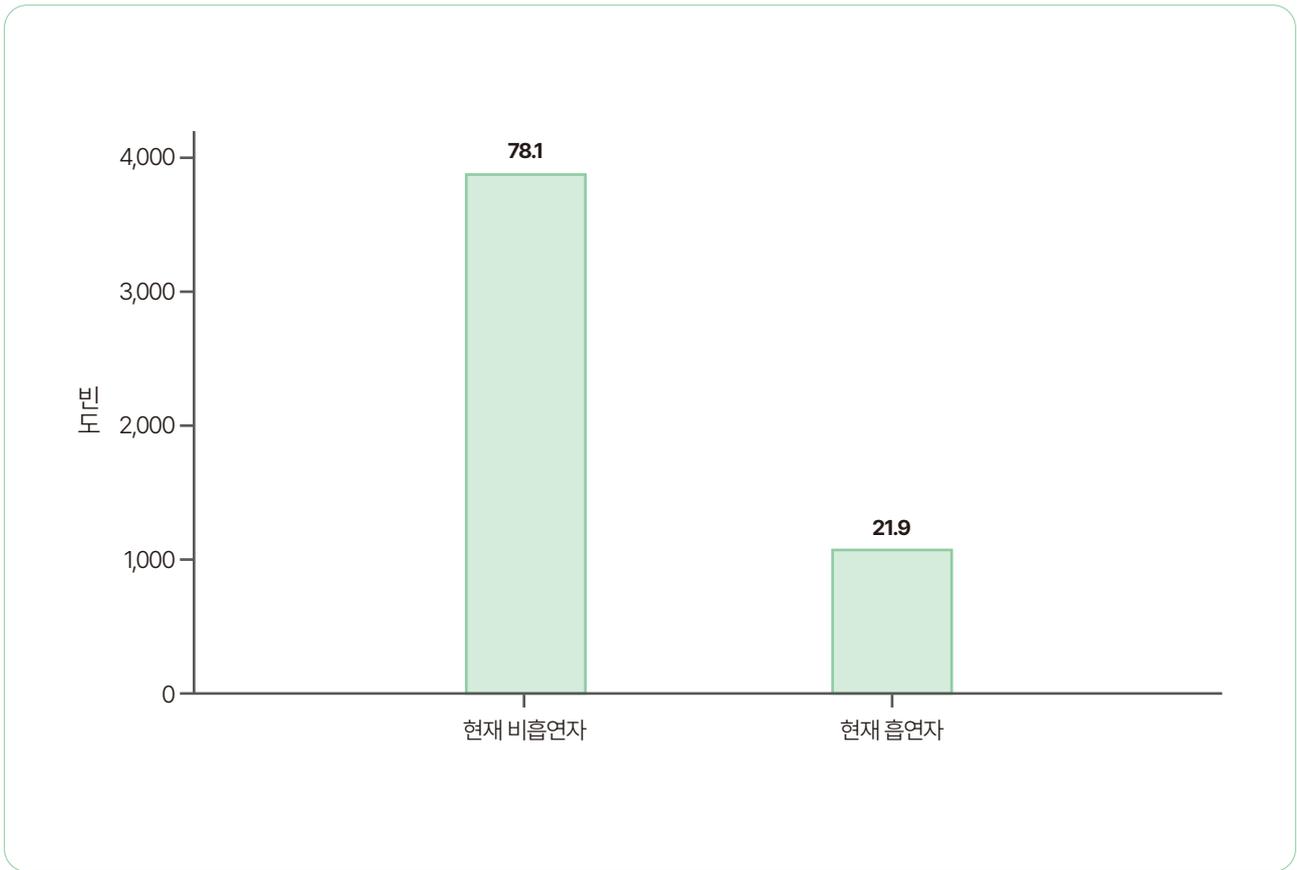
<그림7. 사회경제적상태>

(단위 : %)



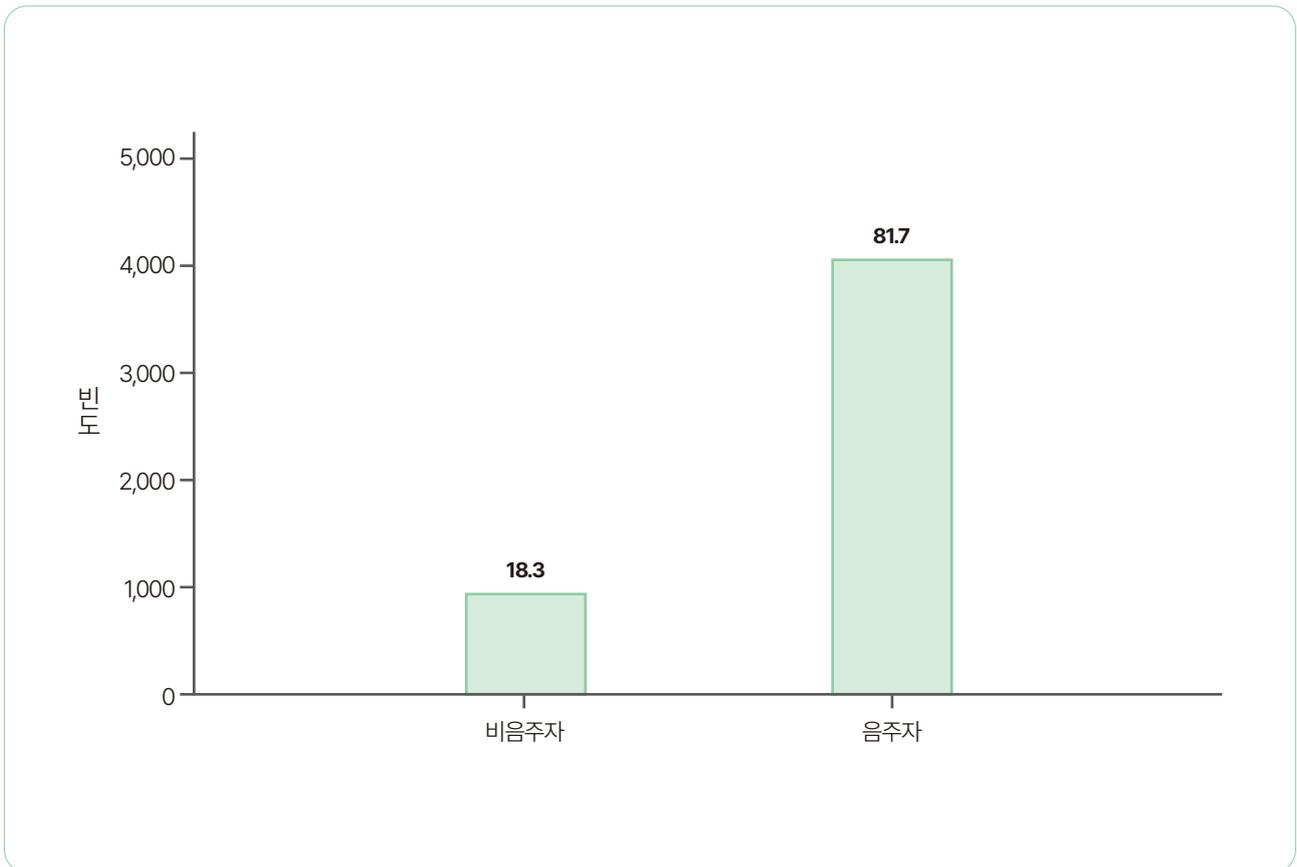
<그림8. 현재 흡연유무>

(단위 : %)



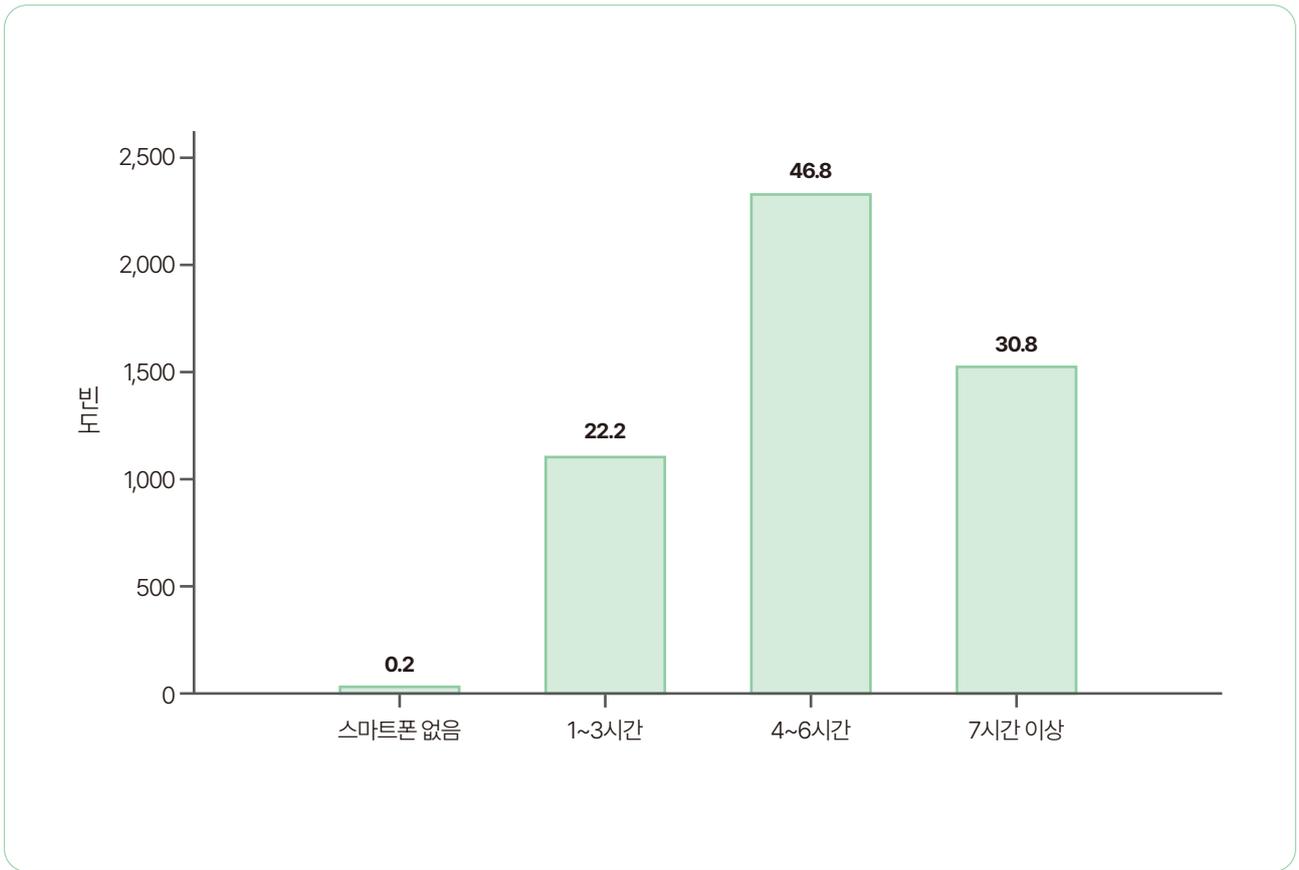
<그림9. 현재 음주유무>

(단위 : %)



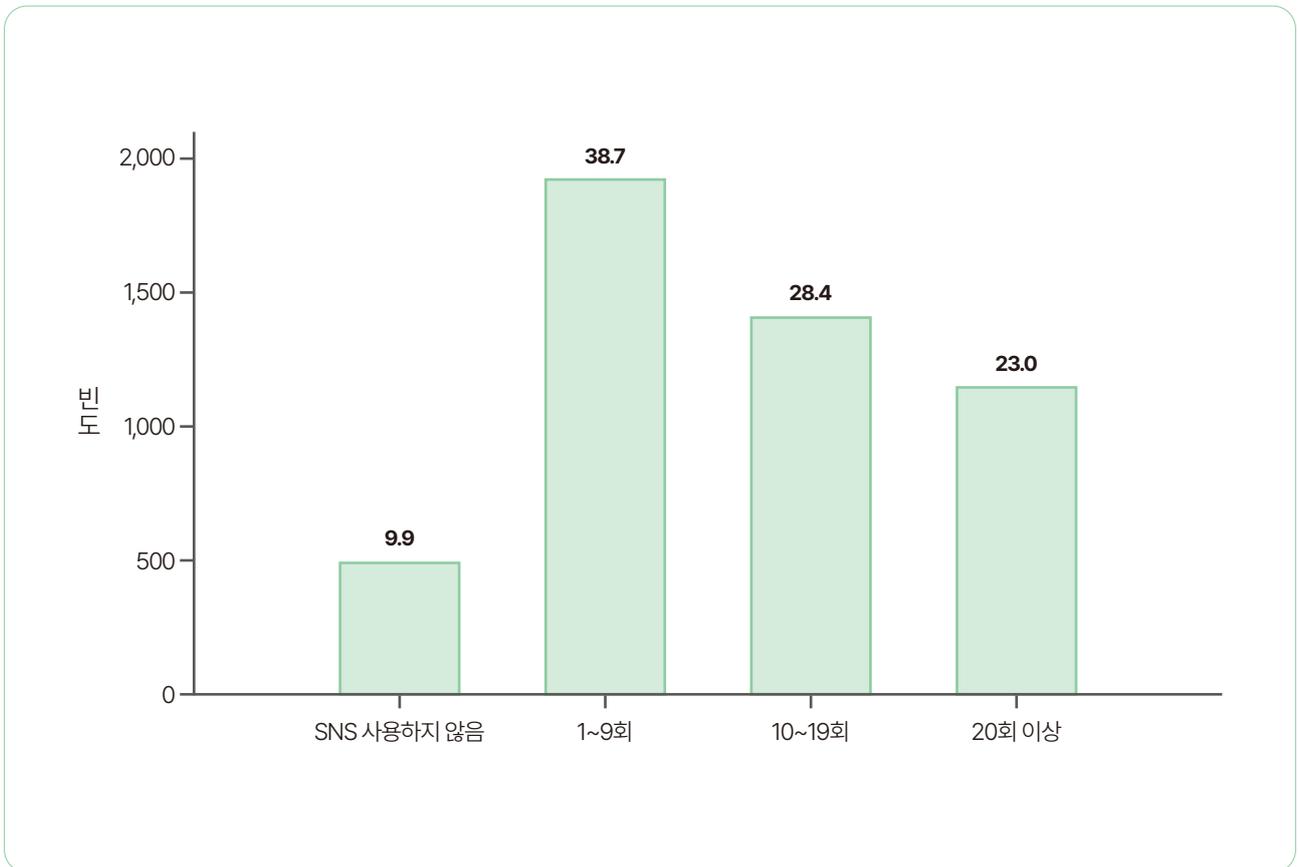
<그림10. 하루평균 스마트폰 사용시간>

(단위 : %)



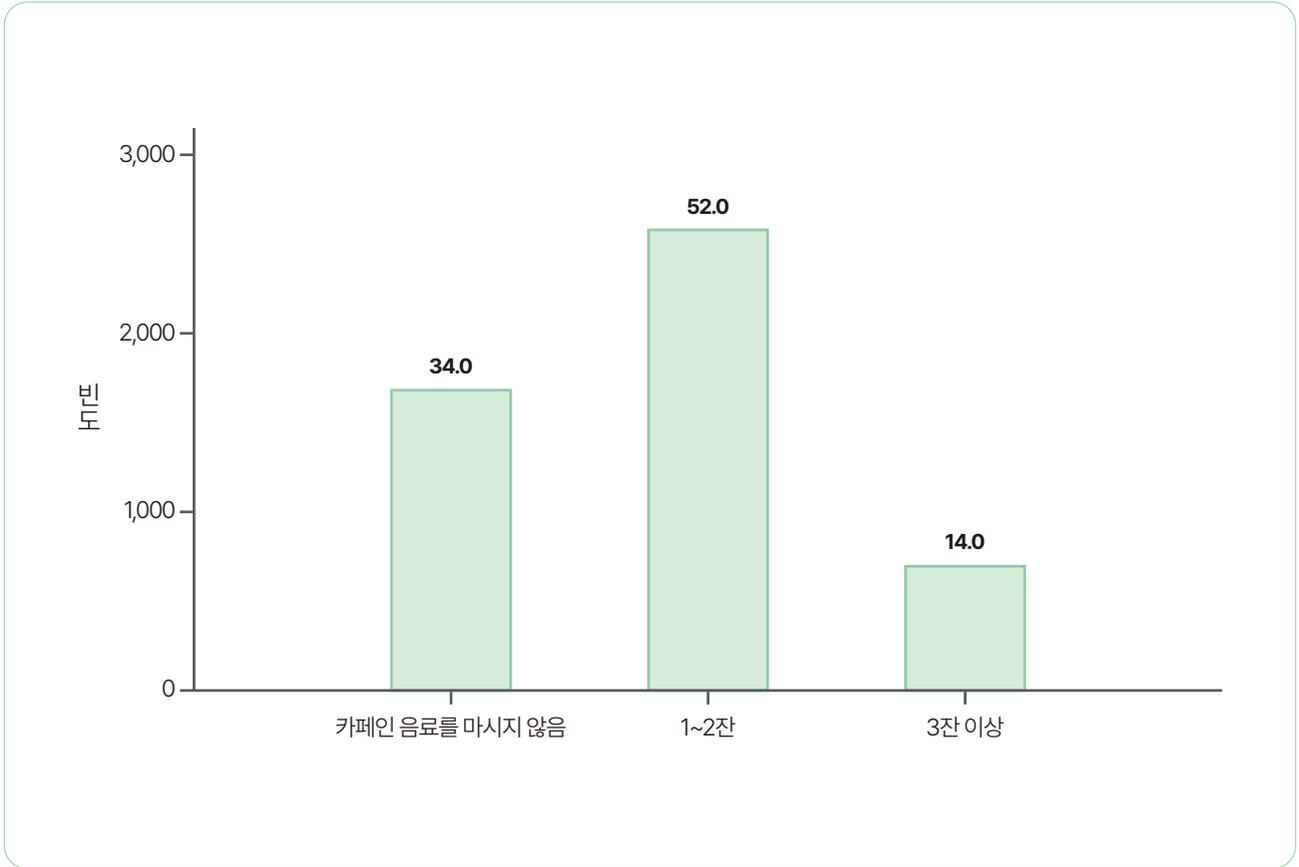
<그림11. 하루평균 SNS 접속 횟수>

(단위 : %)



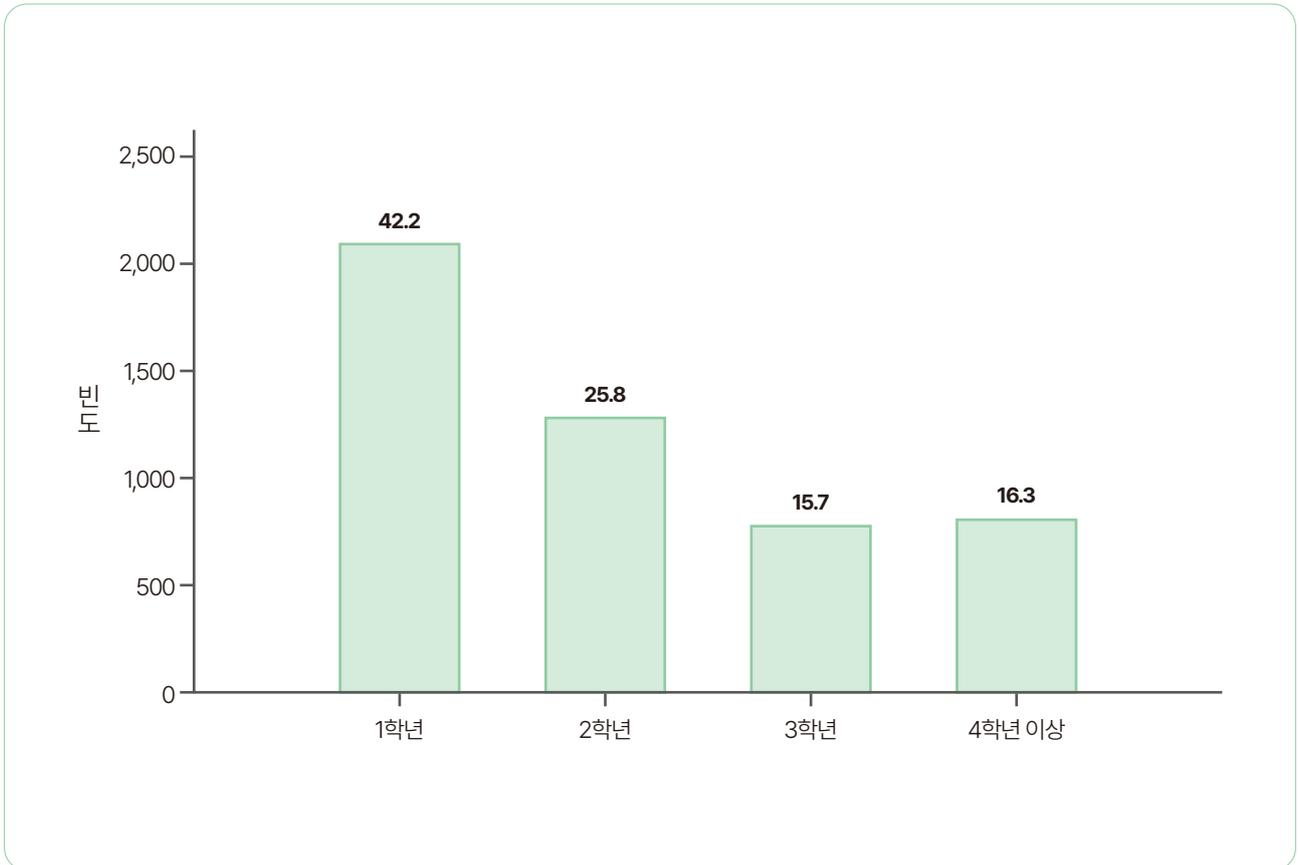
<그림12. 하루평균 카페인 음료 음용 횟수>

(단위 : %)



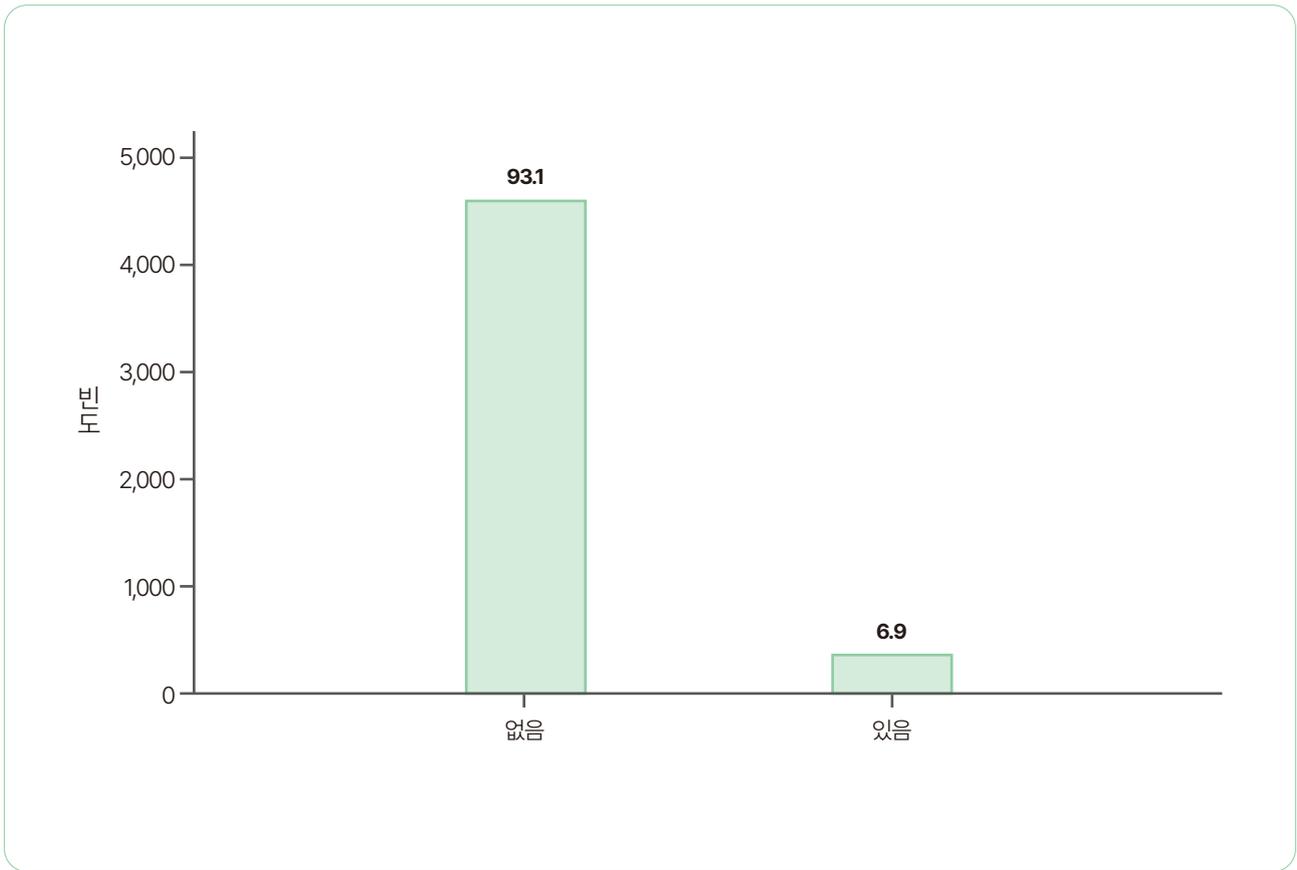
<그림13. 학년>

(단위 : %)



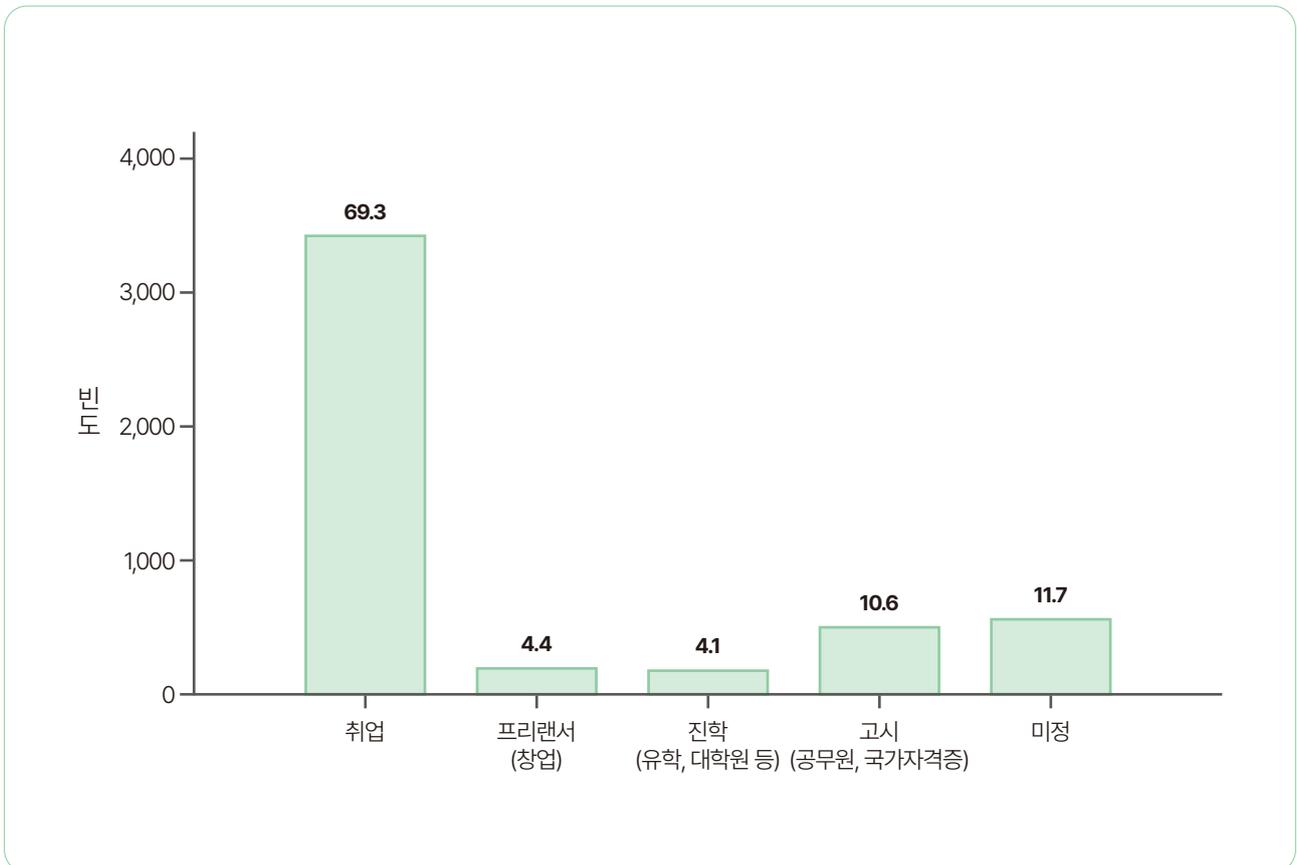
<그림14. 향후 대학 자퇴 계획>

(단위 : %)



<그림15. 향후 미래 계획>

(단위 : %)



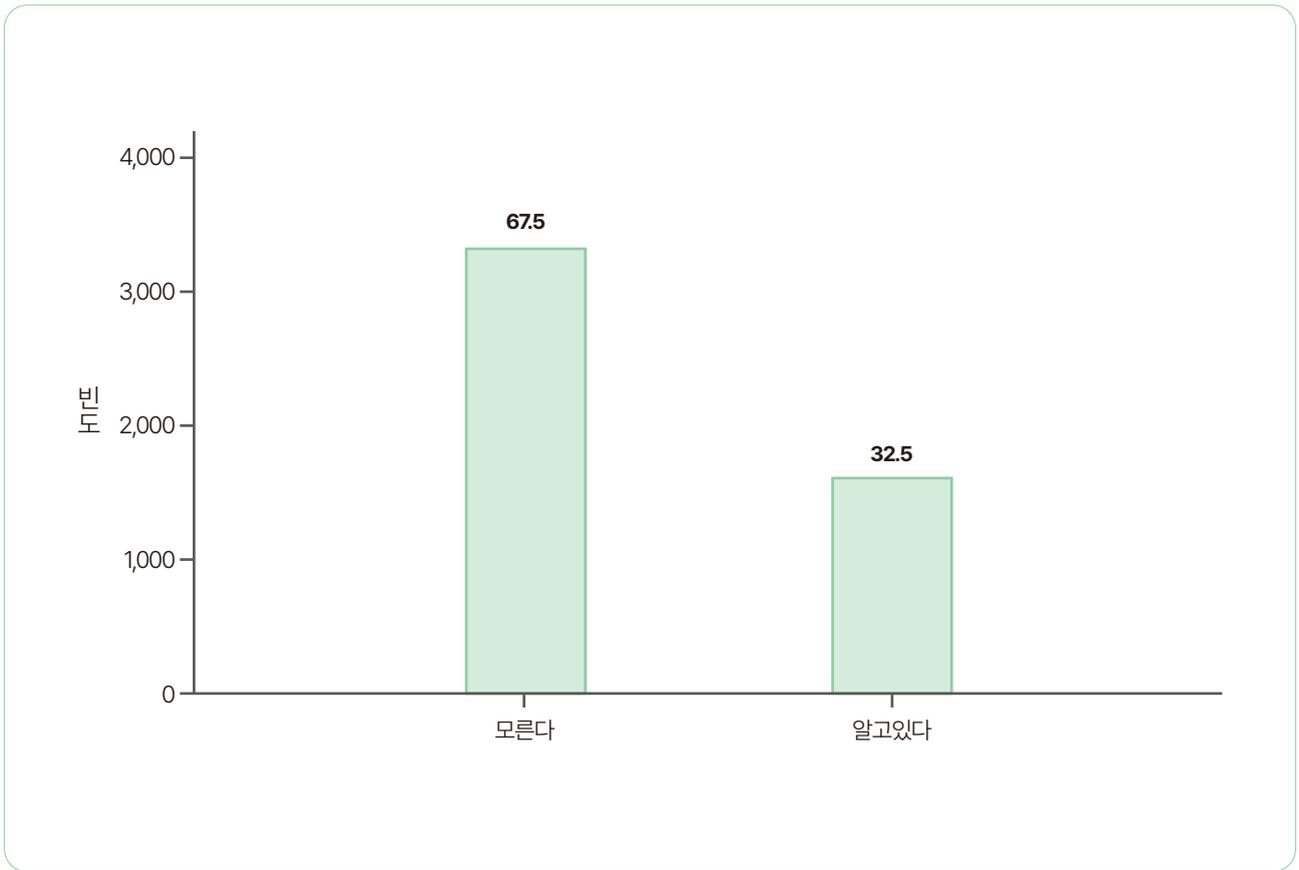
<표3. 정신건강의학 관련 특성>

N=4,965

	구분	명(%)
정신건강복지센터 인지 여부	모른다	3,353(67.5)
	알고 있다	1,612(32.5)
정신의료기관 이용경험	없음	4,514(90.9)
	있음	451(9.1)
정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각	건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다	1,341(27.0)
	문제가 있다면 받고 싶다	2,512(50.6)
	문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다	930(18.7)
	절대로 받고 싶지 않다	182(3.7)
마음을 터 놓을 수 있는 친구	없음	424(8.5)
	있음	4,541(91.5)
최근 1년간 자살사고	없음	4,184(84.3)
	있음	781(15.7)
최근 1년간 자살계획	없음	4,810(96.9)
	있음	155(3.1)
최근 1년간 자살시도	없음	4,866(98.0)
	있음	99(2.0)
평생 자살사고	없음	3,661(73.7)
	있음	1,304(26.3)
평생 자살시도	없음	4,593(92.5)
	있음	372(7.5)
자살은 예방할 수 있다	매우 동의하지 않음	234(4.7)
	동의하지 않음	130(2.6)
	잘 모르겠음	1,267(25.5)
	동의함	1,810(36.5)
	매우 동의함	1,524(30.7)
정신건강척도	mean±SD	
MDQ part 1	4.0±3.3	
mKPQ 항목총점	1.9±2.5	
PHQ-9	2.9±4.2	
ASRS-v1.1 part A	5.3±4.6	
GAD-7	1.9±3.1	
Grit-O	3.3±0.6	

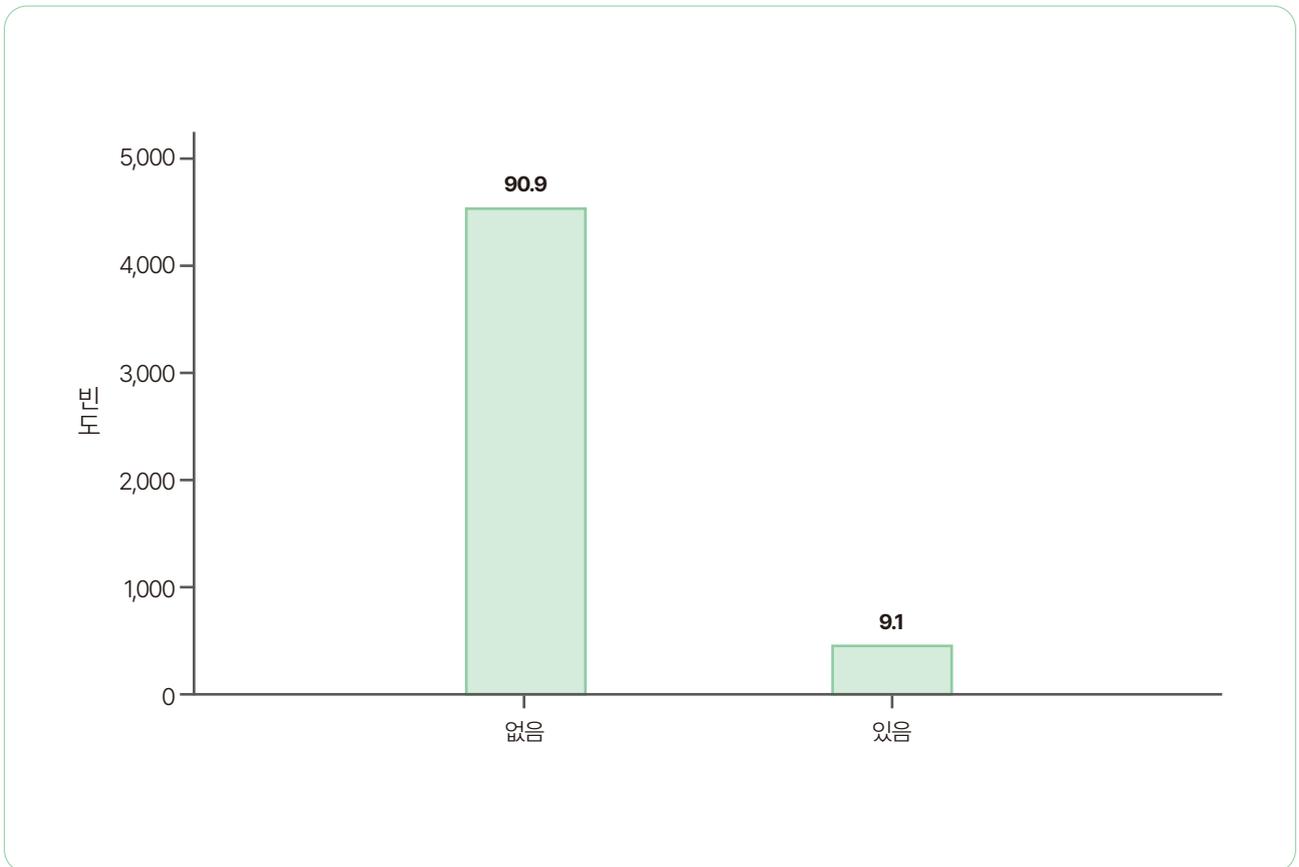
<그림16. 정신건강복지센터 인지여부>

(단위 : %)



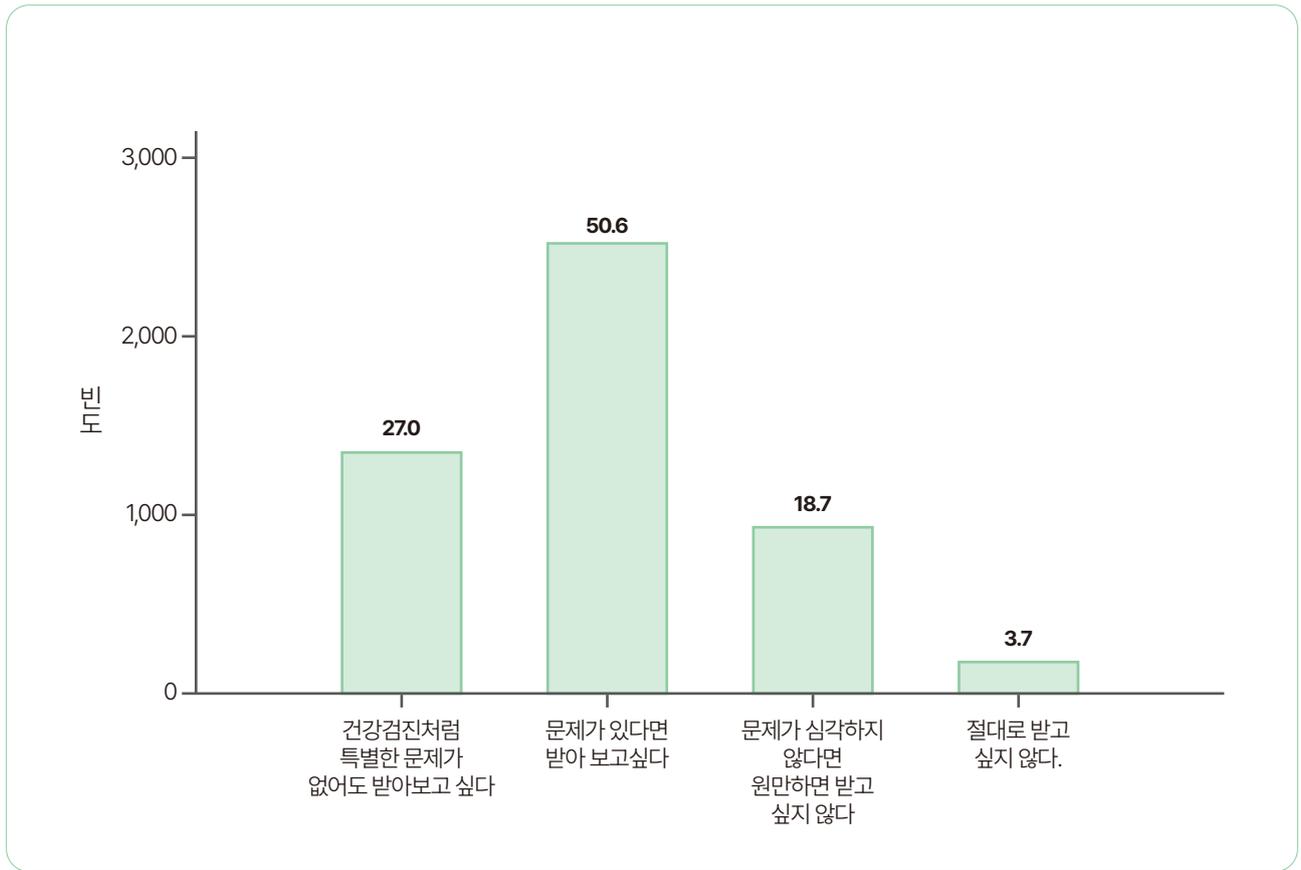
<그림17. 정신의료기관 이용경험>

(단위 : %)



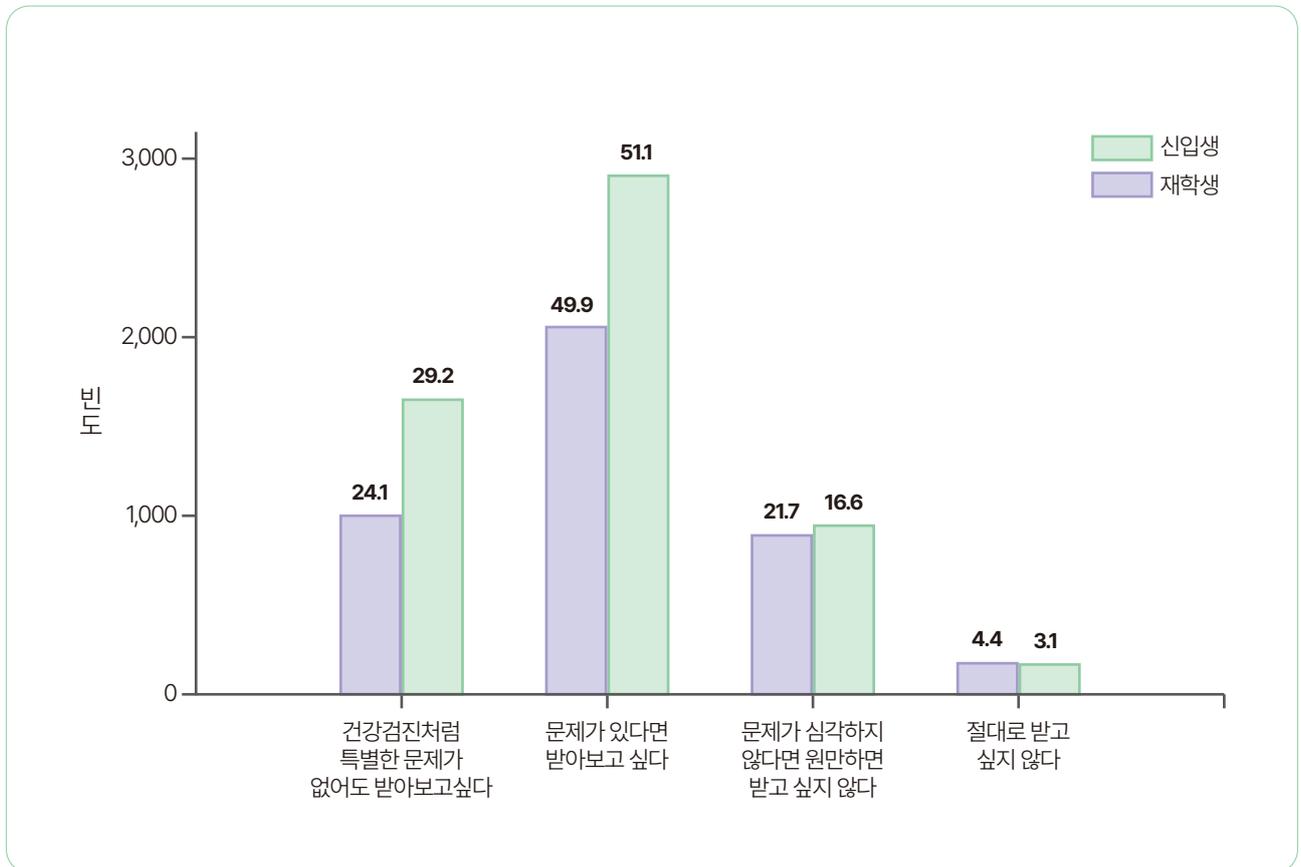
<그림18.1. 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각>

(단위 : %)



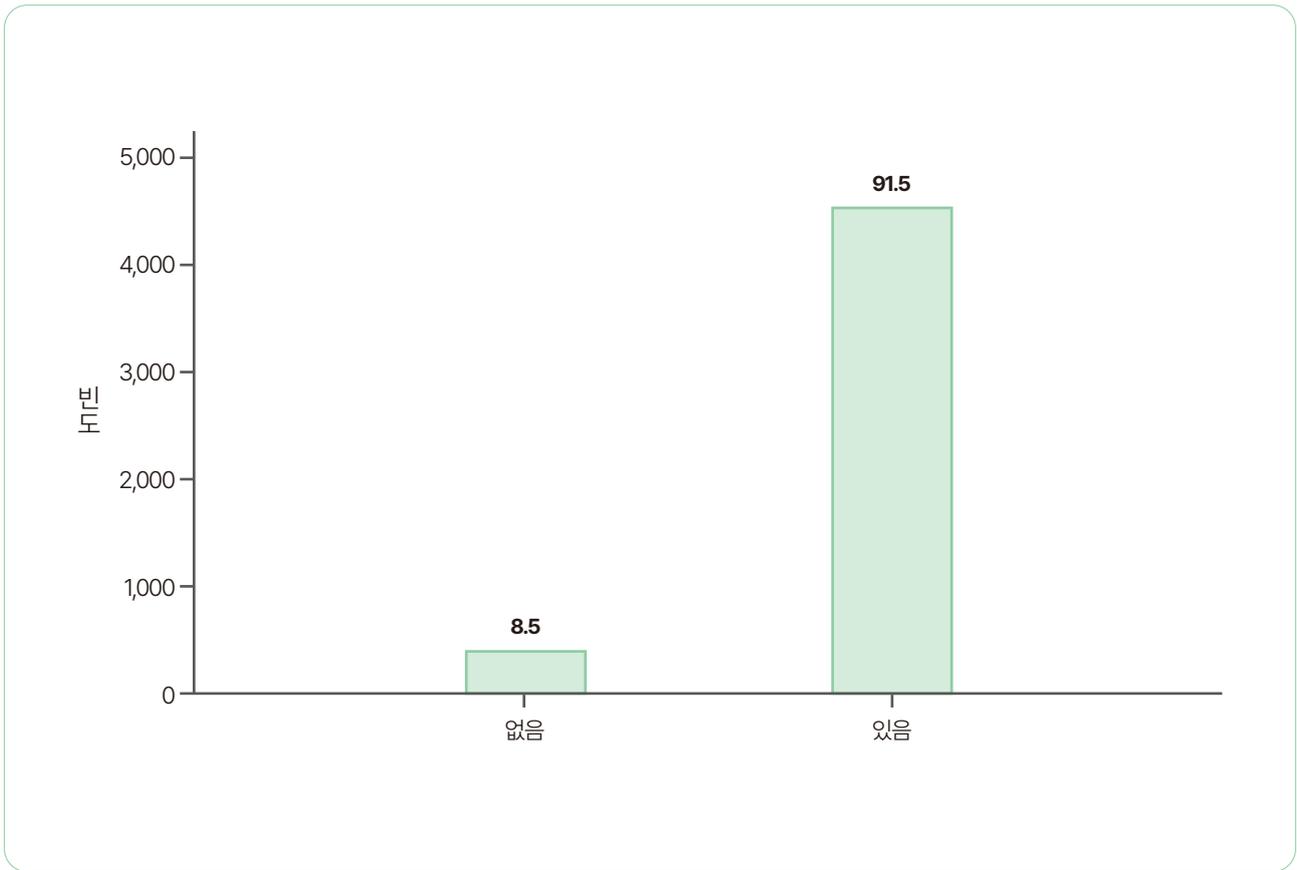
<그림 18.2. 신입생과 기존 재학생의 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각>

(단위 : %)



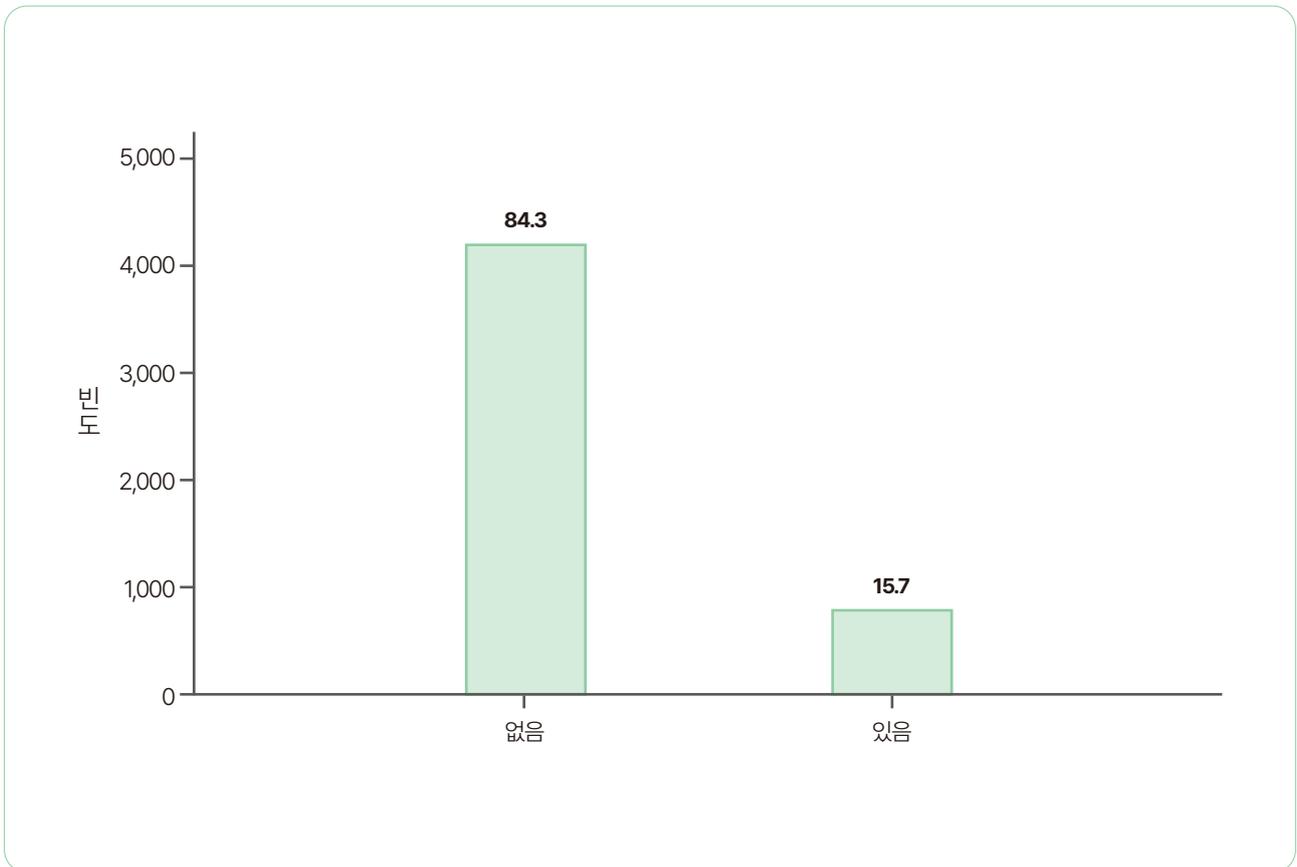
<그림19. 마음을 터 놓을 수 있는 친구>

(단위 : %)



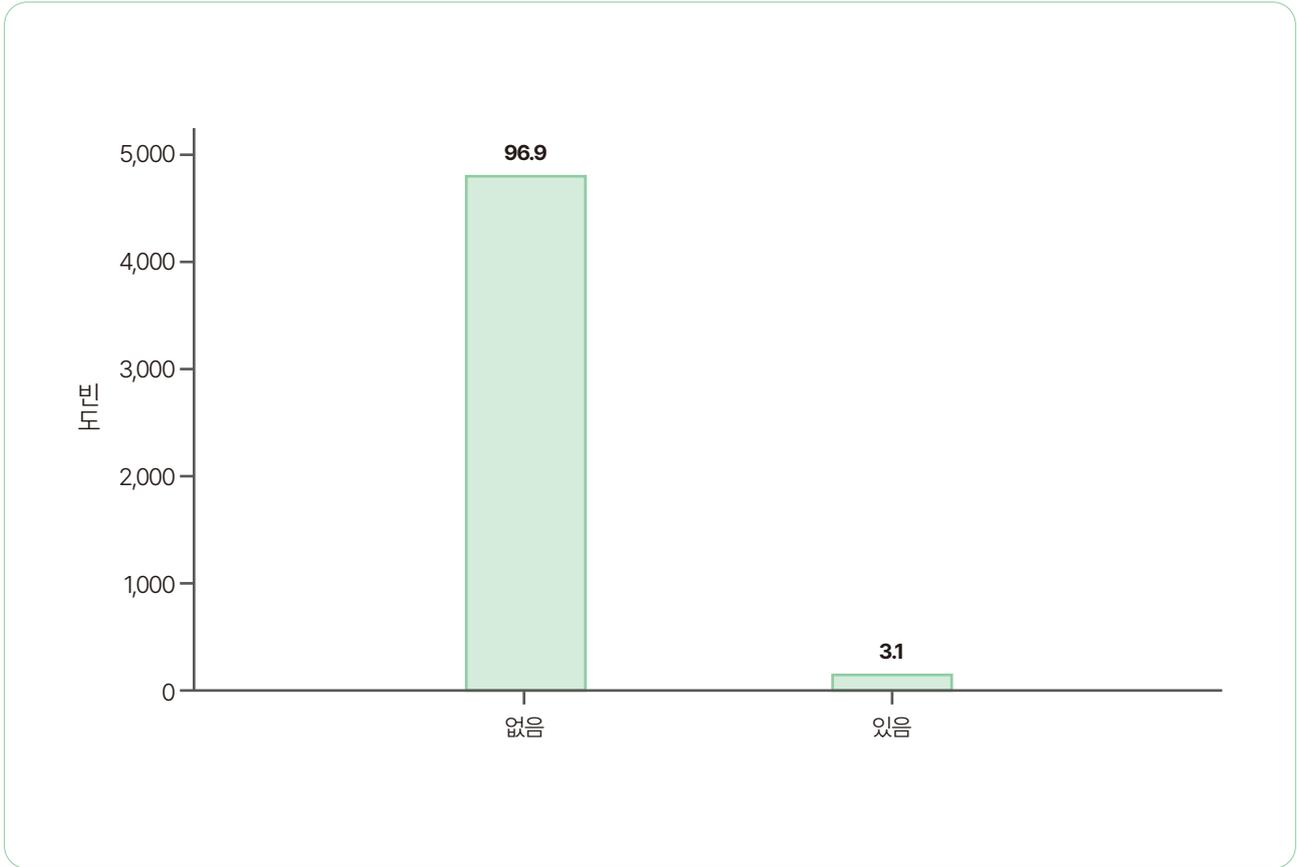
<그림20. 최근 1년간 자살사고>

(단위 : %)



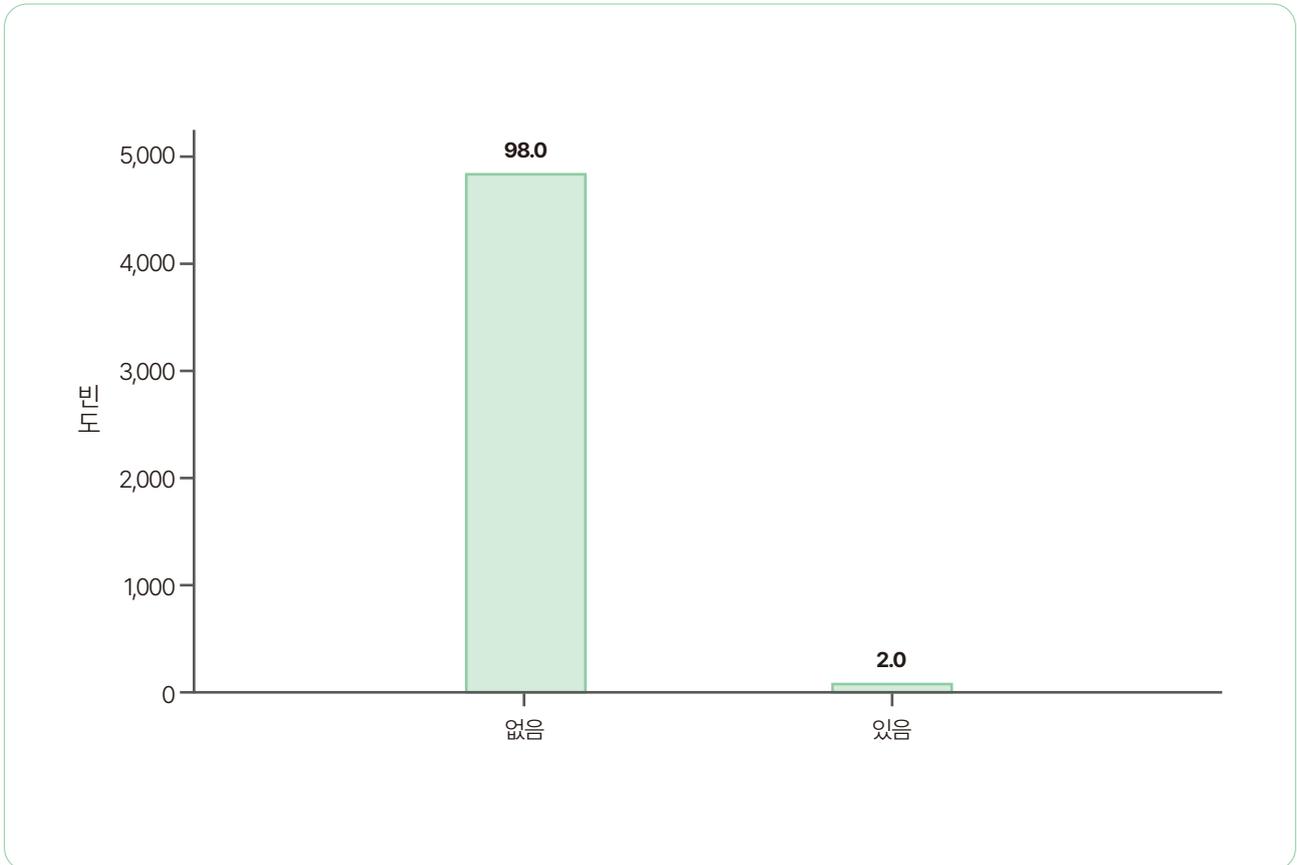
<그림21. 최근 1년간 자살계획>

(단위 : %)



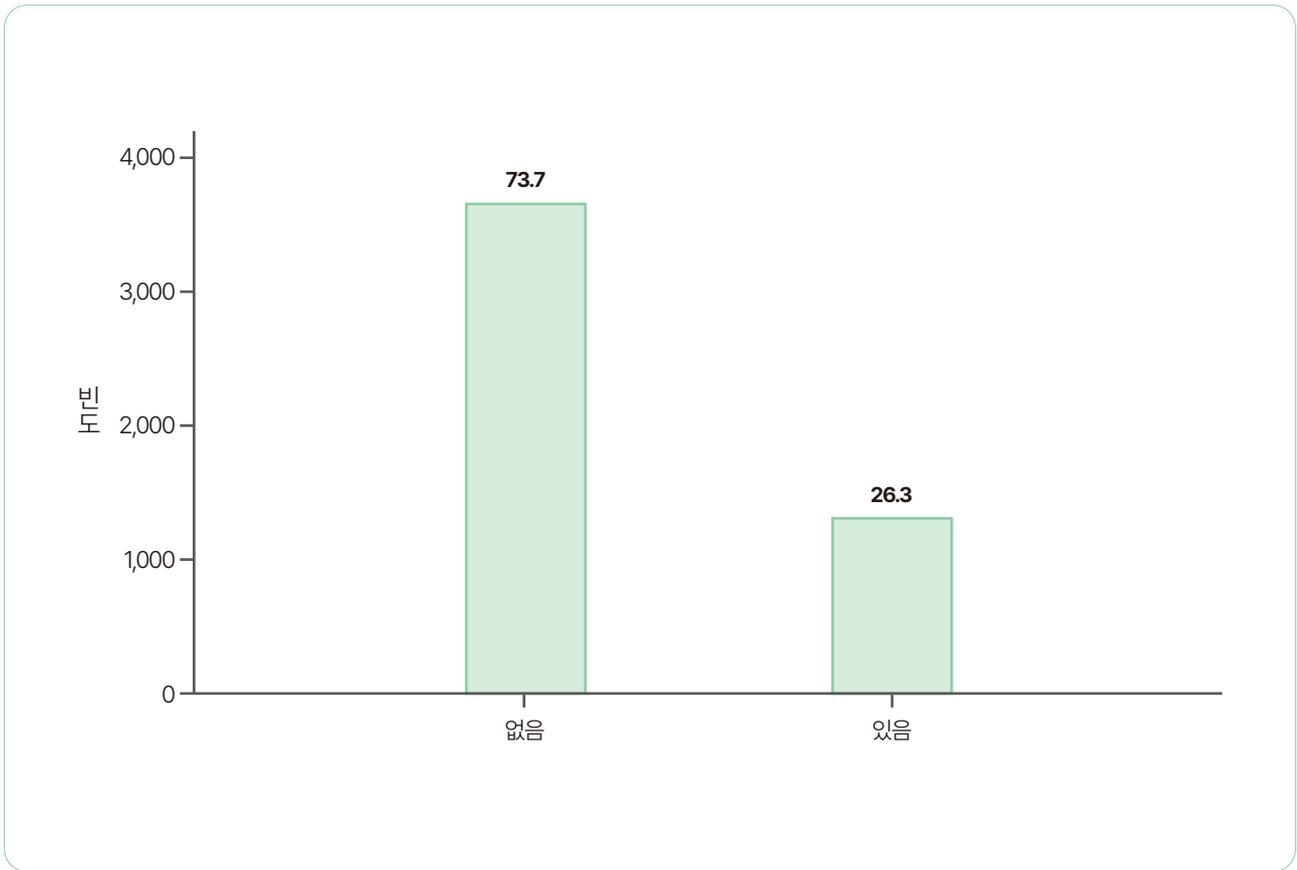
<그림22. 최근 1년간 자살시도>

(단위 : %)



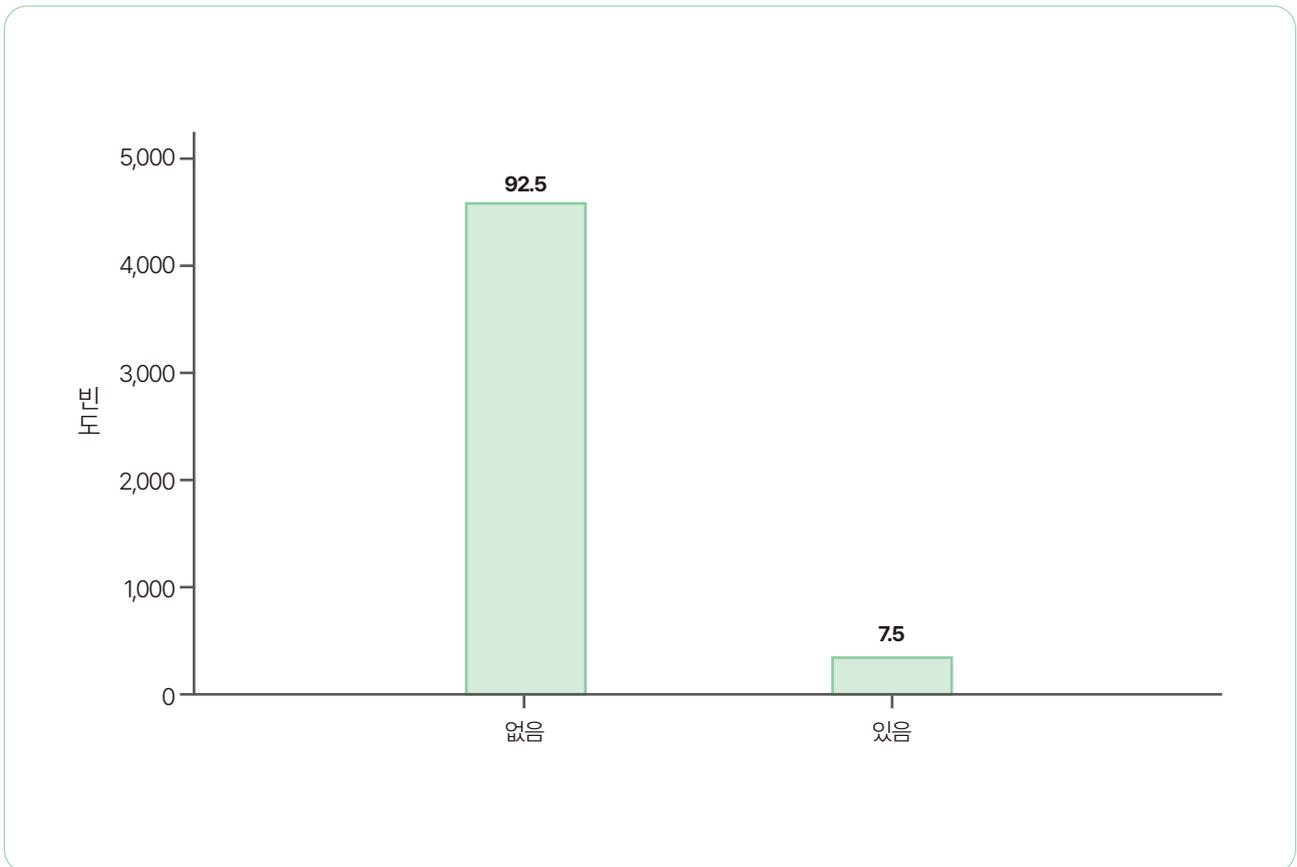
<그림23. 평생 자살사고>

(단위 : %)



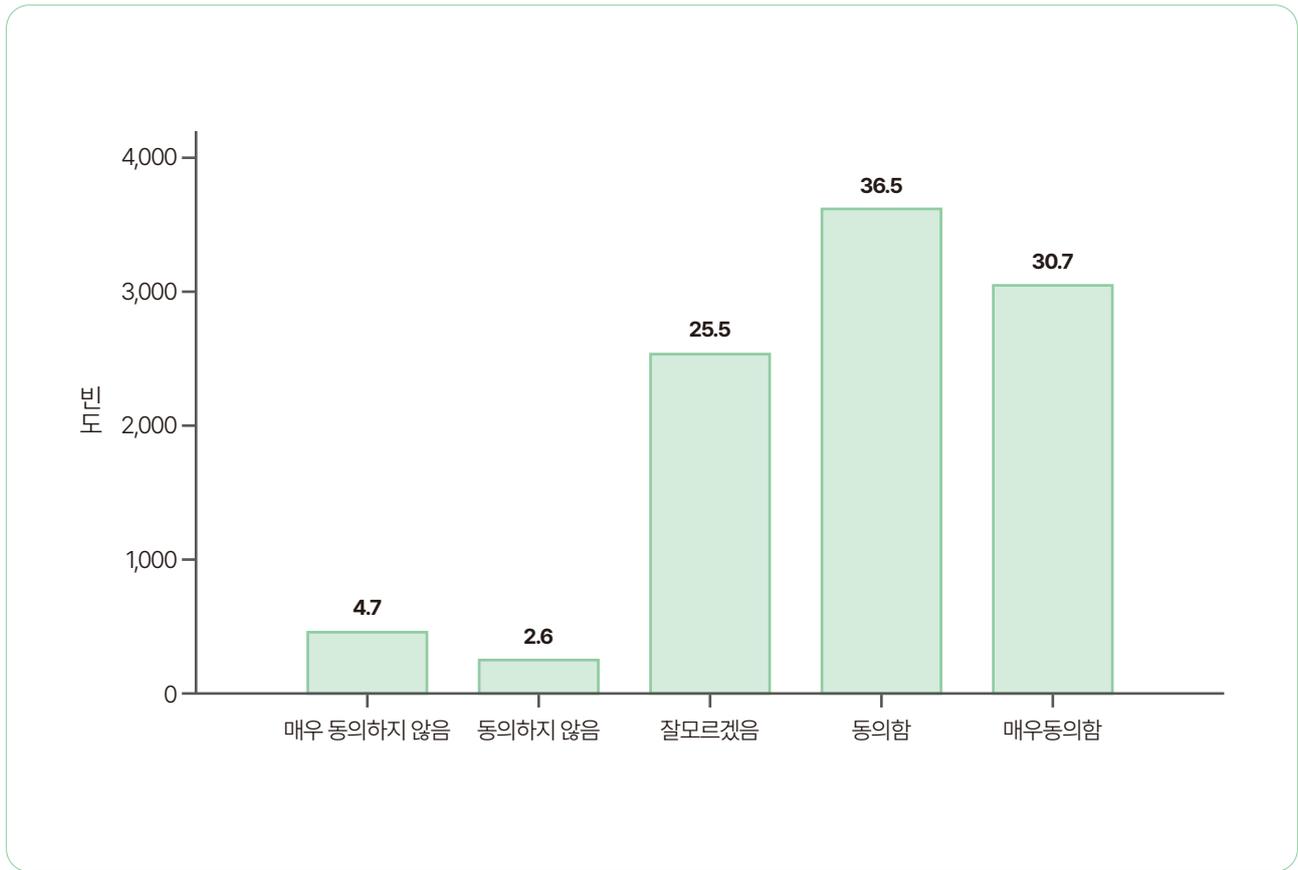
<그림24. 평생 자살시도>

(단위 : %)



<그림25. 자살은 예방할 수 있다>

(단위 : %)



3. 대학생의 양극성 장애

양극성 장애는 삶의 질 저하와 직업기능의 손상을 일으킬 수 있는 기분장애로서, 비교적 만성적인 경과를 보이며(19) 단극성 우울증보다 재발률이 높고 삽화 사이의 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 양극성 장애를 선별하기 위해 Hirschfeld등에(7) 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 양극성스펙트럼장애 고위험군으로 평가하였다.

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 MDQ 기준 1, 2, 3을 모두 만족하여 양극성스펙트럼장애 고위험군으로 평가된 학생수는 총 61명(1.2%)였다. 정상군과 양극성스펙트럼장애 고위험군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표4.1.에 제시하였다.

양극성스펙트럼장애 고위험군과 정상군을 비교했을 때 평균 나이, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루평균 SNS 접속횟수, 하루평균 카페인 사용량, 현재 흡연유무, 본인 및 부모님의 결혼상태, 사회경제적 상태, 친구관계, 향후 자퇴계획, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 유무가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 양극성스펙트럼장애 고위험군은 정상군에 비해 평균 나이가 많았으며 하루평균 스마트폰 사용시간, 하루평균 SNS 접속 횟수, 하루 평균 카페인 사용량이 더 많았다. 또한

양극성스펙트럼장애 고위험군에서 정상군에 비해 본인의 결혼상태가 기혼인 경우가 더 많았는데 이는 성인 진입기에 있는 대학생이 학업뿐만 아니라 결혼을 하며 가진 가정을 챙겨야 한다는 것이 스트레스로 작용할 수 있음을 짐작하게 한다. 양극성스펙트럼장애 고위험군에서 정상군에 비해 부모의 결혼상태가 비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)인 비율, 사회경제적 상태를 ‘하’라고 응답한 비율, 마음을 터 놓을 수 있는 친구관계가 없다고 응답한 비율, 향후 자퇴계획이 ‘있다’고 응답한 비율, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 비율이 유의미하게 높게 나타났다.

양극성스펙트럼장애 고위험군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표4.2에 제시하였다. 양극성스펙트럼장애 고위험군에서 mKPQ 항목 총점, PHQ-9, ASRS-v1.1 partA, GAD-7, 점수가 정상군에 비해 유의미하게 높았고 Grit-O점수는 유의미하게 낮았다.

<표4.1. 양극성스펙트럼장애 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성비교>

구분	정상군	양극성스펙트럼장애 고위험군	χ^2/t	p value
	N=4,904, n(%)	N=61, n(%)		
성별			0.51	0.476
남성	2,234(45.6)	25(41.0)		
여성	2,670(54.4)	36(59.0)		
나이	22.9±6.7	24.8±8.7	-2.20	0.028
하루 평균 스마트폰 사용시간	5.7±3.2	7.8±4.8	-3.32	0.002
하루 평균 SNS 접속 횟수	13.4±18.2	16.8±20.7	-1.48	0.014
하루 평균 카페인 사용량	1.5±3.0	2.5±2.9	-2.50	0.012
현재 흡연 유무			30.28	<0.001
비흡연자	3,849(78.5)	30(49.2)		
흡연자	1,055(21.5)	31(50.8)		
현재 음주 유무			0.15	0.694
비음주자	900(18.4)	10(16.4)		
음주자	4,004(81.6)	51(83.6)		
주거상태			0.24	0.628
가족과 함께 거주	2,884(58.8)	34(55.7)		
독립생활(자취 등 포함)	2,020(41.2)	27(44.3)		
본인의 결혼상태			5.51	0.019
기혼	397(8.1)	10(16.4)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	4,507(91.9)	51(83.6)		
부모님의 결혼상태			14.28	<0.001
기혼	4,103(83.7)	40(65.6)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	801(16.3)	21(34.4)		
사회경제적 상태			17.54	<0.001
상	556(11.3)	5(8.2)		
중	3,663(74.7)	36(59.0)		
하	685(14.0)	20(32.8)		
마음을 터 놓을 수 있는 친구			20.37	<0.001
없음	409(8.3)	15(24.6)		
있음	4,495(91.7)	46(75.4)		

향후 대학 자퇴계획			5.82	0.016
없음	4,568(93.1)	52(85.2)		
있음	336(6.9)	9(14.8)		
최근 1년간 자살사고			131.48	<0.001
없음	4,165(84.9)	19(31.1)		
있음	739(15.1)	42(68.9)		
최근 1년간 자살계획			94.11	<0.001
없음	4,764(97.1)	46(75.4)		
있음	140(2.9)	15(24.6)		
최근 1년간 자살시도			65.53	<0.001
없음	4,815(98.2)	51(83.6)		
있음	89(1.8)	10(16.4)		
평생 자살사고			71.97	<0.001
없음	3,645(74.3)	16(26.2)		
있음	1,259(25.7)	45(73.8)		
평생 자살시도			154.85	<0.001
없음	4,562(93.0)	31(50.8)		
있음	342(7.0)	30(49.2)		

<표 4.2. 양극성스펙트럼장애 고위험군과 정상군의 정신건강척도 비교>

척도	정상군	양극성스펙트럼장애 고위험군	t	p value
	N=4,904, M±SD	N=61, M±SD		
mKPQ 항목총점	1.9±2.4	7.1±4.4	-9.40	<0.001
PHQ-9	2.8±4.0	11.4±7.3	-9.13	<0.001
ASRS-v1.1 part A	5.2±4.5	12.9±5.8	-10.21	<0.001
GAD-7	1.8±3.0	8.5±6.3	-8.25	<0.001
Grit-O	3.3±0.6	2.8±0.6	6.44	<0.001

4. 대학생의 조기정신증

정신증(psychosis)은 심각하지만 치료가능한 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 314명(6.3%)이 mKPQ 절단점 7점 이상으로 조기정신증 고위험군이었다. 조기정신증 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표 5.1.에 제시하였다. 조기정신증 고위험군은 정상군과 비교했을 때 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS 접속 횟수, 현재 흡연유무, 부모님의 결혼상태, 사회경제적 상태, 친구관계, 최근 1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고, 시도에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 조기정신증 고위험군에서 정상군에 비해 하루평균 스마트폰 사용시간, 하루평균 SNS 접속 횟수가 많았고, 현재 흡연자 비율, 부모의 결혼상태가 비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)인 비율, 사회경제적 상태를 '하'라고 응답한 비율, 마음을 터 놓을 수 있는 친구가 '없다'로 응답한 비율, 자퇴계획이 '있다'고 응답한 비율, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 비율이 유의미하게 높게 나타났다.

조기정신증 고위험군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표 5.2.에 제시하였다. 본 조사 결과 조기정신증 고위험군에서 정상군에 비해 MDQ part1, PHQ-9, ASRS-v1.1, GAD-7 점수가 유의미하게 높았고 Grit-O 점수는 낮았다.

<표 5.1.> 조기정신증 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성 비교

구분	정상군	조기정신증 고위험군	χ ² /t	p value
	N=4,651, n(%)	N=314, n(%)		
성별			2.64	0.104
남성	2,130(45.8)	129(41.1)		
여성	2,521(54.2)	185(58.9)		
나이	22.9±6.7	22.2±6.7	1.85	0.065
하루 평균 스마트폰 사용시간	5.7±3.1	6.9±3.9	-5.57	<0.001
하루 평균 SNS 접속 횟수	13.1±17.8	17.2±23.4	-3.09	0.003
하루 평균 카페인 사용량	1.5±3	1.8±3.2	-1.60	0.110
현재 흡연 유무			13.78	<0.001
비흡연자	3,660(78.7)	219(69.7)		
흡연자	991(21.3)	95(30.3)		
현재 음주 유무			1.26	0.262
비음주자	845(18.2)	65(20.7)		
음주자	3,806(81.8)	249(79.3)		

주거상태			1.28	0.258
가족과 함께 거주	2,743(59.0)	175(55.7)		
독립생활(자취 등 포함)	1,908(41.0)	139(44.3)		
본인의 결혼상태			0.23	0.631
기혼	379(8.1)	28(8.9)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	4,272(91.9)	286(91.1)		
부모님의 결혼상태			11.93	0.001
기혼	3,903(83.9)	240(76.4)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	748(16.1)	74(23.6)		
사회경제적 상태			9.49	0.009
상	527(11.3)	34(10.8)		
중	3,482(74.9)	217(69.1)		
하	642(13.8)	63(20.1)		
마음을 터 놓을 수 있는 친구			56.99	<0.001
없음	361(7.8)	63(20.1)		
있음	4,290(92.2)	251(79.9)		
향후 대학 자퇴계획			36.04	<0.001
없음	4,354(93.6)	266(84.7)		
있음	297(6.4)	48(15.3)		
최근 1년간 자살사고			291.48	<0.001
없음	4,026(88.6)	158(50.3)		
있음	625(13.4)	156(49.7)		
최근 1년간 자살계획			155.54	<0.001
없음	4,543(97.7)	267(85.0)		
있음	108(2.3)	47(15.0)		
최근 1년간 자살 시도			61.09	<0.001
없음	4,577(98.4)	289(92.0)		
있음	74(1.6)	25(8.0)		
평생 자살사고			259.29	<0.001
없음	3,551(76.3)	110(35.0)		
있음	1,100(23.7)	204(65.0)		
평생 자살 시도			229.98	<0.001
없음	4,371(94.0)	222(70.7)		
있음	280(6.0)	92(29.3)		

<표 5.2.> 조기정신증 고위험군과 정상군의 정신건강척도 특성비교

척도	정상군	조기정신증 고위험군	t	p value
	N=4,651, M±SD	N=314, M±SD		
MDQ part 1	3.8±3.2	8.2±3.0	-24.38	<0.001
PHQ-9	2.5±3.6	9.2±6.2	-19.03	<0.001
ASRS-v1.1 part A	4.9±4.3	10.8±5.1	-19.84	<0.001
GAD-7	1.5±2.6	7.0±5.1	-18.81	<0.001
Grit-O	3.3±0.6	2.8±0.6	13.94	<0.001

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 건강문제 중 하나이며, 사회적, 직업적 기능이나 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 377명(7.6%)이 PHQ-9 10점 이상으로 중간정도 우울증 이상의 유의한 우울증상을 보였다. 우울 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표6.1에 제시하였다.

우울 고위험군은 남성 140명(37.1%), 여성 237명(62.9%)으로 여성의 비율이 유의미하게 높았다. 우울 고위험군과 정상군을 비교했을 때 성별, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS접속 횟수, 하루 평균 카페인 사용량, 주거상태, 현재 흡연유무, 부모의 결혼상태, 사회경제적상태, 친구관계, 최근 1년간 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고, 시도에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 우울 고위험군은 정상군에 비해 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS접속 횟수, 하루 평균 카페인 사용량이 많았고 현재 흡연자라고 응답한 비율, 주거상태에서 가족과 함께 거주하지 않고 독립생활을 한다고 응답한 비율, 부모의 결혼상태가 비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)인 비율, 사회경제적 상태를 '하'라고 응답한 비율, 마음을 터 놓을 수 있는 친구관계가 '없다'고 응답한 비율, 향후 자퇴계획이 '있다'고 응답한 비율, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 비율이 유의미하게 높게 나타났다.

우울 고위험군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표6.2에 제시하였다. 본 조사 결과 우울 고위험군에서 MDQ part1, mKPQ항목총점, ASRS-v1.1 partA, GAD-7점수가 정상군에 비해 유의미하게 높았고 Grit-O점수는 정상군에 비해 유의미하게 낮았다. (표6.2.)

<표6.1. 우울 고위험군, 정상군의 인구사회학적 특성 비교>

구분	정상군	우울 고위험군	χ^2/t	p value
	N=4,588, n(%)	N=377, n(%)		
성별			11.51	0.001
남성	2119(46.2)	140(37.1)		
여성	2,469(53.8)	237(62.9)		
나이	22.9±6.8	22.4±5.6	1.83	0.069
하루 평균 스마트폰 사용시간	5.7±3.1	7.0±4.0	-6.45	<0.001
하루 평균 SNS 접속 횟수	13.2±17.9	16.1±21.6	-2.50	0.010
하루 평균 카페인 사용량	1.5±2.6	2.2±6.2	-2.20	0.028
현재 흡연 유무			36.38	<0.001
비흡연자	3,631(79.1)	248(65.8)		
흡연자	957(20.9)	129(34.2)		
현재 음주 유무			1.59	0.208
비음주자	850(18.5)	60(15.9)		
음주자	3,738(81.5)	317(84.1)		

주거상태			16.72	<0.001
가족과 함께 거주	2,734(59.6)	184(48.8)		
독립생활(자취 등 포함)	1,854(40.4)	193(51.2)		
본인의 결혼상태			3.02	0.82
기혼	385(8.4)	22(5.8)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	4,203(91.6)	355(94.2)		
부모님의 결혼상태			5.05	0.025
기혼	3,844(83.8)	299(79.3)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	744(16.2)	78(20.7)		
사회경제적 상태			40.55	<0.001
상	525(11.4)	36(9.5)		
중	3,453(75.3)	246(65.3)		
하	610(13.3)	95(25.2)		
마음을 터 놓을 수 있는 친구			164.02	<0.001
없음	325(7.1)	99(26.3)		
있음	4,263(92.9)	278(73.7)		
향후 대학 자퇴계획			44.90	<0.001
없음	4,301(93.7)	319(84.6)		
있음	287(6.3)	58(15.4)		
최근 1년간 자살사고			846.36	<0.001
없음	4,064(88.6)	120(31.8)		
있음	524(11.4)	257(68.2)		
최근 1년간 자살계획			310.87	<0.001
없음	4,502(98.1)	308(81.7)		
있음	86(1.9)	69(18.3)		
최근 1년간 자살시도			174.66	<0.001
없음	4,531(98.8)	335(88.9)		
있음	57(1.2)	42(11.1)		
평생 자살사고			575.15	<0.001
없음	3,580(78.0)	81(21.5)		
있음	1,008(22.0)	296(78.5)		
평생 자살시도			428.80	<0.001
없음	4,346(94.7)	247(65.5)		
있음	242(5.3)	130(34.5)		

<표 6.2.> 우울군, 정상군의 정신건강척도 비교

척도	정상군	우울 고위험군	t	p value
	N=4,588, M±SD	N=377, M±SD		
MDQ part 1	3.8±3.2	6.7±3.5	-15.12	<0.001
mKPQ	1.6±2.2	5.5±3.8	-19.63	<0.001
ASRS-v1.1 part A	4.9±4.2	10.8±5.0	-22.21	<0.001
GAD-7	1.4±2.3	8.1±4.9	-26.07	<0.001
Grit-O	3.3±0.6	2.8±0.6	14.15	<0.001

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%, 성인의 경우 2.5%로 알려져 있다.(33) ADHD는 적절한 치료를 받지 못하면 청소년기를 거쳐 성인이 되어도 증상과 기능 장애가 지속되는데, 국내의 경우 진단 시기를 놓친 환자가 85% 이상일 것으로 학계에선 추정한다.(35)

Amett은 후기 청소년기에서 20대 사이를 초기 성인기(Emerging adulthood)라고 지칭하였다.(4) 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 총483명(9.7%)이 성인 ADHD 고위험군으로 평가되었다. 성인 ADHD 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표 7.1.에 제시하였다. 성인ADHD고위험군은 남성 162명(33.5%), 여성 321명(66.5%)으로 여성의 비율이 유의미하게 높았다. 성인 ADHD 고위험군과 정상군을 비교했을 때 성별, 나이, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS접속 횟수, 본인 및 부모의 결혼상태, 사회경제적상태, 친구관계, 자퇴계획, 최근 1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고, 시도에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성인 ADHD 고위험군은 정상군에 비해 평균 나이가 어렸고, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS접속 횟수, 하루 평균 카페인 사용량이 더 많았다. 성인 ADHD 고위험군은 정상군에 비해 본인 및 부모의 결혼상태가 비혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)인 비율, 사회경제적 상태를 ‘하’라고 응답한 비율, 마음을 터 놓을 수 있는 친구관계가 ‘없다’고 응답한 비율, 향후 자퇴계획이 ‘있다’고 응답한 비율, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 비율이 유의미하게 높게 나타났다

성인 ADHD 고위험군과 정상군의 다른 정신의학적 척도의 차이를 비교하여 표 7.2.에 제시하였다. 본 조사 결과 성인 ADHD 고위험군에서 정상군에 비해 MDQ part1, mKPQ 항목총점, PHQ-9, GAD-7총점이 유의미하게 높았고 Grit-O 점수는 유의미하게 낮았다.

<표 7.1. 성인ADHD 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성비교>

구분	정상군	성인ADHD 고위험군	χ^2/t	p value
	N=4,482, n(%)	N=483, n(%)		
성별			30.84	<0.001
남성	2,097(46.8)	162(33.5)		
여성	2,385(53.2)	321(66.5)		
나이	23.0±6.9	21.5±3.4	8.33	<0.001
하루 평균 스마트폰 사용시간	5.7±3.1	6.8±3.5	-6.87	<0.001
하루 평균 SNS 접속 횟수	13.0±17.8	17.2±21.3	-4.18	<0.001
하루 평균 카페인 사용량	1.5±3.0	1.6±3.1	-0.57	0.566
현재 흡연 유무			0.25	0.614
비흡연자	3,506(78.2)	373(77.2)		
흡연자	976(21.8)	110(22.8)		

현재 음주 유무			2.80	0.094
비음주자	835(18.6)	75(15.5)		
음주자	3,647(81.4)	408(84.5)		
주거상태			3.02	0.082
가족과 함께 거주	2,652(59.2)	266(55.1)		
독립생활(자취 등 포함)	1,830(40.8)	217(44.9)		
본인의 결혼상태			10.53	0.001
기혼	386(8.6)	21(4.3)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	4,096(91.4)	462(95.7)		
부모님의 결혼상태			6.01	0.014
기혼	3,759(83.9)	384(79.5)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	723(16.1)	99(20.5)		
사회경제적 상태			37.62	<0.001
상	532(11.9)	29(6.0)		
중	3,352(74.8)	347(71.8)		
하	598(13.3)	107(22.2)		
마음을 터 놓을 수 있는 친구			24.28	<0.001
없음	354(7.9)	70(14.5)		
있음	4,128(92.1)	413(85.5)		
향후 대학 자퇴계획			13.40	<0.001
없음	4,190(93.5)	430(89.0)		
있음	292(6.5)	53(11.0)		
최근 1년간 자살사고			261.86	<0.001
없음	3,900(87.0)	284(58.8)		
있음	582(13.0)	199(41.2)		
최근 1년간 자살계획			33.19	<0.001
없음	4,363(97.3)	447(92.5)		
있음	119(2.7)	36(7.5)		
최근 1년간 자살시도			15.17	<0.001
없음	4,404(98.3)	462(95.7)		
있음	78(1.7)	21(4.3)		
평생 자살사고			288.75	<0.001
없음	3,461(77.2)	200(41.4)		
있음	1,021(22.8)	283(58.6)		
평생 자살시도			95.82	<0.001
없음	4,200(93.7)	393(81.4)		
있음	282(6.3)	90(18.6)		

<표 7.2.> 성인 ADHD 고위험군과 정상군의 정신건강척도 특성 비교

척도	정상군	성인ADHD 고위험군	t	p value
	N=4,482, M±SD	N=483, M±SD		
MDQ part 1	3.8±3.2	6.7±3.3	-18.81	<0.001
mKPQ	1.6±2.2	4.7±3.5	-18.76	<0.001
PHQ-9	2.4±3.6	7.5±6.1	-18.14	<0.001
GAD-7	1.5±2.5	5.8±5.0	-18.86	<0.001
Grit-O	3.4±0.6	2.6±0.6	26.37	<0.001

7. 대학생의 범불안장애

우리나라에서 2016년 실시된 정신질환실태 조사에 따르면 불안장애 평생 유병률은 9.4%로 2011년 8.7%에 비해 다소 증가하였다. 불안장애 가운데 범불안장애의 평생 유병률은 2.3%로 2011년 조사 시 1.9% 였던 것에 비해 증가하였다.⁽³⁹⁾ 범불안장애는 심각한 두려운 대상이 아닌 일상적인 다양한 사건이나 활동에 대해서 지나치게 걱정하는 것을 특징으로 하는 질환으로 그 걱정이 6개월 이상 지속되며(진단기준A) 증상으로 인하여 일상생활이 어렵고 기능이 저하되며, 개인은 이런 걱정을 조절하는 것이 어렵다는 것을 인지하고 있다(진단기준B).⁽³³⁾ 불안과 걱정은 다음과 같은 증상 가운데 적어도 3개의 증상과 함께 나타난다. 증상으로는 안절부절 못 함, 쉽게 피로해짐, 집중 곤란 또는 마음이 멍해지는 느낌, 과민한 기분상태, 근육 긴장, 수면 장애(소아에서는 단 한가지 부수적 증상만이 요구된다)가 있다(진단기준 C).⁽³³⁾

조사에 참여한 전라남도 대학생 중 GAD-7점수가 10점 이상으로 범불안장애 고위험군으로 평가된 학생수는 182명(3.7%)이었다. 범불안장애군과 정상군의 인구사회학적 특성을 비교하여 표8.1.에 제시하였다.

범불안장애 고위험군은 남성 57명(31.3%), 여성 125명(68.7%)으로 여성의 비율이 유의미하게 높았다. 범불안장애 고위험군과 정상군을 비교했을 때 성별, 평균 나이, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS 접속 횟수, 현재 흡연 유무, 부모의 결혼상태, 사회경제적상태, 친구관계, 향후 자퇴 계획, 최근 1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고, 시도에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 범불안장애 고위험군은 정상군에 비해 평균 나이가 어렸고, 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 평균 SNS접속 횟수가 더 많았다. 범불안장애 고위험군은 정상군에 비해 흡연자의 비율, 가족과 함께 거주 하지 않고 독립생활을 하는 비율, 부모의 결혼상태가 비혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)인 비율, 사회경제적 상태를 ‘하’라고 응답한 비율, 마음을 터 놓을 수 있는 친구관계가 ‘없다’고 응답한 비율, 향후 자퇴계획이 ‘있다’고 응답한 비율, 최근1년 자살사고, 계획, 시도, 평생 자살사고 및 시도 비율이 유의미하게 높게 나타났다

범불안장애 고위험군과 정상군의 다른 정신의학척도의 차이를 비교하여 표 8.2.에 제시하였다. 범불안장애군에서 MDQ part1, mKPQ 항목총점, PHQ-9, ASRS-v1.1 partA 점수가 정상군에 비해 유의미하게 높았고 Grit-O점수는 유의미하게 낮았다.

<표8.1.> 범불안장애 고위험군과 정상군의 인구사회학적 특성비교

구분	정상군	범불안장애 고위험군	χ^2/t	p value
	N=4,783, n(%)	N=182, n(%)		
성별			15.32	<0.001
남성	2,202(46.0)	57(31.3)		
여성	2,581(54.0)	125(68.7)		
나이	22.9±6.8	22.1±4.4	2.51	0.013
하루 평균 스마트폰 사용시간	5.7±3.1	6.8±4.0	-3.72	<0.001
하루 평균 SNS 접속 횟수	13.2±17.9	17.7±24.1	-2.46	0.015
하루 평균 카페인 사용량	1.5±3.0	2.1±4.1	-1.85	0.066
현재 흡연 유무			7.70	0.006
비흡연자	3,752(78.4)	127(69.8)		
흡연자	1,031(2.6)	55(30.2)		
현재 음주 유무			2.85	0.092
비음주자	868(18.1)	42(23.1)		
음주자	3,915(81.9)	140(76.9)		

주거상태			5.27	0.002
가족과 함께 거주	2,826(59.1)	92(50.5)		
독립생활(자취 등 포함)	1,957(40.9)	90(49.5)		
본인의 결혼상태			0.06	0.800
기혼	393(8.2)	14(7.7)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	4,390(91.8)	168(92.3)		
부모님의 결혼상태			9.13	0.003
기혼	4,006(83.8)	137(75.3)		
비기혼(예, 미혼, 사별, 별거, 이혼 등)	777(16.2)	45(24.7)		
사회경제적 상태			30.49	<0.001
상	551(11.5)	10(5.5)		
중	3,577(74.8)	122(67.0)		
하	655(13.7)	50(27.5)		
마음을 터 놓을 수 있는 친구			59.14	<0.001
없음	380(7.9)	44(24.2)		
있음	4,403(92.1)	138(75.8)		
향후 대학 자퇴계획			26.56	<0.001
없음	4,468(93.4)	152(83.5)		
있음	315(6.6)	30(16.5)		
최근 1년간 자살사고			407.95	<0.001
없음	4,128(86.3)	56(30.8)		
있음	655(13.7)	126(69.2)		
최근 1년간 자살계획			162.10	<0.001
없음	4,663(97.5)	147(80.8)		
있음	120(2.5)	35(19.2)		
최근 1년간 자살시도			88.07	<0.001
없음	4,705(98.4)	161(88.5)		
있음	78(1.6)	21(11.5)		
평생 자살사고			295.69	<0.001
없음	3,627(75.8)	34(18.7)		
있음	1,156(24.2)	148(81.3)		
평생 자살시도			252.23	<0.001
없음	4,480(93.7)	113(62.1)		
있음	303(6.3)	69(37.9)		

<표8.2.> 범불안장애 고위험군과 정상군의 정신건강척도 비교

척도	정상군	범불안장애 고위험군	t	p valuee
	N=4,783, M±SD	N=182, M±SD		
MDQ part 1	3.9±3.2	7.8±3.4	-15.77	<0.001
mKPQ	1.8±2.3	6.7±4.2	-15.79	<0.001
PHQ-9	2.5±3.5	13.2±6.5	-22.03	<0.001
ASRS-v1.1 part A	5.0±4.3	12.5±4.9	-22.99	<0.001
Grit-O	3.3±0.6	2.8±0.7	11.59	<0.001

8. 대학생의 GRIT과 정신건강

GRIT은 Duckworth(15)이 처음 소개한 개념으로 “목표 달성을 위한 장기적인 열정과 인내”로 정의 된다. GRIT은 성격의 5요인 중에 성실성과 비슷한 점이 있으나 대상에 대한 열정이 포함된다는 점에서 차이가 있으며(15), 자기통제(self-control)와도 장기적으로 노력을 지속한다는 점에서 다르다. 또한 GRIT은 역경을 경험했을 때 돌아오는 회복탄력성(16)과도 비슷하지만 목표지향적이라는 점에서 차이를 보인다. 대학생의 경우 GRIT은 중도탈락률을 낮추는 요인으로서 쉽게 포기 하지 않고 지속적으로 노력 하는 학업지속의향과 학업 적응에 영향을 미치는 것으로 나타났다.(40, 41) Duckworth는 GRIT을 비교적 고정적이라고 생각 되는 인지적 요인과는 달리 변화할 수 있고 발달이 가능한 비인지적 요인으로 보았다.(42) 따라서 실패를 두려워하지 않고 포기 하지 않으며 위기를 통해 꾸준히 도전하고 집중하여 비상하게 노력하여 GRIT을 발달시킬 수 있다고 설명하였다.(42)

본 조사에서 GRIT과 정신건강의 관계를 표 10.에 제시 하였다. GRIT은MDQ part1, mKPQ항목총점, PHQ-9, ASRS v1.1 part A, GAD-7와 모두 음의 상관관계를 보였다. 리질리언스가 낮은 대상자들의 정신건강 척도 점수가 높았고 이 결과는 통해 대학생의 GRIT을 높이는 것이 정신건강의 보호요인이 될 수 있음을 시사한다.

<표10. GRIT과 정신건강>

	Grit-O	MDQ Part1	mKPQ	PHQ-9	ASRS-v1.1 part A	GAD-7
Grit-O	1					
MDQ part1	-.238**	1				
mKPQ	-.295**	.524**	1			
PHQ-9	-.305**	.358**	.555**	1		
ASRS-v1.1 part A	-.510**	.458**	.503**	.505**	1	
GAD-7	-.322**	.385**	.570**	.721**	.561**	1

**0.01수준에서 유의함(양쪽)

9. 2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사 고위험군 개입현황

연번	대학명	참여학생수	고위험의심군	정보제공	연계		
					학생상담센터	기초센터	심층상담
1	광주가톨릭대학교	62	6	5	-	-	1
2	광양보건대학교	35	4	4	-	-	-
3	동신대학교	181	30	26	4	-	-
4	동아보건대학교	189	31	30	-	-	1
5	목포가톨릭대학교	304	48	48	-	-	-
6	목포과학대학교	132	22	22	-	-	-
7	목포대학교	1,395	212	170	29	-	13
8	목포해양대학교	491	60	56	-	2	2
9	순천대학교	310	50	47	-	3	-
10	순천제일대학교	304	68	65	-	2	1
11	전남과학대학교	373	77	73	2	2	-

12	전남대 여수캠퍼스	635	101	91	-	-	10
13	전남도립대학교	165	41	37	-	1	3
14	청암대학교	242	33	30	1	2	-
15	초당대학교	260	29	11	16	2	-
합계		5,078	812	715	52	14	31

※ 고위험 의심군에서 개인정보 동의 거부, 문항 체크 오류 및 재점검후 2차 상담 선별됨

10. 2023년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사 고위험군 심층상담 결과

연번	대학명	심층상담	결 과		
			학생상담센터 연계	기초센터 연계	정보제공
1	광주가톨릭대학교	1명	-	1명	-
2	동아보건대학교	1명	-	1명	-
3	목포대학교	13명	-	8명	5명
4	목포해양대학교	2명	-	2명	-
5	순천제일대학교	1명	-	1명	-
6	전남대 여수캠퍼스	10명	7명	-	3명
7	전남도립대학교	3명	-	3명	-
합 계		31명	7명	16명	8명

III

요약 및 제언



1. 요약

전라남도 지역 대학생의 정신건강실태에 대한 조사를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 조사대상자는 총 4,965명으로 남성 2,259명(45.5%) 여성 2,706명(54.5%)으로 여성의 참여율이 더 높았다. 대상자의 평균 나이는 22.9 ± 6.7 세였고 24세 이하가 83.9%였다. 남성의 평균 나이는 22.2 ± 4.8 세, 여성의 평균 나이는 23.4 ± 7.9 세로 여성의 나이가 더 많았다($p < 0.001$).
- 2) 조사에 참여한 대학생 중 총 61명(1.2%)이 양극성스펙트럼장애 고위험군, 총 314명(6.3%)이 조기정신증 고위험군, 총 377명(7.6%)이 우울 고위험군, 총 483명(9.7%)이 성인ADHD고위험군, 총 182명(3.7%)이 범불안장애 고위험군 이었다. 신입생과 기존 대학생의 정신건강을 비교했을 때 양극성스펙트럼장애, 우울에서 유의한 차이는 없었다. 조기정신증, 성인ADHD, 범불안장애 고위험군의 비율은 신입생이 재학생에 비해 더 높았다. 조기정신증 고위험군의 경우 신입생의 조기정신증 고위험군 비율이 7.4%, 재학생의 조기정신증 고위험군 비율이 5.5%로 신입생에서 조기정신증 고위험군 비율이 통계적으로 유의미하게 더 높았다($p = 0.009$). 성인ADHD 고위험군의 경우 신입생 11.2%, 재학생 8.7%로 신입생의 성인ADHD 고위험군의 비율이 통계적으로 유의미하게 더 높았다($p = 0.004$). 범불안장애 고위험군 역시 신입생 4.5%, 재학생 3.0%로 신입생의 범불안장애 고위험군 비율이 통계적으로 유의미하게 높았다($p = 0.006$).
- 3) 대학생의 하루 평균 스마트폰 사용시간, 하루 SNS 접속 횟수는 각각 5.8 ± 3.2 시간, 13.4 ± 18.2 회였다. 대학생의 하루 평균 카페인 사용량은 1.5 ± 3.0 잔이었다. 하루 평균 스마트폰 사용시간의 경우 양극성스펙트럼장애 고위험군, 조기정신증 고위험군, 우울 고위험군, 성인 ADHD고위험군, 범불안장애 고위험군에서 모두 통계적으로 유의하게 길었다. 하루 평균 SNS 접속 횟수의 경우 양극성스펙트럼 장애 고위험군, 조기정신증 고위험군, 우울 고위험군, 성인 ADHD고위험군, 범불안장애 고위험군에서 유의하게 많았다. 하루평균 카페인 사용량은 양극성스펙트럼장애 고위험군, 우울 고위험군에서 통계적으로 유의하게 많았다.
- 4) 대학생 중 흡연자는 1,086명(21.9%), 음주자는 4,055명(81.7%) 이었다. 양극성스펙트럼장애 고위험군, 조기정신증 고위험군, 우울 고위험군, 범불안장애 고위험군에서 현재 흡연비율이 정상군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 음주 유무 비율은 각 질환 고위험군과 정상군을 비교했을 때 통계적으로 유의한 차이는 없었다.
- 5) 대학생 정신건강실태조사에서 파악한 양극성스펙트럼장애, 조기정신증, 우울, 성인 ADHD, 범불안장애 모두 최근 1년 자살 사고, 자살계획, 자살시도, 평생 자살사고, 자살시도의 비율이 통계적으로 유의하게 높았다.
- 6) 대학생의 GRIT과 정신건강과의 관련성을 살펴보았을 때, GRIT은 양극성스펙트럼장애, 조기정신증 위험, 우울, 성인 ADHD 증상, 불안과 유의한 음의 상관관계를 보였다. 이는 2021년, 2022년 전라남도광역정신건강복지센터 대학생 정신건강 실태조사 분석결과와 유사한 결과였다. 대학생의 경우 GRIT은 중도탈락률을 낮추는 요인으로서 쉽게 포기하지 않고 지속적으로 노력하는 학업지속의향과 학업 적응에 영향을 미친다. GRIT은 비교적 고정적이라고 생각되는 인지적 요인과는 달리 변화할 수 있고 발달이 가능한 비인지적 요인으로 노력을 통해 발달할 수 있다고 알려져 있다. 따라서 대학생의 정신건강을 보호하고

중도탈락률을 낮추기 위해 대학생의 GRIT을 높이기 위한 여러 방법들이 논의되어야 할 것이다.

- 7) 향후 경제사정, 대학교육 불만족, 대학교육포기, 편입, 취업 어려움 등의 이유로 대학 자퇴 계획을 묻는 문항에 ‘자퇴 계획이 있다’고 응답한 비율은 신입생이 10.4%, 재학생이 4.4%로 신입생이 통계적으로 유의미하게 높게 응답했다($p < 0.001$). 양극 성스펙트럼 고위험군, 조기정신증 고위험군, 우울 고위험군, 성인 ADHD 고위험군, 범불안장애 고위험군에서 모두 정상군에 비해 ‘자퇴 계획이 있다’로 응답한 비율이 통계적으로 유의미하게 높았다. 신입생의 경우 재학생에 비해 중도탈락의도가 유의하게 높았는데 신입생의 경우 자신이 원하는 대학에 들어가기 위해 자퇴하는 경우가 기존 재학생 보다는 높을 것으로 예상되고 이러 부분이 결과 값에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 하지만 정신건강 고위험군에서 모두 정상군에 비해 중도탈락의도가 높게 나타난 것은 상기 이유 이외에도 정신건강 어려움으로 자퇴를 결심하고 실행에 옮기는 비율도 상당수 있음을 추정하게 한다. 한편 재학생들의 중도탈락의도는 새로운 대학에 진학하기 위한 의도 외에도 다른 요인이 작용했을 것으로 생각된다. 따라서 신입생에게 정신건강 평가 및 서비스를 제공하는 것이 대학생 적응뿐만 아니라 중도탈락률을 낮추는데 도움이 될 것으로 보인다. 또한 재학생에게 지속적으로 정신건강서비스를 제공함으로써 정신건강문제로 인한 중도탈락을 예방할 수 있도록 해야 할 것이다.
- 8) 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각에 대한 질문에 ‘건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다’라고 응답한 사람은 1,341명(27.0%), ‘문제가 있다면 받고 싶다’라고 응답한 사람은 2,512명(50.6%), ‘문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 930명(18.7%), ‘절대로 받고 싶지 않다’고 응답한 사람은 182명(3.7%) 이었다. 신입생과 기존 대학생의 응답을 비교한 결과(그림 18.2.) ‘건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받고 싶다’라고 응답한 비율은 기존 대학생 29.2%, 신입생 24.1%, ‘문제가 있다면 받아보고 싶다’라고 응답한 비율은 기존대학생 51.5%, 신입생 49.9%로 기존 대학생이 정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 긍정적인 응답을 한 비율이 높았다. 이러한 결과는 기존 대학생이 매년 대학생 정신건강 실태조사와 정신건강 캠페인을 경험하며 정신과에 대한 인식이 좀 더 긍정적으로 변했을 가능성을 생각해 볼 수 있겠다.
- 9) 정신의료기관 이용여부에 대해 조사한 결과, 정신의료기관을 이용한 적이 있다고 응답한 대학생은 9.1%으로 소수에 불과했다. 정신건강의학과 상담이나 치료에 대해 긍정적으로 생각하는 비율은 27.0%였지만 실제로 정신의료기관을 이용한 사람은 9.1%로 소수인 것이 인상적이다. 정신건강의학과에 대한 인식개선과 더불어 실제로 정신건강의학과에 긍정적인 생각을 가지고 있는 사람이 실제로 정신건강의학과 방문을 어렵게 하는 요인이 무엇인지 논의가 필요할 것이다. 본 조사에서 양극 성장애, 조기정신증, 우울위험이 높거나 최근 1년간 자살계획, 시도 경험이 있는 사람을 고위험군으로 분류하고 정신과 심층상담을 진행하였다. 고위험 의심군으로 평가된 812명 중 정신건강전문요원 상담에 동의하여 상담을 진행한 대상자는 97명(11.9%)이었다. 이 중 54명은 학생상담센터 연계, 14명은 기초센터 연계, 31명은 정신건강의학과 전문의 심층상담을 진행하였다.

2. 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년 결과와 비교

2023년 전라남도 대학생 정신건강실태조사 결과를 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년 조사결과와 비교 요약하면 다음과 같다.

- 1) 정신의료기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 대상자가 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년, 2023년 각각 3.3%, 6.1%, 8.6%, 8.2%, 7.0%, 9.1% 2023년 응답이 2021년 이후 소폭 내려갔던 비율이 2023년에 약간 상승한 것을 확인할 수 있었다. 2023년 5월 WHO는 코로나19에 대한 ‘국제 공중보건위기상황(PHEIC)’선언을 종료하고 같은 달 24일, 우리나라 정부는 코로나19 위기경보를 ‘심각’에서 ‘경계’로 하향해 엔데믹(감염병의 풍토병화)을 선언했다. 단계적 일상회복, 위드 코로나 시기를 맞이하여 정신건강 어려움을 겪고 있는 대학생들이 적극적으로 정신의료기관을 이용할 수 있기를 희망한다.
- 2) 전라남도지역 대학생의 양극성스펙트럼장애 고위험군 유병률은 2018년 1.8%, 2019년 1.4%, 2020년 1.7% 2021년 0.6%, 2022년 0.4%, 2023년 1.2% 였다. 조기정신증 고위험군의 비율은 2018년 9.6%, 2019년 7.9%, 2020년 6.6%, 2021년 5.3%, 2022년 5.9%, 2023년 6.3%였다. 우울 고위험군 유병률은 2018년 9.5%, 2019년 10.9%, 2020년 11.0%, 2021년 9.2%, 2022년 10.9%, 2023년 7.6%(이후, PHQ-9이용) 였다. 우울 고위험군의 경우 2023년부터는 기존 CES-D 20점 이상에서 PHQ-9 10 점 이상으로 척도가 변경되었기 때문에 유병률 해석 시 이를 고려해야 한다. 성인 ADHD 고위험군의 비율은 2018년 3.3%, 2019년 4.1%, 2020년 7.4%, 2021년 9.1%, 2022년 10.2%, 2023년 9.7% 였다. 성인 ADHD의 경우 2018년~2019년에 평가한 기준 ASRS v1.1 part A 14점 이상을 성인 ADHD증상군으로 정의했고 2020년 이후로는 임상 지침에 따라 ASRS v1.1 part A 4가지 이상이 체크 되었을 때로 정의하였기 때문에 유병률을 해석할 때 이를 고려해야 한다. 범불안장애 위험군의 경우 2020년 4.8%, 2021년 4.3%, 2022년 4.9%, 2023년 3.7%로 2023년에 소폭 하락했다. 2022년 전라남도 대학생 정신건강실태조사 결과에 비해 2023년 전라남도 대학생 정신건강실태조사 결과 양극성스펙트럼장애 고위험군, 조기정신증 고위험군의 비율은 소폭 상승하였고 우울 고위험군(PHQ-9 척도변경), 성인 ADHD 고위험군, 범불안장애 고위험군의 비율은 감소하였다. 그러나 2023년 조사 결과가 2018년~2022년에 조사한 대상자와 동일한 군을 조사한 것이 아니므로 추후 지속적인 변화추이를 관찰하는 것이 필요하겠다.
- 3) 2019년, 2020년 전라남도 대학생 정신건강 실태조사에서 평생 자살사고, 평생 자살시도 경험이 있다고 응답한 비율은 2019년 각각 22.3%, 4.3%, 2020년 각각 32.2%, 6.9%였고 2021년 32.2%, 6.9% 였다. 2022년 평생 자살사고, 평생 자살시도 경험이 있다고 응답한 비율은 33.2%, 9.8%였다. 2023년 평생 자살사고, 평생 자살시도 경험이 있다고 응답한 비율은 26.3%, 7.5% 였다. 2023년 신입생과 기존 대학생의 자살관련 문항 응답을 비교하였을 때 평생 자살사고, 평생 자살시도 경험 모두 유의한 차이는 없었다. 2021년부터 전라남도 대학생 정신건강 실태조사에서는 기존의 조사 경험을 토대로 자살예방 계획 수립을 위한 근거를 마련하기 위해 자살위험성 평가, 자살예방에 대한 인식 등의 질문을 추가하였다. 이를 통해 대학생의 정신건강의 위험요인과 보호요인을 좀 더 심도 깊게 파악할 수 있을 것이며 또한 지속적인 조사를 진행하여 대학생의 정신건강 실태 변화를 관찰할 수 있을 것이다. 2021년부터 자살관련 문항을 좀 더 세분화하여 최근 1년간 자살사고, 자살계획, 자살시도, 자살예방에 대한 생각을 조사하였다. 최근 1년간 자살사고, 자살계획, 자살 시도 경험이 있다고 응답한 비율은 2021년 각각 17.9%, 3.4%, 2.2%, 2022년 18.4%, 4.2%, 3.1%, 2023년 15.7%, 3.1%, 2.0%였다. 자살을 예방할 수 있다고 생각하는지 묻는 질문에 ‘그렇다’고 긍정적인 답변을 한 비율은 2021년 73.3%, 2022년 81.9%였다. 2023년의 경우 자살예방 응답을 좀 더 세분화 하여 분류하였고 자살은 예방할 수 있다에 대해 ‘매우 동의하지 않음’ 4.7%, ‘동의하지 않음’ 2.6%, ‘잘 모르겠음’ 25.5%, ‘동의함’ 36.5%, ‘매우 동의함’ 30.7% 였다.
- 4) 하루 평균 스마트폰 사용시간의 경우 2019년, 2020년, 2021년, 2022년, 2023년 4.6±3.1 시간, 5.4±3.4시간, 5.7±3.4시간, 5.7±3.1시간, 5.8±3.2시간으로 증가 추세다. 정보통신 기술의 발달로 스마트기기 보유와 디지털 미디어 서비스 이용이 증

가하고 있는 것으로 생각된다. 이에 발맞춰 정신건강 프로그램 개발 시 스마트폰 어플리케이션, 소셜네트워크서비스 등을 이용한 방법을 논의해 봐야 할 것이다. 2023년부터 향후 대학 자퇴 계획 및 미래 진로계획에 대한 문항을 추가하였다. 이를 통해 대학생의 중도탈락에 정신건강이 미치는 영향을 세부적으로 분석하고 정신건강 문제로 인한 중도탈락을 예방하기 위한 전략을 세우고자 한다.

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) 2023년 전남 광역 대학생 정신건강 실태조사 결과 대학생의 양극성 장애 유병률은 1.2%, 조기정신증 유병률은 6.3%, 우울 증상 유병률은 7.6%, 성인 ADHD 증상 유병률은 9.7%, 범불안장애 유병률은 3.7% 였다. 여러 정신건강의학적 문제를 경험하고 있는 대학생의 실제 정신의료기관 이용여부에 대해 조사한 결과, 정신의료기관을 이용한 적이 있다고 응답한 사람은 9.1%으로 2018년, 2019년, 2020년, 2021년, 2022년 결과인 3.3%, 6.1%, 8.6%, 8.2%, 7.0%와 비교 했을 때 가장 높은 수치였으나 여전히 소수에 불과했다. 우리나라에서의 정신건강 전달체계가 취약함은 익히 잘 알려져 있다. 2021년 정신질환실태조사 결과 정신장애 평생 유병률은 남자 32.7%, 여자 22.9%, 전체 27.8%로, 성인 4명중 1명이 평생 정신건강 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 정신장애가 있는 것으로 진단된 사람 중 평생동안 정신건강서비스를 이용한 적이 있는 비율은 12.1%, 지난 1년간 정신건강서비스 이용비율은 7.2%였다. 우리나라의 지난 1년간 정신건강서비스 이용률은 7.2%로 미국 43.1%(‘15년), 캐나다 46.5%(‘15년), 호주 34.9%(‘09년)에 비해 낮은 수준이었다. 따라서 정신건강의학과에 대한 인식개선을 통해 정신건강 위기에 놓인 대학생이 적절한 도움을 받을 수 있도록 해야 할 것이다. 전라남도 광역정신건강복지센터는 2015년부터 ‘전라남도 광역정신건강복지센터 - 대학(학생상담센터) - 기초정신건강복지센터’ 네트워크를 구축하여 대학생 정신건강 고위험군을 조기 발견하고 개입하였다. 또한 매년 대학생을 대상으로 정신건강 실태조사를 실시하고 정신건강과 관련한 강좌를 진행하는 등 정신과 인식개선을 위한 사업을 실시해왔다. 2023년 신입생과 기존 대학생의 ‘정신건강의학과 상담이나 치료에 대한 생각’ 질문 응답은 2020년, 2021년, 2022년 결과와 마찬가지로 기존 대학생에서 더 긍정응답 비율이 높았다. 이러한 결과는 매년 실시한 대학생 정신건강 실태조사를 통해 정신건강 전문요원들을 접하고 관련 서비스를 간접적으로 이용한 기존 대학생들의 인식변화가 반영된 결과 일 수 있겠다. 2023년 국립나주병원 Mind Search 광주지역대학생 정신건강 실태 조사 중 정신건강의학과 치료를 받기 싫은 이유를 묻는 질문에 ‘주변의 시선’ 30.8%, ‘비용문제’ 24.7%, ‘기타’ 17.8%, ‘치료동기부족’ 17%, ‘부정적 경험’ 3.4%, ‘시간문제’ 2.9%, ‘의료기록’ 2.9%, ‘병원 방문의 두려움’ 0.5% 로 주변의 시선이 신경쓰인다는 응답이 가장 높은 비율로 나타났다. 이러한 결과를 통해 현재까지도 사회에 만연해 있는 정신과에 대한 선입견과 낙인이 정신과 진료의 문턱을 높여 치료를 늦추는 원인이 됨을 추정할 수 있다. 향후 정신질환에 대한 낙인을 개선하고 정신건강 전문가와의 접근성을 향상시키는 등 정신건강전달체계를 확립하기 위한 지속적인 노력이 필요할 것이다. 전라남도광역정신건강복지센터 대학생 정신건강증진 사업은 정신질환에 대한 낙인 등으로 정신건강 서비스에 접근하지 못하는 정신건강 고위험 대학생을 발굴하고 사후 서비스를 제공할 수 있다. 2020년 전라남도 순천에 전라남도 동부권 청년 특화 정신건강센터 마인드링크가 개소하였다. 전라남도광역정신건강복지센터 대학생 정신건강 증진사업과 더불어 고위험군 연계 등 원스톱 서비스(one stop)가 원활히 이루어질 수 있기를 기대한다. 또한 대학생 정신건강 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.

- 2) 본 조사에서 평가한 정신건강 양극성장애, 조기정신증, 우울, 성인 ADHD, 범불안장애 고위험군에서 다른 정신건강척도 총점 이 유의하게 높았다. 단순히 하나의 정신건강 위기만 있는 것이 아니라 다른 동반 질환이 존재할 가능성을 시사하는 바 로 대학생 정신건강관리를 위해 다각적인 평가와 접근이 필요하겠다.
- 3) 본 조사에서 정신건강 고위험군에서 최근 1년 자살사고, 자살계획, 자살시도, 평생 자살사고, 자살시도의 비율이 높았다. 선 행 연구에 따르면 자살 위험이 증가하는 연령대가 청소년/초기성인, 중년과 노년이었다.(43) 젊은 연령대에서 자살률의 증가는 다양한 원인이 복합적으로 상호작용 하겠지만 정신질환 발생 증가 역시 밀접한 관련이 있다.(43) DSM-IV 정신장애의 평생 유병률과 연령 분포를 조사한 National Comorbidity Survey 결과, 주요 정신장애의 약 절반이 14세 이전에 발병하고 3/4은 24세 전에 발병하는 등 주요 정신질환 중 대부분은 청소년기에 시작 된다.(44) 따라서 대학생 정신건강 고위험군을 발견하고 적절하게 개입하는 것이 자살행동을 예방 및 감소 시킬 수 있을 것으로 기대한다.
- 4) 본 조사에서 GRIT은 양극성 스펙트럼장애, 조기정신증 위험, 우울, 성인 ADHD증상, 불안, 불면과 유의한 음의 상관관계를 보 였다. 즉, GRIT을 높이는 것이 정신건강의 보호 요인으로 작용함을 시사한다.
- 5) 본 조사에서 향후 경제사정, 대학교육 불만족, 대학교육포기, 편입, 취업 어려움 등의 이유로 대학 자퇴 계획을 묻는 문항에 ‘자퇴 계획이 있다’ 고 응답한 비율 신입생이 재학생에 비해 통계적으로 유의미하게 높았다. 또한 정신건강 고위험군에서 모 두 정상군에 비해 ‘자퇴 계획이 있다’로 응답한 비율이 통계적으로 유의미하게 높았다. 신입생의 경우 재학생에 비해 중도탈 락의도가 유의하게 높았는데 신입생의 경우 자신이 원하는 대학에 들어가기 위해 자퇴하는 경우가 기존 재학생 보다는 높을 것으로 예상되고 이러 부분이 결과 값에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 하지만 정신건강 고위험군에서 모두 정상군에 비해 중도탈락의도가 높게 나타난 것은 상기 이유 이외에도 정신건강 어려움으로 자퇴를 결심하고 실행에 옮기는 비율도 상당수 있음을 추정하게 한다. 한편 재학생들의 중도탈락의도는 새로운 대학에 진학하기 위한 의도 외에도 다른 요인이 작용했을 것 으로 생각된다. 따라서 신입생에게 정신건강 평가 및 서비스를 제공하는 것이 대학생활 적응뿐만 아니라 중도탈락률을 낮추 는데 도움이 될 것으로 보인다. 또한 재학생에게 지속적으로 정신건강서비스를 제공함으로써 정신건강문제로 인한 중도탈 락을 예방할 수 있도록 해야 할 것이다.
- 6) 2023년도는 5월에 WHO가 코로나19에 대한 ‘국제 공중보건위기상황(PHEIC)’선언을 종료하고 같은 달 24일, 우리나라 정부 가 코로나19 위기경보를 ‘심각’에서 ‘경계’로 하향해 엔데믹(감염병의 풍토병화)을 선언한 해였다. 2022년도부터 사회적 거 리가 종료되는 등 단계적 일상회복을 하였고 2023년에는 공식적으로 엔데믹을 선언하며 진정한 위드 코로나시기를 맞이한 해였다. 코로나19는 감염에 대한 불안, 감염 유행을 막기 위한 사회적 거리두기로 인한 경제적 손실 및 지지기반의 약화, 일 상활동의 위축 등 정신건강에 해로운 영향들을 미쳤다. 전라남도광역정신건강복지센터는 코로나 19 상황에서 대학생의 정 신건강상태를 평가하였다 또한 위드 코로나 시기를 맞이하여 감염병이 대학생의 정신건강에 미치는 장기적인 영향에 대해 지속적으로 연구하고자 한다. 본 조사에 참여한 대학생들이 전라남도 전체 대학생을 대표한다고 확인할 수는 없다. 따라서 본 조사 결과를 일반화하는 데는 어려움이 있다. 그러나 표본의 크기가 유의한 수준의 통계 결과를 얻을 수 있을 정도이기 때 문에 결과가 의미 있다고 생각된다. 또한 동일한 지역에서 비슷한 조건을 가진 동일한 대상자들을 반복적으로 조사함으로써 지역내 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.

REFERENCE

1. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*. 2000;55(5):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):null.
3. Arnett Jeffrey JensenTanner J. Emerging adulthood. *Chronicle of Higher Education*. 2007;52(12):469-80.
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(4):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(4):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(3):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(11):1873-5.
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(6):1288-96.
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(2):111-7.
10. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Slack Incorporated Thorofare, NJ*; 2002. p. 509-15.
11. Park S-J, Choi H-R, Choi J-H, Kim K-W, Hong J-P. Reliability and validity of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Anxiety and mood*. 2010;6(2):119-24.
12. 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(2):245-56.
13. 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(1):41-6.
14. 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.
15. Duckworth AL, Peterson C, Matthews MD, Kelly DR. Grit: perseverance and passion for long-term goals. *Journal of personality and social psychology*. 2007;92(6):1087.
16. Wald J, Taylor S, Asmundson GJ, Jang KL, Stapleton J. Literature review of concepts: Psychological resiliency.

- 2006.
17. Lee U, Lim S-W, Shin Y-C, Shin D-W, Oh KS, Kim S-Y, et al. Reliability and validity of Korean version of grit. *Anxiety and mood*. 2019;15(1):53-60.
 18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006;166(10):1092-7.
 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(3):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(1):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(2-3):163-73.
 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(8):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(11-12):964-71.
 26. 안석균. 초기 정신증의 예방 및 정신사회적 개입 프로그램의 개발. *정신건강정책포럼*. 2008;2:206-22.
 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(S33):53-9.
 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(1):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(4):228-34.
 32. 백종우, 송지영. 초기 성인기를 대상으로 한 우울증 조기발견 및 관리모형 개발. *정신건강정책포럼*. 2009;3:154-64.
 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(9):1093-104.
 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, Wilkowski BM. Potential symptoms of ADHD for emerging adults. *Journal*

- of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2010;32(3):385-96.
37. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit-hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2001;15(2):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(4):185-8.
 39. Hong J, Lee D, Ham B. The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Sejong: Ministry of Health & Welfare. 2016:15-8.
 40. 조남근, 권정희, 정미예. 대학생의 그릿과 자율성, 마인드셋 그리고 학업지속의향 간의 구조적 관계. *청소년학연구*. 2017;24(12):45-69.
 41. 하혜숙, 임효진, 황매향. 학업적응에서 끈기 (Grit) 와 목표의식, 성실성, 탄력성의 역할. *상담학연구*. 2017;18(1):371-88.
 42. Duckworth A. *Grit: The power of passion and perseverance*: Scribner New York, NY; 2016.
 43. Kutcher S, Chehil S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. 2007.
 44. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

2023년 전라남도

대학생 정신건강 실태조사 보고서

발행일 2023. 12.

발행인 시영화

발행처 전라남도광역정신건강복지센터

편집처 전라남도광역정신건강복지센터

주소 전남 나주시 산포면 세남로 1328-31 2층

편집및인쇄 백일디자인 062)676-0129

ISSN 2714-0806