

다문화 청소년의 어머니 출생국가에 따른 정신건강 및 건강위험행위: 제11차(2015) 청소년건강행태온라인조사를 이용

주현옥¹, 박소연¹, 이재영²¹동아대학교 간호학과, ²경성대학교 간호학과

Mental Health and Health Risk Behaviors of Multicultural Adolescents according to Their Mothers' Native Country: Using Data from the 11th (2015) Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey 2015

Hyeon-Ok Ju¹, So-Yeon Park¹, Jaeyoung Lee²¹Department of Nursing, Dong-A University, Busan; ²Department of Nursing Science, Kyungsoo University, Busan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to analyze the mental health and health risk behaviors of multicultural adolescents according to their mothers' native country. **Methods:** For this study raw data from the 11th Youth Health Behavior Online Survey (2015) was examined. Mental health and health risk behaviors for 62,985 adolescents were analyzed according to their mothers' native country. Collected data were analyzed with the SPSS program using descriptive statistics and logistic regression analysis, to which the complex sample design was applied. **Results:** The odds ratio of depression in multicultural adolescents compared to Korean adolescents was 44.92 (CI: 5.77-349.59) for adolescents whose mothers came from Cambodia and 3.00 (CI: 1.57-5.76) for adolescents whose mothers came from North Korea. The odds ratio of attempted suicide was 14.73 (CI: 3.09-70.22) for adolescents whose mothers came from Cambodia and 8.63 (CI: 3.45-21.62) for adolescents whose mothers came from North Korea. The odds ratio of problematic drinking in multicultural adolescents was 7.47 (CI: 1.71-32.67) for adolescents whose mothers came from Mongolia. **Conclusion:** Findings indicate that when planning a health promotion program for adolescents from multicultural families, a customized approach should be sought taking into account the characteristics of mothers' native country.

Key words: Cultural diversity, Adolescent, Mental health, Health behavior

서론

연구의 필요성

최근 우리나라는 국제결혼 및 이주노동자의 증가로 다문화 가정의

급증하고 있고, 그 중 외국인 여성과의 혼인이 차지하는 비율이 62.6%로 가장 높다[1]. 2010년 다문화 가정의 자녀수는 전체 초·중·고·대학생 수의 0.4%인 31,389명에 불과하였으나, 2015년에는 1.5%인 82,536명에 이르르고 있다[1]. 이들 중 중고등학생의 비율은 27.0%인 22,253명이며, 이는 2006년 15.7%, 2010년 22.2%로 점점 더 증가하고 있는 추세이다. 통계청의 2010년 혼인이혼통계 보도 자료에 의하면 2003년에서 2005년까지 국제결혼이 급속히 증가하다가 그 이후 완만한 감소 추세를 보이고 있어[1], 향후 몇 년간 다문화 청소년의 수는 계속 증가할 것이다.

청소년기는 아동에서 성인으로 가는 중간 과도기이다. 이 시기는 신체적 성숙과 함께 정신적 성숙이 이루어지는데 가족이나 주변의 기대와 요구로 인해 많은 스트레스를 경험하게 되며 이는 문제행동으로 나타나게 된다[2]. 아동의 문제행동은 내면적(internalizing) 문제와 외현적(externalizing) 문제로 나누어 설명할 수 있다. 내면적 문제행동은 자

Corresponding author So-Yeon Park Department of Nursing, College of Medicine, Dong-A University, 32 Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, Korea
TEL +82-51-240-2689 FAX +82-51-240-2920 E-MAIL shy-sy@hanmail.net

*본 연구는 동아대학교 학술연구비지원에 의하여 연구되었음.

*This study was supported by research funds from Dong-A University.

Key words 다문화, 청소년, 정신 건강, 건강위험행위

Received 29 December 2016 **Received in revised form** 16 January 2017

Accepted 17 January 2017

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

신의 갈등이나 고통을 억제하는 행동으로 주로 두려움이나 위축, 우울과 같은 것을 의미하며, 외현적 문제행동은 거짓말이나 싸움, 가출, 무단결석 등 자신의 고통을 외부로 표출하며 충동을 일으키는 것이다 [3]. 이러한 문제행동은 부모와의 애착이나 안정적 관계와 관련이 있다 [4]. 부모로부터 돌봄을 잘 받고 자란 아동의 경우 청소년기 행동문제나 부적응이 덜 나타나며, 엄격하게 통제를 많이 받고 자란 아동의 경우 외현적 문제는 적게 나타나고 내재화된 문제는 더 많이 나타난다 [5]. 미국 이민 청소년의 정서 및 행동문제에 대한 체계적 고찰연구[6]에 의하면 아시아계 이민 자녀의 정신질환 발병률이 높으며, 이들의 정신건강은 부모의 수용정도나 양육방식이 영향을 미친다고 하였다.

우리나라의 다문화 청소년은 국제결혼 가정, 새터민, 이주노동자 가정 등 다양한 이주배경을 가지고 있고, 그에 따라 매우 다른 특성들을 나타낸다[7]. 많은 결혼이주여성들은 문화적문제, 사회적 지지의 부족, 배우자와의 갈등, 자녀 양육의 어려움 등으로 많은 스트레스를 경험하며, 우울증 등의 정신건강문제도 국내 여성들보다 높다[8]. 다문화 청소년들은 가정 내 어머니의 불안과 스트레스를 경험하게 되고 자신에 대해서 이야기 나누는 것에 대한 어려움을 경험한다[9]. 이는 청소년에게 일상생활에서 스트레스와 불안을 증가시켜 정신 건강을 위협하고 건강위험행위를 촉진하게 한다[10].

다문화 가정의 자녀는 출생국가에 따라 한국생활 적응에서 차이가 있다고 하였으며 일본국적의 자녀가 타 국적에 비하여 학교생활의 어려움이 상대적으로 가장 적었다[11]. 그러나 국내 다문화 청소년에 대한 연구는 학교 적응[12,13]이나 주관적 건강상태[14,15], 정신건강과 같은 심리사회적인 부분[16,17] 등으로 다문화 청소년 전체를 포괄하여 다루고 있어 다문화 가정 부모의 이전 국적에 따른 차이를 배제한 연구가 대부분이다. 한편 다문화 가정의 가족유형에 따른 청소년의 건강상태와 자살행위에 관한 연구[17,18]가 있으나 양육의 주 담당자인 어머니의 특성을 고려하지 못하고, 가족유형을 양부모 외국인 가정, 모 외국인 가정, 부 외국인 가정 등으로 구분하였다. 그 결과 모 외국인 가정 청소년이 일반 가정 청소년과 비교하여 흡연이나 음주에서 오히려 낮은 경험률을 보인다고 하였거나[18], 자살생각과 자살 시도 확률은 한국인 가정의 청소년과 차이가 없다고 하였다[17]. 한편, 모 외국인 가정이 70% 이상인 연구[15,19]에서는 북한 가정과 다문화 가정의 청소년이 한국 가정 청소년에 비해 현재 흡연, 고위험 음주 경험률 및 약물사용경험 비율이 높은 것으로 보고되기도 하였다. 이와 같이 선행연구들은 일관된 결과가 나타나지 않았으며, 우리나라에서 다문화 가족 구성 중 어머니가 외국인인 경우가 62.6%[1]로 높은 비중을 차지하는 것을 고려하지 않은 것이 대부분이었다.

이에 본 연구는 다문화 청소년의 경우 어머니의 문화적 배경에 따라 양육태도가 다양할 것이며 이에 따른 그들의 정서 및 행동문제에 관심을 가질 필요가 있다고 생각되어, 어머니의 출생국가에 따른 다문화

청소년의 정신건강과 건강위험행위의 정도를 파악하고, 어머니가 한국에서 태어난 청소년과 비교하여, 향후 다문화 청소년관리를 위한 개별화된 증재프로그램을 계획하는 데 기초자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위를 파악하기 위한 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 일반적인 특성을 파악한다.

둘째, 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위 정도를 파악한다.

셋째, 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위의 상대위험도를 예측한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구의 설계는 제11차(2015년) 청소년건강행태온라인조사 원시 자료를 이용하여 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위를 파악하고, 어머니가 한국인인 청소년과 비교하기 위한 횡단적 조사연구이다.

연구자료 및 연구 대상자

청소년건강행태온라인조사는 우리나라 청소년의 건강행태 현황과 추이를 파악하기 위하여 2005년부터 매년 발표하는 국가 대표 자료이다. 본 연구에서는 질병관리본부 홈페이지에 게시된 절차에 따라 서약서와 이용계획서를 제출하고 난 후 제11차(2015년) 청소년건강행태온라인조사 원시자료를 제공받았다. 제11차 청소년건강행태온라인 자료는 2015년 4월 기준으로 전국 중학교 1학년부부터 고등학교 3학년 학생을 대상으로 익명성의 자기기입식 온라인 조사를 통해 수집하였다. 표본추출과정은 모집단 층화, 표본 배분, 표본 추출의 단계로 나누어 진행되었다. 전국 44개 지역군과 학교급(중학교, 일반계고, 특성화계고)을 층화변수로 모집단을 132개 층으로 나누고, 중·고등학교 각각 400개 교씩 층화변수별 모집단 구성비와 표본구성비가 일치하도록 비례 배분법을 적용하여 표본학교수가 배분되었다. 학교를 1차 추출단위로 하여 계통추출법으로, 학급을 2차 추출단위로 하여 무작위추출법으로 전국 800개교, 70,362명이 최종 표본으로 선정되었다. 선정된 표본 중 797개교 68,043명이 참여하였고 97.6%의 참여율을 보였다.

청소년건강행태온라인조사에서 원시자료는 논리적 오류와 이상치를 처리하였으며, 가중치는 질병관리본부에서 산출하였고 원시자료에

가중치변수(W)로 제공하고 있다. 가중치는 추출률 역수와 응답률 역수를 곱한 것에 가중치 사후보정률을 곱한 값이며, 가중치 사후보정률은 지역군내 성별, 학교급별(중학교, 일반계고, 특성화계고), 학년별 가중치 합이 2015년 4월 기준 전국 중·고등학생 수와 같도록 계산하였다. 이를 통하여 표본이 모집단을 대변하였으며, 설문에 응답한 중학교 응답자수 34,299명, 고등학교 응답자수 33,744명이 2015년 4월 기준 전국 중학생 1,574,072명, 전국 고등학생 1,775,691명을 대표하였다[20]. 본 연구에서는 연구의 목적에 따라 국내 청소년 62,320명과 다문화 청소년 665명 등 총 62,985명을 대상으로 하였다. 응답자 수가 5명 미만인 대만(4명)과 러시아(2명) 및 기타(27명)로 분류된 국가를 제외하였다. 청소년건강행태온라인조사 자료는 식별이 불가능한 고유 번호로 수집되어 대상자의 개인정보가 없고 설문 시 익명성과 기밀성이 보장되어 있다. 본 연구자는 D대학교 기관생명윤리위원회의 심의 면제 확인(HR-088-02)을 받은 후 연구를 진행하였다.

연구 변수

다문화 청소년

본 연구에서 ‘어머니가 한국에서 태어났습니까?’라는 질문에서 ‘그렇다’라고 응답한 경우 한국 청소년, ‘아니다’라고 응답한 경우를 다문화 청소년으로 정의하였다. ‘어머니는 어느 나라에서 태어났습니까?’라는 질문에서 국가별 응답 인원을 파악하였다. 다문화 청소년 어머니의 출생국가는 중국(조선족), 중국(한족, 기타민족), 일본, 필리핀, 북한, 베트남, 태국, 우즈베키스탄, 몽골, 캄보디아 등이었다.

인구사회학적 특성

조사 대상의 인구학적 특성을 파악하기 위해 도시규모, 학교급, 성별, 거주형태, 평상시 고민상담자, 학교 성적과 가정의 경제 수준 등을 분석하였다. 도시규모는 대도시(특별시, 광역시), 중소도시(대도시를 제외한 시), 군 지역으로 구분하였고 학교급은 일반계고, 중학교, 특성화계고로 구분된 변수를 이용하였다. 청소년의 거주형태는 부모와 함께 지내는지, 친척집에 동거하는지, 하숙·자취·기숙사 등 혼자서 지내는지 혹은 고아원이나 사회복지시설, 보육원 같은 보육시설에서 지내는지에 대해 구분하였다. 고민 상담자는 평소 청소년이 고민을 주로 상담하는 사람이 누구인지에 대한 문항으로 아버지, 어머니, 형제자매, 친구, 학교 선생님, 기타, 없음으로 구분되었다. 주관적으로 인식하는 학교 성적과 가정의 경제 수준은 상, 중상, 중, 중하, 하로 구분된 5개 항목을 상과 중상을 ‘상’으로 중하와 하를 ‘하’로 재범주화 하였다.

정신건강

정신건강 변수는 스트레스, 우울감, 자살생각, 자살경험 및 자살 시도 등을 분석하였다. 스트레스는 ‘평상시 스트레스를 얼마나 느끼고

있습니까?’에 대한 응답에서 ‘스트레스를 대단히 많이 느낀다’ 1점, ‘많이 느낀다’ 2점, ‘조금 느낀다’ 3점, ‘별로 느끼지 않는다’ 4점, ‘전혀 느끼지 않는다’ 5점으로 되어있다. 코딩을 역산하여 점수가 높을수록 스트레스를 많이 경험하는 것을 의미한다. 우울감은 ‘최근 12개월 동안, 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있었습니까?’라는 문항을 이용하였다. 자살생각은 ‘최근 12개월 동안, 심각하게 자살을 생각한 적이 있었습니까?’를 이용하였으며, 자살계획은 ‘최근 12개월 동안, 자살하기 위해 구체적인 계획을 세운 적이 있었습니까?’, 자살시도는 ‘최근 12개월 동안, 자살을 시도한 적이 있었습니까?’ 문항을 사용하였다.

건강위험행위

건강위험행위 변수로는 현재음주, 문제음주 및 현재흡연을 분석하였다. 현재음주는 ‘최근 30일 동안, 1잔 이상 술을 마신 날은 며칠입니까?’에 대한 질문에 ‘최근 30일 동안 없다’라고 응답한 경우는 음주를 하지 않은 것으로 정의하고 ‘월 1회-매일’은 음주를 한 것으로 정의하였다. 문제음주는 Knight 등[21]이 개발한 Car, Relax, Alone, Forget, Family or Friend, Trouble (CRAFT) 도구를 통해 선별된 문제음주행동을 의미한다. ‘최근 12개월 동안, 다음의 경험을 한 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘스트레스를 풀기 위하여나 어울리기 위해 술을 마신 경험(Relax), 혼자서 마신 경험(Alone), 음주에 대해 가족이나 친구로부터 충고를 들은 경험(Family or Friend), 음주 후 운전하거나 혹은 음주자가 운전하는 오토바이나 자전거, 차량 등에 동승한 경험(Car), 음주 후 기억이 끊긴 경험(Forget), 음주 후 다른 사람과 시비를 벌인 경험(Trouble)’ 등 6가지 항목 중 2가지 이상이 해당되면 문제음주가 있는 것으로 정의한다. 현재흡연은 ‘최근 30일 동안, 담배를 한 대(한 개비)라도 피운 날은 며칠입니까?’라는 질문에 ‘최근 30일 동안 없다’라고 응답한 경우는 현재흡연을 하지 않은 것으로 정의하고, ‘월 1일-매일’이라고 응답한 경우는 현재흡연을 하는 것으로 정의하였다.

자료분석방법

청소년건강행태온라인조사 자료는 원시자료의 표본설계 특성을 고려하여 복합표본설계 자료분석을 이용하였다. 질병관리본부 청소년건강행태온라인조사는 표본추출과정에서 표본오차를 최소화하기 위하여 모집단을 층화하였다. 층에서 한 개의 집락만 존재하는 경우에는 인접 표본설계층과 통합하였으며, 통합한 표본설계 통합층(strata)을 원시자료에 공개하고 있어, 자료분석 시 층화변수로 표본설계 통합층(strata)변수를 사용하여야 한다[19]. 본 연구에서는 질병관리본부의 분석 지침에 따라 통합층(Strata), 집락변수(Cluster), 가중치(W), 유한모집단수정계수(FPC)를 반영하여 IBM SPSS Statistics 22.0 program을 이용하여 분석하였다.

첫째, 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 일반적 특성은 빈도, 백분율과 χ^2 -test로 분석하였다.

둘째, 어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 정신건강과 건강 위험행위는 평균, 표준편차, 빈도, 백분율, t-test와 χ^2 -test로 분석하였다.

셋째, 다문화 청소년의 정신건강과 건강위험행위의 상대 위험도를 예측하기 위하여 복합표본 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연구 결과

어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 일반적인 특성

본 연구에 참여한 다문화 청소년은 665명이었으며, 비교 표본으로 사용된 한국 청소년은 62,320명으로 다문화 청소년의 비율은 전체 인원의 1.05%이었다. 어머니 출생국가별로 살펴보면 중국(조선족) 27.1%(174명), 일본 21.7%(170명), 필리핀 13.6%(117명), 중국(한족, 기타민족) 16.3%(103명), 북한 5.1%(28명), 베트남 3.6%(26명), 우즈베키스탄 2.4%(13명), 몽골 1.3%(9명), 캄보디아 1.0%(8명) 순이었다.

어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 청소년이 현재 거주하는 도시규모는 어머니 출생국가에 따라 차이가 있었다($\chi^2=172.53, p=.009$). 군에 거주하는 비율은 어머니의 출생국가가 태국인 경우 23.3%, 필리핀인 경우 22.3%였으며, 한국인 경우는 5.8%이었다. 대도시에 거주하는 청소년은 어머니 출생국가가 몽골인 경우가 80.7%, 북한 51.6%, 한국 45.6%이었다. 중소도시 거주 비율은 어머니의 출생국가가 캄보디아인 경우가 100%, 필리핀 55.9%이며 한국 48.6%이었다. 어머니의 출생국가에 따른 학교급의 차이를 보면 일반계고는 캄보디아인 경우 60.6%, 베트남 49.8%, 한국 45.0%이었으며, 중학교는 필리핀이 80.0%, 태국 75.8%이었으며 한국은 47.5%로 나타났다. 특성화 고등학교는 캄보디아 32.5%, 베트남 17.5%, 중국(조선족) 15.5%, 일본 15.2% 등이었으며 한국은 7.5%로 대부분의 다문화 청소년은 한국 청소년보다 특성화 고등학교에 다니는 비율이 높게 나타났다($\chi^2=93.16, p<.001$).

청소년들의 현재 거주형태 역시 어머니의 출생국가에 따라 차이가 있었다($\chi^2=1303.5, p<.001$). 어머니가 한국인인 청소년의 96.3%가 부모와 함께 지내는 것과 달리 어머니가 북한에서 출생한 경우 57.5%, 캄보디아인 경우 63.9%만 부모와 함께 지내고 있었다. 하숙·기숙·자취와 같이 독립해서 거주하는 청소년의 비율은 북한 15.6%, 캄보디아 10.8%이었으며 한국은 2.9%이었다. 현재 보육기관에서 생활하는 청소년은 캄보디아 25.3%, 북한과 우즈베키스탄 각각 20.2%이었으며 한국은 0.2%이었다.

청소년의 고민상담 대상도 어머니의 출생국가에 따라 차이가 있었다($\chi^2=181.18, p<.001$). 한국 청소년들은 상담하는 대상이 주로 친구였으며(36.3%) 어머니와 상담하는 경우가 28.2%, 이야기를 나눌 사람이 없다고 한 경우가 21.3%이었다. 베트남의 경우 61.3%가 친구와 상담한

다고 하였으며, 일본인 경우 30.5%가 어머니와 상담한다고 하였다. 베트남과 태국 청소년들은 어머니와 상담한다고 응답한 비율이 0%이었다. 고민을 상담할 대상이 없다고 응답한 청소년은 캄보디아 74.9%, 북한 45.4%, 우즈베키스탄 34.7% 순으로 나타났다.

청소년들이 주관적으로 인식하는 학교성적을 '상'이라고 응답한 비율은 우즈베키스탄인 경우 59.9%, 북한 45.9%, 일본 41.0%이었으며 한국은 38.1%인 반면 캄보디아는 0%로 나타났다. 주관적으로 인식하는 학교성적이 '하'인 경우는 태국 청소년 70.6%, 몽골 62.4%, 캄보디아 61.6% 순이었으며 한국은 33.7%로 나타나 청소년의 주관적 학교성적은 어머니의 출생국가에 따라 차이가 있었다($\chi^2=49.93, p<.001$). 청소년들이 주관적으로 인식하는 경제 상태가 '상'이라고 응답한 경우는 우즈베키스탄이 44.6%, 한국이 37.2%, 중국(한족, 기타민족) 34.7% 순이었으며 캄보디아는 7.5%이었다. 주관적 경제상태가 '하'라고 응답한 경우는 태국 42.0%, 북한 39.1%, 몽골 35.5% 순이었으며 한국은 15.8%로 어머니의 출생국가별로 청소년들이 인식하는 주관적 경제 상태에 차이가 있었다($\chi^2=123.51, p<.001$).

어머니의 출생국가에 따른 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위

다문화 청소년의 어머니 출생국가에 따른 정신건강 및 건강위험행위는 Table 2와 같다. 다문화 청소년들의 스트레스 수준은 캄보디아가 3.86 ± 0.48 점으로 가장 높았으며, 우즈베키스탄 3.71 ± 0.28 점, 몽골 3.52 ± 0.35 점 순이었고 한국은 3.19 ± 0.01 점이었다. 반면 어머니의 출생국가가 태국인 청소년들의 스트레스 수준은 2.91 ± 0.27 점으로 가장 낮은 것으로 나타나 국가별로 차이가 있었다($t=2.81, p=.050$). 우울감이 있는 경우는 캄보디아 청소년이 93.2%로 가장 많았으며, 북한 47.7% 및 태국 39.9% 순으로 한국의 경우 23.3%보다 훨씬 높았다($\chi^2=31.69, p<.001$). 자살생각을 해본 경험은 캄보디아 청소년의 57.8%가 있다고 응답하였으며, 북한 22.8%, 태국 21.8%, 한국 청소년의 경우 11.4%가 있다고 응답하였다($\chi^2=22.59, p=.009$). 자살을 계획한 경험은 어머니의 출생국가가 캄보디아와 북한인 경우 각각 57.8%, 21.4%이었으며 한국 청소년의 경우 3.6%였다($\chi^2=98.53, p<.001$). 자살을 실제로 시도한 경험은 캄보디아 25.3%로 가장 높았으며, 북한 16.6%, 몽골 13.5%로 한국 2.2%보다 훨씬 높았으며 중국(한족, 기타민족)인 경우는 0%이었다($\chi^2=69.95, p<.001$).

건강위험행위에서 현재음주 비율은 어머니의 출생국가가 몽골인 청소년의 경우 30.5%, 베트남인 경우 27.3%, 북한인 경우 25.4% 순으로 높았고 한국 청소년의 경우 16.0%이었다($\chi^2=41.78, p<.001$). 음주관련 문제를 유발하는 음주행위인 문제음주는 어머니의 출생국가가 몽골인 청소년에서 30.5%, 북한 11.2%이었으며 한국 청소년은 5.6%이었다($\chi^2=36.04, p<.001$). 현재흡연은 어머니의 출생국가가 북한인 청소년은 35.8%, 몽골인 청소년은 30.5%로 높았으며, 필리핀은 4.2%, 한국 청소년

(N=62,985)

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Adolescents by Their Mothers' Native Country

Variable	Categories	KC (n = 174)	JP (n = 170)	PH (n = 117)	CN (n = 103)	KP (n = 28)	VN (n = 26)	UZ (n = 13)	TH (n = 17)	MN (n = 9)	KH (n = 8)	KR (n = 62,320)	χ^2 (p)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Region	Rural	40 (17.3)	56 (20.7)	35 (22.3)	18 (10.6)	1 (2.0)	8 (19.1)	2 (6.5)	5 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4,738 (5.8)	172.53 (.009)	
	Metropolitan	57 (33.5)	45 (31.2)	23 (21.9)	36 (37.3)	15 (51.6)	9 (41.2)	5 (41.6)	3 (26.3)	7 (80.7)	0 (0.0)	28,847 (45.6)		
	M-S city	77 (49.2)	69 (48.1)	59 (55.9)	49 (52.1)	12 (46.4)	9 (39.7)	6 (51.9)	9 (50.4)	2 (19.3)	2 (19.3)	8 (100.0)	28,735 (48.6)	
School type	High	64 (40.3)	68 (41.3)	13 (11.1)	31 (35.5)	8 (28.2)	11 (49.8)	4 (34.6)	2 (11.9)	2 (27.4)	5 (60.6)	25,991 (45.0)	93.16 (<.001)	
	Middle	88 (44.1)	83 (43.3)	95 (80.0)	60 (53.9)	19 (67.1)	10 (32.7)	8 (62.9)	13 (75.8)	6 (66.8)	2 (6.8)	31,487 (47.5)		
	Vocational high	22 (15.5)	19 (15.2)	9 (8.9)	12 (10.6)	1 (4.7)	5 (17.5)	1 (2.5)	2 (12.3)	1 (5.8)	1 (32.5)	4,842 (7.5)		
	Gender	Male	83 (47.8)	96 (58.4)	52 (46.3)	50 (52.6)	14 (47.7)	14 (60.0)	8 (59.5)	8 (42.9)	4 (42.0)	5 (79.9)	31,967 (51.8)	8.05 (.570)
	Female	91 (52.2)	74 (41.6)	65 (53.7)	53 (47.4)	14 (52.3)	12 (40.0)	5 (40.5)	9 (57.1)	5 (58.0)	3 (20.1)	30,353 (48.2)		
Residential types	Parents	161 (93.0)	161 (95.2)	111 (93.8)	94 (89.9)	16 (57.5)	20 (78.8)	10 (71.1)	14 (74.3)	6 (63.7)	5 (63.9)	59,717 (96.3)	1,303.5 (<.001)	
	Relations	1 (0.4)	1 (0.6)	1 (1.2)	3 (3.4)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.6)	1 (17.1)	0 (0.0)	388 (0.6)		
	Dormitory	7 (3.1)	7 (3.3)	3 (2.5)	5 (5.4)	5 (15.6)	6 (21.2)	1 (8.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2,066 (2.9)		
	Facility	5 (3.4)	1 (1.0)	2 (2.5)	1 (1.2)	5 (20.2)	0 (0.0)	2 (20.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (19.3)	149 (0.2)		
	Father	12 (8.3)	12 (8.5)	16 (18.4)	9 (6.0)	3 (9.0)	3 (8.0)	1 (7.5)	1 (3.2)	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (7.5)	2,816 (4.5)	181.18 (<.001)
	Mother	42 (21.0)	42 (30.5)	16 (14.5)	19 (23.1)	5 (22.4)	0 (0.0)	2 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (15.6)	1 (10.8)	17,503 (28.2)	
	Siblings	10 (5.7)	1 (7.4)	4 (4.6)	4 (2.4)	2 (4.0)	2 (5.2)	1 (8.3)	1 (7.8)	1 (7.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3,576 (5.8)	
Counselor	Friend	54 (32.6)	54 (32.2)	33 (29.3)	33 (31.9)	5 (19.2)	13 (61.3)	1 (5.1)	9 (59.8)	2 (22.5)	1 (2.4)	22,328 (36.3)		
	Teacher	6 (3.7)	6 (1.5)	3 (2.1)	5 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.7)	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (4.5)	1,110 (1.6)		
	Others	6 (2.9)	6 (4.3)	8 (6.0)	2 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (20.6)	1 (9.1)	2 (29.7)	0 (0.0)	1,527 (2.3)		
	None	44 (26.0)	44 (20.6)	37 (25.2)	31 (30.3)	13 (45.4)	8 (25.5)	5 (34.7)	4 (18.1)	3 (32.1)	4 (74.9)	13,470 (21.3)		
	School achievement High	55 (32.4)	67 (41.0)	34 (27.8)	24 (22.5)	14 (45.9)	8 (26.9)	7 (59.9)	3 (17.8)	3 (17.8)	4 (37.6)	0 (0.0)	23,835 (38.1)	49.93 (<.001)
	Medium	50 (28.4)	46 (23.5)	33 (33.6)	22 (24.9)	4 (15.9)	7 (27.8)	1 (5.1)	2 (11.6)	2 (11.6)	0 (0.0)	4 (38.4)	17,569 (28.3)	
	Low	69 (39.1)	57 (35.5)	50 (38.6)	57 (52.6)	10 (38.2)	11 (45.3)	5 (35.0)	12 (70.6)	5 (62.4)	5 (62.4)	4 (61.6)	20,916 (33.7)	
Economic status	High	40 (20.9)	23 (16.0)	19 (20.6)	32 (34.7)	6 (17.3)	6 (13.1)	5 (44.6)	2 (14.2)	1 (6.2)	1 (7.5)	23,007 (37.2)	123.51 (<.001)	
	Medium	84 (49.5)	92 (51.4)	63 (52.2)	46 (39.7)	11 (43.6)	16 (66.9)	4 (31.9)	7 (43.7)	5 (58.3)	4 (64.8)	29,413 (47.0)		
	Low	50 (29.6)	55 (32.6)	35 (27.3)	25 (25.6)	11 (39.1)	4 (20.0)	4 (23.5)	8 (42.0)	3 (35.5)	3 (27.7)	9,800 (15.8)		

n (%) = n: unweighted; %: weighted; M-S = Medium and Small; KC = Korean-Chinese; JP = Japan; PH = Philippines; CN = China; KP = North Korea; VN = Vietnam; UZ = Uzbekistan; TH = Thailand; MN = Mongolia; KH = Cambodia; KR = Korea.

Table 2. Mental Health and Health Risk Behavior of the Adolescents by Mothers' Native Country (N=62,985)

Variable	Categories	KC (n = 174)		JP (n = 170)		PH (n = 117)		CN (n = 103)		KP (n = 28)		VN (n = 26)		UZ (n = 13)		TH (n = 17)		MN (n = 9)		KH (n = 8)		KR (n = 62,320)		t or χ^2 (p)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Stress		3.37 ± 0.75	3.36 ± 0.07	3.17 ± 0.10	3.20 ± 0.09	3.33 ± 0.23	3.28 ± 0.19	3.71 ± 0.28	3.52 ± 0.35	3.86 ± 0.48	3.19 ± 0.01	2.81 (.050)													
Depression	Yes	44 (25.4)	34 (19.5)	29 (24.1)	26 (24.7)	13 (47.7)	5 (15.4)	2 (20.2)	7 (39.9)	1 (8.5)	6 (93.2)	14.401 (23.3)	31.69 (<.001)												
	No	130 (74.6)	136 (80.5)	88 (75.9)	77 (75.3)	15 (52.3)	21 (84.6)	11 (79.8)	10 (60.1)	8 (91.5)	2 (6.8)	47.919 (76.7)													
Suicidal ideation	Yes	26 (14.2)	17 (9.5)	13 (14.1)	11 (9.1)	7 (22.8)	4 (19.8)	2 (16.5)	3 (21.8)	1 (13.5)	3 (57.8)	7.052 (11.4)	22.59 (.009)												
	No	148 (85.8)	153 (90.5)	104 (85.9)	92 (90.9)	21 (77.2)	22 (80.2)	11 (83.5)	14 (78.2)	8 (86.5)	5 (42.2)	55.268 (88.6)													
Suicidal plan	Yes	14 (8.6)	4 (2.2)	7 (5.7)	4 (4.6)	6 (21.4)	2 (7.7)	1 (8.3)	2 (13.0)	1 (13.5)	3 (57.8)	2.227 (3.6)	98.53 (<.001)												
	No	160 (91.4)	166 (97.8)	110 (94.3)	99 (95.4)	22 (78.6)	24 (92.3)	12 (91.7)	15 (87.0)	8 (86.5)	5 (42.2)	60.093 (96.4)													
Suicidal attempt	Yes	11 (6.7)	3 (1.0)	6 (4.9)	0 (0.0)	5 (16.6)	1 (6.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (13.5)	2 (25.3)	1.408 (2.2)	69.95 (<.001)												
	No	163 (93.3)	167 (99.0)	111 (95.1)	103 (100.0)	23 (83.4)	25 (94.0)	12 (91.7)	17 (100.0)	8 (86.5)	6 (74.7)	60.912 (97.8)													
Present alcohol use	Yes	41 (22.9)	17 (10.0)	7 (6.0)	11 (11.8)	7 (25.4)	6 (27.3)	1 (5.7)	2 (16.3)	2 (30.5)	2 (24.6)	9.780 (16.0)	41.78 (<.001)												
	No	133 (77.1)	153 (90.0)	110 (94.0)	92 (88.2)	21 (74.6)	20 (72.7)	12 (94.3)	15 (83.7)	7 (69.5)	6 (75.4)	52.540 (84.0)													
Problem drinking	Yes	15 (9.2)	5 (3.3)	4 (3.6)	5 (6.7)	4 (11.2)	2 (9.8)	1 (5.7)	1 (9.1)	2 (30.5)	1 (7.5)	3.413 (5.6)	36.04 (<.001)												
	No	159 (90.8)	165 (96.7)	113 (96.4)	98 (93.3)	24 (88.8)	24 (90.2)	12 (94.3)	16 (90.9)	7 (69.5)	7 (92.5)	58.907 (94.4)													
Present smoking	Yes	13 (8.9)	7 (5.6)	4 (4.2)	15 (17.0)	9 (35.8)	3 (16.3)	2 (14.4)	2 (16.3)	2 (30.5)	2 (18.3)	4.359 (7.1)	23.82 (.003)												
	No	161 (91.1)	163 (94.4)	113 (95.8)	88 (83.0)	19 (64.2)	23 (83.7)	11 (85.6)	15 (83.7)	7 (69.5)	6 (81.7)	57.961 (92.9)													

n (%) = n: unweighted; %: weighted; KC = Korean-Chinese; JP = Japan; PH = Philippines; CN = China; KP = North Korea; VN = Vietnam; UZ = Uzbekistan; TH = Thailand; MN = Mongolia; KH = Cambodia; KR = Korea.

Table 3. Odds Ratio of Mental Health in the Multicultural Adolescents by Their Mothers' Native Country (N=62,985)

Variable	KR (n = 62,320)	KC (n = 174)		JP (n = 170)		PH (n = 117)		CN (n = 103)		KP (n = 28)	
		aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p
Stress	1	1.38 (1.02-1.87)	.450	1.27 (0.91-1.79)	.051	1.02 (0.69-1.52)	.478	0.92 (0.62-1.38)	.935	1.74 (0.80-3.81)	.738
Depression	1	1.12 (0.78-1.61)	.600	0.80 (0.54-1.18)	.033	1.05 (0.67-1.65)	.481	1.08 (0.68-1.73)	.581	3.00 (1.57-5.76)	.008
Suicidal ideation	1	1.28 (0.82-2.01)	.960	0.82 (0.47-1.41)	.099	1.27 (0.72-2.26)	.957	0.77 (0.43-1.38)	.085	2.29 (0.96-5.43)	.199
Suicidal plan	1	2.54 (1.41-4.58)	.341	0.62 (0.22-1.70)	.031	1.63 (0.73-3.66)	.719	1.29 (0.40-4.13)	.520	7.34 (3.06-17.61)	.003
Suicidal attempt	1	3.14 (1.62-6.11)	.201	0.42 (0.12-1.42)	.012	2.23 (0.90-5.56)	.838	0.00 (0.00-0.00)	<.001	8.63 (3.45-21.62)	.002
Variable	KR (n = 62,320)	VN (n = 26)		UZ (n = 13)		TH (n = 17)		MN (n = 9)		KH (n = 8)	
		aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p	aOR (CI)	p
Stress	1	1.12 (0.50-2.50)	.922	1.11 (0.41-3.00)	.376	2.79 (0.96-8.11)	.809	0.81 (0.19-3.53)	.368	4.33 (1.00-18.81)	.535
Depression	1	0.60 (0.21-1.73)	.184	2.19 (0.83-5.78)	.244	0.84 (0.21-3.37)	.583	0.31 (0.05-2.12)	.157	44.92 (5.77-349.59)	.001
Suicidal ideation	1	1.92 (0.57-6.41)	.527	2.16 (0.65-7.23)	.402	1.53 (0.37-6.28)	.820	1.21 (0.18-7.99)	.941	10.63 (2.36-47.93)	.006
Suicidal plan	1	2.27 (0.67-7.64)	.774	4.05 (0.99-16.61)	.291	2.45 (0.39-15.43)	.786	4.21 (0.64-27.86)	.408	37.11 (8.23-167.40)	<.001
Suicidal attempt	1	2.79 (0.42-18.46)	.742	0.00 (0.00-0.00)	<.001	3.94 (0.63-24.80)	.480	6.77 (1.02-44.91)	.212	14.73 (3.09-70.22)	.013

KR=Korea; KC=Korean-Chinese; JP=Japan; PH=Philippines; CN=China; KP=North Korea; VN=Vietnam; UZ=Uzbekistan; TH=Thailand; MN=Mongolia; KH=Cambodia.

Table 4. Odds Ratio of Health Risk Behavior in the Multicultural Adolescents by Their Mothers' Native Country

Variable	KR (n=62,320)			KC (n=174)			JP (n=170)			PH (n=117)			CN (n=103)			KP (n=28)		
	aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p	
Present alcohol use	1.55 (1.09-2.20)	.014		0.58 (0.35-0.96)	.033		0.33 (0.15-0.74)	.007		0.70 (0.37-1.30)	.256		1.78 (0.76-4.19)	.186				
Problem drinking	1.73 (1.02-2.93)	.043		0.57 (0.24-1.36)	.206		0.64 (0.24-1.74)	.386		1.22 (0.52-2.87)	.643		2.15 (0.77-6.04)	.145				
Present smoking	1.27 (0.74-2.18)	.377		0.78 (0.38-1.60)	.491		0.57 (0.23-1.46)	.242		2.67 (1.53-4.67)	.001		7.27 (3.19-16.56)	<.001				
Variable	VN (n=26)			UZ (n=13)			TH (n=17)			MN (n=9)			KH (n=8)					
	aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p		aOR (CI)	p				
Present alcohol use	1.96 (0.77-5.02)	.159		1.02 (0.26-4.01)	.978		0.32 (0.07-1.52)	.152		2.30 (0.53-10.07)	.267		1.70 (0.34-8.62)	.519				
Problem drinking	1.84 (0.55-6.11)	.320		1.69 (0.27-10.68)	.572		1.03 (0.21-4.96)	.969		7.47 (1.71-32.67)	.008		1.38 (0.19-10.21)	.749				
Present smoking	2.54 (0.76-8.51)	.132		2.54 (0.64-10.00)	.184		2.19 (0.44-10.89)	.338		5.73 (1.31-25.03)	.020		2.92 (0.59-14.30)	.187				

KR=Korea; KC=Korean-Chinese; JP=Japan; PH=Philippines; CN=China; KP=North Korea; VN=Vietnam; UZ=Uzbekistan; TH=Thailand; MN=Mongolia; KH=Cambodia.

은 7.1%이었다($\chi^2=23.82, p=.003$).

다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위 상대위험도 예측

어머니가 외국인인 다문화 청소년의 정신건강을 한국 청소년과 비교한 상대위험도는 Table 3과 같다. 스트레스 인지의 상대위험도는 다문화 청소년과 한국청소년 간 통계적으로 차이가 나타나지 않았다. 우울감은 어머니의 출생국가가 캄보디아인 청소년들이 한국 청소년보다 44.92배(CI: 5.77-349.59), 북한인 경우는 3배(CI: 1.57-5.76) 더 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다. 자살을 생각해 본 경험비율은 어머니의 출생국가가 캄보디아인 청소년들이 한국 청소년보다 10.63배(CI: 2.36-47.93) 더 높았으며, 자살을 계획한 경험이 있는 경우는 어머니의 출생국가가 캄보디아인 청소년이 한국 청소년보다 37.11배(CI: 8.23-167.40), 북한인 경우는 7.34배(CI: 3.06-17.61) 더 높았다. 자살을 시도한 비율은 어머니의 출생국가가 캄보디아인 청소년은 한국 청소년보다 14.73배(CI: 3.09-70.22), 북한인 경우는 8.63배(CI: 3.45-21.62) 더 높은 것으로 나타났다. 반면 어머니의 출생국가가 일본인 청소년은 우울감(OR: 0.80, CI: 0.54-1.18), 자살계획(OR: 0.62, CI: 0.22-1.70) 및 자살시도(OR: 0.42, CI: 0.12-1.42) 등의 경험률이 한국 청소년보다 낮은 것으로 나타났다.

다문화 청소년의 건강위험행위 상대위험도를 한국 청소년과 비교한 결과는 Table 4와 같다. 현재음주의 경우 어머니의 출생국가가 중국(조선족)인 청소년들이 한국 청소년보다 1.55배(CI: 1.09-2.20) 더 높은 것으로 나타났으며, 일본(OR: 0.58, CI: 0.35-0.96)과 필리핀(OR: 0.33, CI: 0.15-0.74)의 경우는 더 낮았다. 문제음주는 어머니의 출생국가가 몽골인 경우 한국 청소년보다 7.47배(CI: 1.71-32.67), 중국(조선족)인 경우는 1.73배(CI: 1.02-2.93) 더 높은 것으로 나타났다. 현재흡연은 어머니의 출생국가가 북한인 청소년들이 한국 청소년보다 7.27배(CI: 3.19-16.56), 몽골인 경우 5.73배(CI: 1.31-25.03), 중국(한족, 기타민족)인 경우 2.67배(CI: 1.53-4.67) 더 높은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 청소년건강행태온라인조사 자료를 이용하여 다문화 가정 청소년의 정신건강과 건강위험행위 정도를 어머니의 출생국가에 따라 분석하고, 한국 청소년과의 상대위험도를 비교하여 살펴보았다.

통계청[1]의 보고에 따르면 우리나라 다문화 가족 구성 중 내국인 남성과 외국인 여성의 혼인 비율은 62.6%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 외국인 여성의 주요 출생국가는 2014년도 기준으로 중국, 베트남, 일본 및 필리핀 순이었다. 본 연구에서는 중국(조선족), 일본, 필리핀, 중국(한족, 기타민족), 북한 및 베트남 순이었다. 이러한 차이는 본 연구의 대상자가 주로 중·고등학생이기 때문이며, 베트남 출신과의 국제결혼이 급격히 증가된 시기는 2000년 이후이므로[8] 이들 가정에서

태어난 자녀들은 아직 초등학교 시기에 있으며 앞으로 이들이 중·고등학교에 진학하게 되면 그 비율은 달라질 것으로 생각된다.

본 연구에서 다문화 청소년의 거주 도시는 한국 청소년보다 '군'지역이 많았다. 이는 국내 사회경제적 상황에 비추어 볼 때, 외환위기·구조조정·실업·지역경제의 침체 등으로 인한 계층 간의 격차가 확대와 양극화 과정에서 농어촌 지역에서는 경제발전 수준이 낮은 국가의 여성과 혼인 관계를 맺는 국제결혼 때문으로 볼 수 있다[22].

청소년들의 거주형태는 한국 청소년의 96.3%가 부모와 함께 지내고 있으나, 북한과 캄보디아의 경우 약 60% 내외만이 부모와 함께 지내고 있었으며, 고민을 상담할 대상이 없다고 응답한 청소년은 캄보디아 74.9%, 북한 45.4%, 우즈베키스탄 34.7% 순이었다. 주관적으로 인식하는 학교성적이 '하'인 경우는 어머니의 출생국가가 태국, 몽골 및 캄보디아 청소년이 60% 이상이었으며, 경제상태가 '하'라고 응답한 경우는 태국과 북한 청소년이 40% 내외였다. 청소년들은 학업 성취와 사회적 기능을 함에 있어서 가정의 사회경제적 배경과 가족구조 따라 영향을 받는다. 미국에서 출생한 이민자 학생들을 대상으로 한 연구에 의하면, 청소년들의 학업성취도는 언어적 능력보다는 가정의 사회적 배경, 경제적 능력, 가족 구성원과의 관계 등에 영향을 받는다[23]. 북한이탈 청소년을 대상으로 외상 후 심리적 성장요인에 관한 연구에서는 외상 후 심리적 성장에 대한 예측요인으로 가족동거유무가 포함되는 것으로 나타났다[24]. 본 연구에서 우울감, 자살생각, 자살계획 및 자살시도와 같은 정신건강과 현재음주, 문제음주 및 현재흡연 등의 건강위험행위의 비율이 국내 청소년보다 높았던 다문화 청소년들은 어머니의 출생국가가 북한, 캄보디아, 몽골이었던 것을 비추어 보아 청소년의 가족동거유무와 고민을 상담할 대상이 있는지의 여부는 이들의 정신건강에 영향을 미치는 것으로 생각된다.

다문화 청소년의 우울감은 어머니의 출생국가가 캄보디아인 경우가 한국인 청소년 보다 44.93배, 북한인 경우가 3배 높았다. 일반적으로 한국 청소년의 우울은 자살의 큰 위험 요인으로 알려져 있다[25]. 2000년부터 2007년까지 발행된 한국청소년 자살관련 논문에서 자살생각 관련변인에 관한 메타분석 결과, 효과크기가 가장 큰 변인은 우울이었다[26]. 2012년 청소년건강행태온라인조사를 바탕으로 다문화 가정 청소년의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구에서 우울감 경험자가 그렇지 않은 경우보다 자살생각이 4.9배 높았다[16]. Reinherz 등[27]의 연구에 따르면 스트레스와 우울감을 경험하고 대인관계 능력이 낮은 청소년들은 자살과 같은 문제 위험 행동을 하며 이러한 위험 행동은 성인기까지 영향을 미치게 된다고 하였다. 그러나 청소년기의 우울은 성인기와는 달리 우울증상이 드러나지 않고 비행행동이나 신체적 증상소로 나타나기 때문에 조기발견이 어려워[16] 보다 세심한 주의가 필요하다.

자살생각, 자살계획 및 자살시도 등도 어머니의 출생국가가 캄보

디아인 경우와 북한인 경우가 한국인 경우보다 매우 높았다. 반면 일반인 경우는 한국인 경우보다 낮았다. 2011-2013년의 청소년건강행태온라인조사 자료를 통합하여 가족구조를 모 외국인 청소년, 부 외국인 청소년, 부모 외국인 청소년 및 일반 청소년 등으로 분류하여 자살생각과 자살시도를 분석한 연구[17]에서는 모 외국인 청소년과 일반 청소년에서 자살생각과 자살시도 확률이 크게 다르지 않은 것으로 나타났다. 그러나 본 연구결과와 비교해 보면 청소년의 자살생각과 자살계획은 어머니의 출생국가가 중요한 요인임을 알 수 있어 다문화 청소년의 지원정책에서 어머니의 출생국가에 따른 개별화된 전략을 개발할 필요성이 있다.

다문화 청소년들은 상대적으로 그 수가 적고, 낮은 수준의 경제여건으로 인해 정신건강과 사회 적응 등의 문제를 경험하게 된다[28]. 북한에서 온 부모들은 국가차원에서 남한의 생활에 흡수될 수 있도록 '동화 정책'을 받게 되지만, 자녀들의 경우에 '다문화 정책'의 지원을 받게 된다. 이러한 과정에서 탈북자 가정의 부모와 청소년들은 정서적 혼란과 어려움을 경험하게 된다[29]. 또한, 어머니의 출생국가가 북한인 경우는 다른 국가 출신자들 보다 높은 스트레스를 경험하게 되는데[15], 출생국가가 북한인 어머니의 스트레스는 이들 자녀의 정신건강과 건강행위에 부정적인 영향을 미치게 된다[10]. 그러나 기존의 대부분의 다문화 가정에 대한 연구에서 북한은 제외되었으나, 본 연구에서는 우리나라의 경우 같은 언어를 사용하지만 오랫동안 분단되어 서로 다른 생활습관과 문화를 가지고 있는 북한 이탈 주민도 다문화 가정으로 분류하였으며, 북한출신 가정의 청소년도 분석에 포함하였다.

본 연구에서 어머니의 출생국가가 캄보디아인 청소년의 숫자는 적었으나 고민을 상담할 대상이 없고, 자살생각과 자살계획 경험비율이 과반수를 넘었으며, 자살시도 역시 다문화 청소년 중 가장 높았다. 결혼이주여성 중 캄보디아 출신 어머니들은 긍정적이며 순종적인 캄보디아 문화의 특성으로 인하여 한국생활에서 그들의 성향이 순종적이지만, 불안정한 온정·수용적인 양육행동을 가지게 되며, 어머니들이 받는 문화적응스트레스, 특히 죄책감과 향수병 등의 요인이 그들 자녀의 적응에 부정적인 영향을 미친다[30]. 그러나 국내 다문화 가정 중 캄보디아 출신 어머니를 두고 있는 아동과 청소년의 정신건강 및 건강위험행위에 대한 연구가 매우 드물어 그 배경이나 이유에 대해 구체적으로 논의하는데 어려움이 있기에 추가적인 탐색적 연구가 필요하다.

다문화 청소년의 문제음주는 어머니의 출생국가가 몽골과 중국(조선족)인 경우, 흡연은 어머니의 출생국가가 북한, 몽골 및 중국(한족, 기타민족)인 경우가 한국 청소년에 비해 높았다. 북한 가정과 다문화 가정 및 한국 가정 청소년의 건강행태를 비교한 연구에서도 북한 가정 청소년의 경우 평생흡연 경험률과 현재흡연 경험률이 한국 가정 청소년에 비해 높았고, 그 이유를 북한에서 온 부모의 흡연율이 높고, 북한 이탈 청소년의 경우 탈북과정에서 육체적 그리고 정신적 외상을 경험

하고, 탈북 후에도 문화적응 스트레스를 겪기 때문이라고 하였다[15]. 반면 어머니의 출생국가가 일본인 청소년들은 음주와 흡연 및 문제음주의 비율도 우울과 마찬가지로 한국 청소년보다 낮았다. 또한 일본 출신 어머니의 청소년들은 일반적 특성에서 가족과 함께 거주하는 비율이 높았으며, 고민이나 힘든 일이 있을 때, 주로 부모와 이야기 나눈다고 응답한 청소년이 다른 다문화 청소년 중 가장 많았다.

이와 같이 다문화 청소년들은 어머니의 출생국가에 따라 정신건강 및 건강위험행위에서 차이를 보이고 있었다. 본 연구는 모 외국인 가정 청소년의 자살관련 변수와 건강위험행위는 일반 가정 청소년과 유사하다는 기존의 연구[17,18]와 다른 결과를 보였으며, 모 외국인 가정 중에서도 어머니의 출생국가에 따라 다문화 청소년의 정신건강과 건강위험행위가 차이가 있다는 것을 밝혀낸 점에 의의가 있다. 따라서 다문화 가정 청소년을 위한 건강증진 프로그램을 기획할 때 다문화 청소년을 전체적인 틀에서 볼 것이 아니라, 부모의 외국인 여부, 어머니의 출생국가, 부모와 동거여부 및 고민 상담자 여부 등에 따라 개별화된 맞춤형 건강서비스를 강구해야 할 것이다.

본 연구결과를 통해 다음과 같이 제안한다. 첫째, 본 연구결과에서 나타난 어머니의 출신국가 이외에, 다문화 청소년의 정신건강과 건강위험행위에 영향을 미칠 수 있는 가족유형, 청소년의 출생지, 어머니의 국내 거주기간과 적응상태 등 다양한 영향요인을 파악할 수 있는 연구를 제안한다. 둘째, 어머니의 출생국가가 북한과 캄보디아인 청소년을 대상으로 이들의 정신건강과 건강위험행위의 원인을 밝히기 위한 탐색적 연구가 이루어져야 할 것이며 이들을 위한 전문적인 상담프로그램의 개발을 제안한다. 셋째, 다문화 청소년을 위한 중재프로그램 개발 시 가족의 이주배경, 부모의 특성 및 부모와의 동거여부 등을 고려하여 개별화된 전략을 제안한다.

본 연구의 제한점으로는 이차자료를 사용하였기에, 청소년의 정신건강과 건강위험행위에 영향을 미칠 수 있다고 알려진 청소년의 출생지, 국내 거주기간, 적응상태 및 어머니의 국내 거주기간 등을 파악할 수 없었다. 그리고 어머니가 외국인인 경우를 대상으로 선정하였기에, 아버지의 국적이 통제되지 않았다.

결론

본 연구는 다문화 청소년의 정신건강 및 건강위험행위를 어머니의 출생국가에 따라 비교하였고, 한국 청소년과의 상대위험도를 파악하여, 다문화 청소년의 건강증진 프로그램개발의 기초자료를 제공하기 위하여 시도하였다.

어머니의 출생국가는 중국(조선족), 일본, 필리핀, 중국(한족, 기타민족), 북한, 베트남 등의 순이었으며, 대도시 보다 중소도시에 더 많이 거주하고 있었다. 어머니가 북한인 청소년과 캄보디아인 청소년은 부모

와 함께 지내지 않는 경우가 많았으며, 어머니가 캄보디아, 북한 및 우즈베키스탄인 청소년은 고민을 상담할 대상이 없는 경우가 많았다. 어머니가 캄보디아와 북한인 청소년은 우울감을 경험한 적이 한국 청소년에 비해 훨씬 많았으며, 자살생각 및 자살 시도 역시 매우 높게 나타나 이들의 정신건강에 대한 보다 세밀한 관심이 요구된다. 현재음주 비율은 어머니가 몽골, 베트남 및 북한인 경우가 높았고, 현재흡연 비율은 어머니가 북한과 몽골인 경우가 높아 이들에 대한 차별화된 금연 프로그램이 필요하다.

Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

References

1. Statistics Korea. 2016 Korea youth statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2016 [cited 2016 September 27]. Available from: <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>.
2. Lee JY, Kim YK. Cognitive characteristics according to internalizing and externalizing problems in community adolescents. *The Korea Journal of Youth Counseling*. 2006;14(1):39-48.
3. Shim ES, Kim YH. Externalizing-internalizing problems and stress of elementary school students: mediating effects of automatic thought. *The Journal of Elementary Education*. 2011;24(4):97-119.
4. Laird RD, Pettit GS, Bates JE, Dodge KA. Parents' monitoring relevant knowledge and adolescents' delinquent behavior: evidence of correlated developmental changes and reciprocal influences. *Child Development*. 2003;74(3):752-768. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00566>
5. Yang HJ, Kuo YJ, Wang L, Yang CY. Culture, parenting, and child behavioral problems: a comparative study of cross-cultural immigrant families and native-born families in Taiwan. *Transcultural Psychiatry*. 2014;51(4):526-544. <http://doi.org/10.1177/1363461514532306>
6. Kouider EB, Koglin U, Petermann, F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in American countries: a systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015; 17(4):1240-1258. <http://doi.org/10.1007/s10903-014-0039-2>
7. Yang MJ, Lee DH, Ko HW, Kim YH, Nam HJ. A qualitative study on perception of helping professionals working for the culturally diverse adolescents. *Korea Journal of Counseling*. 2012;13(3):1181-1209. <http://doi.org/10.15703/kjc.13.3.201206.1181>
8. Lee JE, Chung HW. Maternal and child health in multi-cultural family

- in Korea and policy suggestion. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2016;20(2):95-102. <http://doi.org/10.21896/jksmch.2016.20.2.95>
9. Conger RD, Wallace LE, Sun Y, Simons RL, McLoyd VC, Brody GH. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*. 2002;38(2):179-193. <http://doi.org/10.1037//0012-1649.38.2.179>
 10. Kwon JA, Wickrama KAS. Linking family economic pressure and supportive parenting to adolescent health behaviors: two developmental pathways leading to health promoting and health risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014;43(7):1176-1190. <http://doi.org/10.1007/s10964-013-0060-0>
 11. Jun KS, Song MK. A research on the differences of adjustment level by multicultural children`s nationality. *Korean Journal of Youth Studies*. 2011;18(11):305-330.
 12. Byun EJ, Sim HS. Effect of ego-resilience and family support on multicultural primary school student` school adjustment. *The Korean Journal of Counseling*. 2010;11(4):1753-1765. <http://doi.org/10.15703/kjc.11.4.201012.1753>
 13. Kim YS, Shin CK, Kim HJ. The effects of the potential abilities and personal relationships of multicultural families` students on their adjustment to school: the case of elementary students in Gyeonggi province. *The Journal of Elementary Education*. 2012;25(2):161-185.
 14. Lee BS, Kim JS, Kim KS. Factors that affect the subjective health status of adolescents in multicultural families. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2013;27(1):64-75. <http://doi.org/10.5932/jkphn.2013.27.1.64>
 15. Kim HJ, Han MA, Park J, Ryu SY, Choi SW. Health behavior of North Korean, multicultural and Korean family adolescents in Korea: the Korea youth risk behavior web-based survey, 2011-2013. *Health Policy and Management*. 2015;25(1):22-30. <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2015.25.1.22>
 16. Park GY, Che YR, Kim BR. The analysis of risk factors influencing adolescent suicidal ideation in a multicultural family - Based on the 2012 Korea youth health risk behavior on-line survey. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2013;7(1):155-165. <http://doi.org/10.12811/kshsm.2013.7.1.155>
 17. Kim HS, Kim DS. Adolescents of multi-cultural families and differential risks of suicidal behaviors. *Korean Journal of Sociology*. 2014; 48(2):35-66. <http://doi.org/10.21562/kjs.2014.04.48.2.35>
 18. Yu JO, Kim MS. A study on the health risk behaviors of adolescents from multicultural families according to the parents` migration background. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015;26(3):190-198. <http://dx.doi.org/10.12799/jkacn.2015.26.3.190>
 19. Kim HS. Differential risks of juvenile delinquency among adolescents of multi-cultural families. *Korean Journal of Sociology*. 2016;50(1):41-74. <https://doi.org/10.21562/kjs.2016.02.50.1.41>
 20. Korea Centers for Disease Control and Prevention. The eleventh Korea youth risk behavior web-based survey in 2015 [Internet]. Seoul: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2016 [cited 2016 June 21]. Available from: <http://yhs.cdc.go.kr/>
 21. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002;156(6):607-614. <http://doi.org/10.1136/ebn.6.1.23>
 22. Hwang JM. Feminization of migration` and marriage migration in Korea: a theoretical inquiry. *Journal of Feminism*. 2009;9(2):1-37.
 23. Olszewski-Kubilius P, Thomson DL. Gifted programming for poor or minority urban students: issues and lessons learned. *Gifted Child Today*. 2010;33(4):58-64. <http://doi.org/10.1177/107621751003300413>
 24. Kim HK. A study on posttraumatic growth among North Korean adolescent refugees. *The Korean Journal of Cultural Sociology*. 2013; 14(1):225-262. <http://doi.org/10.17328/kjcs.2013.14.1.006>
 25. Kim KH. Depression and suicide in Korean adolescents. *Korean Journal of Psychological and Social Issues*. 2004;10:55-68.
 26. Kim BY, Lee CS. A meta-analysis of variables related to suicidal ideation in adolescents. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2009;39(5):651-661. <http://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.5.651>
 27. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1226-1232. <http://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1226>
 28. Flink IJ, Jansen PW, Beirens TM, Tiemeier H, van IJzendoorn M, Jaddoe V, et al. Differences in problem behaviour among ethnic minority and majority preschoolers in the Netherlands and the role of family functioning and parenting factors as mediators: the generation R study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1092-1101. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1092>
 29. Lee SY. A study of social adjustment among North Korean immigrant adolescents. *Journal of Adolescent Behavior Science*. 2006;11:1-11.
 30. Oh JY, Kim KR, Nam MW. Effects of parenting behavior, life quality, and acculturation stress of foreign mothers in multicultural families on children`s institutional adjustment. *The Journal of Eco-Early Childhood Education*. 2014;13(1):293-319.v