

I. 서 론

최근 3년간 초, 중, 고등학교를 중단하는 비율은 전체 재학생 대비 약 1% 수준에 불과하지만 사회적으로 인식되는 체감도는 훨씬 더 심각한 수준이다. 교육통계시스템에 따르면 매년 6~7만 명이 학교를 떠나고 있으며, 소재조차 파악되지 않는 학교 밖 청소년이 28만 명에 달하고(윤철경 외, 2013), 학업을 중단하고 싶어 하는 잠재적 학업중단율은 초등학생 28.8%, 중학생 48.6%, 고등학생 48.6%로 나타나 학업중단에 노출된 정도가 매우 심각한 수준이다(정제영, 2014).

학교 밖 청소년들은 규모면에서 사회국가적으로 큰 부담이 되고 있을 뿐만 아니라 개인적으로도 사회에 적응하며 살아가는데 여러 가지 어려움을 겪게 된다. 사회적 측면에서는 사회적 비용이 근로소득 및 세수입 감소 등 1인당 1억 원으로 추산된다는 연구결과(한국교육개발원, 2010)에 따를 때 학업중단으로 인한 국가의 경제적 손실액은 수 조원에 이를 것으로 추산된다. 또한 학업중단 이후 보호관찰이나 소년원, 소년교도소 경험이 38.8%에 이르고(윤철경, 류방란, 김선아, 2010), 가출청소년의 절반이상이 학업중단 상태(김지혜, 안치민, 2006)로서 비행에 연루될 가능성이 높아 사회적 불안요소가 되고 있다.

특히, 개인적 차원에서 학교 밖 청소년은 음주와 흡연, 성병, 임신, 폭력상해, 약물사용 등의 신체적·성적 건강문제에 취약하며, 불규칙한 식습관이나 경제적 사정으로 인해 끼니를 거르거나 인스턴트식품 위주의 편식습관으로 불균형적인 영양상태를 보이고 있다(오혜영, 박현진, 공윤정, 김범구, 2013; 윤철경 외, 2013; Beauvais, Chavez, Oetting, Deffenbacher, & Cornel, 1996; Grunbaum, Lowry, Kann, & Pateman, 2000). 이 뿐 아니라 학업중단 이후 사회의 냉담한 눈초리와 부정적인 정서경험으로 인해 우울이나 무기력감, 분노, 불면증, 자살 충동이나 자살시도 등과 같은 정신건강상의 문제를 보이는 경우도 있어(서정아, 권혜수, 정찬석, 2006; 오혜영, 지승희, 박현진, 이정실, 2011; 전영실, 김지영, 박성훈, 2013) 학교 밖 청소년은 신체적·정신적 건강이 위협받고 있는 환경에 처해 있다.

이에 지금까지는 국가 차원에서 교육, 고용, 비행예방, 상담지원 등 다양한 정책들이 부처별로 분산 추진되어 왔으나 2014년 5월 ‘학교 밖 청소년 지원에 관한 법률’이 제정되고 올해 5월 시행이 되면서 여성가족부를 중심으로 종합적인 지원정책이 추진되고 있다. 이에 따라 2015년에 전국적으로 학교밖청소년지원센터가 설치·지정되어 상담, 교육, 직업체험 및 취업지원, 자립지원 등 학업복귀나 사회진입을 돕기 위한 서비스가 제공되기 시작했다. 그러나 건강증진 서비스의 경우 법률 제 11조, 제 12조 2항 1호에 따라 학교밖청소년지원센터에서 의료지원을 하도록 명시되어 있음에도 불구하고 별도의 예산이나 구체적인 지원체계가 마련되어 있지 않다. 반면, 재학생들은 학교보건법 제7조~11조에 따라 학교에서 매년 건강

검사, 학생정서·행동특성검사(AMPQ-II) 및 우울증검사, 예방접종 등 적절한 건강관리를 받고 있다.

지금까지 학교 밖 청소년의 건강관리를 위한 연구는 몇 차례 있어 왔다. 먼저 국가청소년위원회(2007)에서 가출청소년을 대상으로 건강실태조사를 실시한 바 있는데, 의료진들이 직접 조사에 참여했기 때문에 의료적으로 신뢰할 수 있는 연구로 평가되지만 정책적인 후속 조치가 이루어지지 못했다. 또한 가출청소년을 대상으로 복지실태 및 욕구조사(한국청소년개발원, 2006) 차원에서 건강검진 여부와 질병경험, 우울·불안 수준을 파악하는 연구가 있었고, 청소년쉼터에 거주하는 학교 밖 청소년 대상 건강행태조사연구(한국청소년정책연구원, 2014)가 실시된 바 있었지만 별도의 건강검진이 이루어지지 않는 객관적인 건강상태를 파악하는데 한계가 있었다.

이처럼 선행 연구와 법적 근거에도 불구하고 아직까지 국내에서는 학교 밖 청소년에 대한 범정부 차원의 건강증진계획은 물론 건강실태조사조차 제대로 이루어지지 않고 있어 학교 밖 청소년의 건강권이 보장되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 학교 밖 청소년의 건강형평성을 위해서는 우선적으로 이들에 대한 건강실태 조사가 필요하며, 이를 토대로 건강증진 서비스 지원체계가 마련되어야 한다. 이에 본 연구에서는 학교 밖 청소년에 대한 건강검진과 건강행태조사를 통해 이들에 대한 객관적인 건강실태를 파악하고자 하며, 학교 밖 청소년, 현장 실무자, 전문가의 의견을 반영하여 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계 구축 방안을 제시하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 학교 밖 청소년의 정의

학교 밖 청소년은 시대적 변천에 따라 각기 다른 용어와 개념으로 인식되어 왔기 때문에 본 연구에서 명확한 개념정의가 필요하다. 학교 밖 청소년이라는 용어는 원래 1990년대 초부터 학교 부적응의 관점에서 '중도탈락자', 중퇴청소년, 등교거부자 등으로 불렸으나(김민정, 김혜영, 2001; 조성연, 이미리, 박은미, 2009), 2001년 교육인적자원부의 인적자원개발회의에서 학업중단 청소년 종합계획안이 상정되면서 중립적인 표현의 '학업중단'이라는 용어로 대체되었다(윤여각, 박창남, 전병유, 진미석, 2002). 그 후 2005년 청소년기본법, 2012년 청소년복지지원법에서 '학업중단 청소년'이라는 용어가 공식적으로 사용되었다. 하지만 학업중단이라는 표현 역시 학교를 그만두었다더라도 학업을 중단한 것은 아니라는 일각의 비판이 제기되면서 '학교 밖 청소년'이라는 용어가 등장하게 되었다. 연구자들은 학교 밖 청소년을 의무교육기관에 입학하지 않은 비취학자, 입학 후 학업을 중단한 재학 중 학업중단자, 상급학교로 진

학하지 않은 미진학자로 분류하거나(김성기, 2013), 좀 더 포괄적으로 학업을 중단한 청소년 뿐 아니라 학교에서 벗어나 있는 근로 청소년, 무직 청소년, 비진학 청소년, 니트(NEET) 등을 포함시키기도 하였다(서정아 외, 2006; 오병돈, 김기현, 2013). 올해 시행된 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 제 2조에서는 학교 밖 청소년을 9세 이상 24세 이하의 청소년으로서 초등·중학교 3개월 이상 결석자 및 유예자, 고등학교 중퇴자 및 미진학자로 정의하고 있다.

따라서 본 연구에서는 법적 정의가 선행연구의 정의들을 포괄하고 있으며 건강증진 서비스 지원체계 방안이 법적 근거에 따라 정책에 반영될 필요가 있기 때문에 학교 밖 청소년을 “초·중학교 및 이와 동일한 과정을 교육하는 학교에 3개월 이상 결석, 유예한 청소년, 고등학교 및 이와 동일한 과정을 교육하는 학교에서 제적, 퇴학, 또는 자퇴한 청소년”이라고 정의하고자 한다.

2. 학교 밖 청소년의 건강실태

선행연구에 따르면 학교 밖 청소년들은 신체적·심리적 건강상태가 매우 취약한 것으로 보고되고 있다. 먼저 신체적 건강관리 상태를 살펴보면 학교 밖 청소년은 낮과 밤이 바뀌는 불규칙한 생활을 하면서 자신의 몸을 제대로 돌보지 않거나(서정아 외, 2006; 오혜영 외, 2013; 한국청소년정책연구원, 2014), 채소나 과일 등 건강음식 대신에 라면과 같은 인스턴트 식품으로 끼니를 때우거나 아예 끼니를 건너뛰는 경우도 많았다(오혜영 외, 2013; 한국청소년정책연구원, 2014). 음주와 흡연 비율도 재학생에 비해 높은 것으로 나타났다(배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진, 2010; 서정아 외, 2006; 윤철경 외, 2013). 약물사용도 심각한 것으로 보고되었는데(Beauvais et al., 1996), 해외에서는 마리화나, 코카인 사용을 더 많이 시도하는 것으로 보고되고 있다(Chavez, Edwards, & Oetting, 1989). 특히 잦은 성경험 및 임신경험 등의 문제(서정아 외, 2006; 전영실 외, 2013; Grunbaum et al., 2000)는 매우 심각한 사회문제를 양산할 수 있다는 점에서 우려되는 상황이다.

심리·정서적 건강관리 상태 역시 심각한 수준이다. 학교 밖 청소년은 학교를 떠난 이후 자기상황에 대해 답답해하거나 무료함을 느끼기도 하며, 열등감, 허탈감, 원망, 붕 떠 있는 느낌, 후회, 죄책감, 낙인감 등을 갖기도 한다(박현선, 2004; 변숙영, 이수경, 2011; 성윤숙, 2005; 오혜영 외, 2011; 정현주, 2007; 주영신, 2007). 정서적으로는 우울감, 무기력함, 자신감 상실 경험을 하고 있었으며(서정아 외, 2006), 학교폭력이나 가정폭력 등 외상경험이 있는 경우 내면의 상처가 분노, 공포, 불면증, 자살시도 등으로 나타나는 것으로 보고되었다(전영실 외, 2013; Grunbaum et al., 2000). 또한 학업중단이라는 상황은 청소년에게 그 자체만으로 스트레스가 되고 그들의 가족에게도 스트레스로 작용한다(오현애, 2002; 유진이, 2009).

3. 학교 밖 청소년 건강증진 정책

재학생들에 대해서는 건강검진 및 정서행동 조사가 체계적으로 이루어지고 있는 반면, 학교 밖 청소년에 대해서는 건강증진 정책이 미미한 상황이다. 정책연구로는 국가청소년위원회(2007)에서 전국 62개 청소년쉼터에서 보호 중인 358명의 가출청소년을 대상으로 청소년 건강행태조사와 지정병원 의사들을 통한 건강검진을 실시한 바 있다. 연구결과 가출청소년들의 약 5.1%가 건강검진에서 요주의자로 판정받았는데, 이는 재학생(1.08%)에 비해 약 4.7배 정도 높은 결과였다. 요주의 이유로는 빈혈, 피부질환, 간질환 등으로 나타났다. 신체발달 면에서도 가출청소년의 저체중 비율이 34%로 나타나 재학생(6.6%)에 비해 매우 심각한 수준으로 나타났다. 따라서 가출청소년의 일부가 학교 밖 청소년이라는 점(김지혜, 안치민, 2006)을 감안할 때 학교 밖 청소년의 건강실태도 재학생에 비해 심각한 수준일 것으로 추정된다. 그 밖에 한국청소년개발원(2006)에서 청소년 유형별 복지실태 및 욕구조사 차원에서 가출청소년 331명(이 중 학교중단은 41.8%)을 대상으로 건강검진 여부와 질병경험, 우울·불안 수준에 대해 자기보고식 조사가 이루어졌다. 조사결과 지난 1년간 건강검진을 받지 않은 청소년은 46.2%였고, 질병경험자는 66.8%였는데 그 중 27.6%는 치료받지 않은 것으로 나타났다. 최근에는 한국청소년정책연구원(2014)에서 청소년쉼터에 거주하는 학교 밖 청소년 434명을 대상으로 반구조화된 설문지를 통해 배경변인, 생활관리, 신체건강, 진료여부, 정신건강, 음주·흡연영역에 대한 건강행태조사를 실시한 바 있다. 조사결과 지난 2년간 건강검진을 받지 않은 경우는 29.5%였고, 체질량 지수 기준 비만, 과체중, 저체중은 남자가 각각 6.7%, 15.0%, 7.1%이었고, 여자는 10.5%, 14.0%, 5.2%였다. 현재 음주율(최근 30일 동안 하루 이상 음주자 비율)은 54.3%, 현재 흡연율(최근 30일 동안 담배 1개비 이상 흡연자 비율)은 59.5%였다. 현재 질병을 앓고 있는 청소년은 53.7%로 비염(13.6%), 아토피피부염(7.6%), 충치 및 잇몸질환(6.6%), 위염 및 장염(5.1%) 순으로 많았다. 진료경험은 지난 1년 동안 가고 싶을 때 못간적이 있는 경우는 32.3%였다. 이 두 조사는 별도의 건강검진이 이루어지지 않았기 때문에 학교 밖 청소년에 대한 객관적인 건강상태를 파악하는데 한계가 있는 것으로 보인다.

보건복지부(2014)에서는 2007년부터 전국 보건소에서 생애전환기 비취학 청소년 건강진단 사업으로 비취학 청소년을 대상으로 무료 건강검진을 실시하고 있다. 하지만 대상이 15~18세 사이 1,500명 내외로 제한적이며, 주로 청소년쉼터, 비인가 대안학교 등 특정시설에 있는 학교 밖 청소년이 서비스를 이용한다. 이는 교육부에서 초·중·고 학생 전수를 대상으로 실시하는 학생 건강검진 지원사업과 비교할 때 큰 차이가 있다. 내용면에서도 재학생은 신체발달상황, 신체능력, 건강조사 및 검진 등 종합적인 조사가 이루어지고 있는 반면, 학교 밖 청소년의 경우 건강진단에만 초점을 두고 있는데다가 건강검진 항목에서도 색각, 안질환, 목병, 피부병, 귓병, 콧병 등에 대한 검진과 기관능력 전반에 관한 검사, 그리고 소변, 결핵, 혈액

형 등의 검사가 생략되고 있다(한국청소년상담복지개발원, 2014a).

해외 사례를 살펴보면(한국청소년상담복지개발원, 2014b), 학교 밖 청소년의 건강 관련 주요 지표는 크게 정서적 취약성, 물질남용, 성관련 질병 등으로 구분된다. 정서적 측면에서 주로 우울, 자살성향, 낮은 자존감의 문제를 나타내고 있으며, 알코올 등의 물질남용의 문제가 심각하며, 성관련 질병이나 성매매 가담 비율이 더 높은 것으로 나타나고 있다. 주요 정책 프로그램으로는 미국의 경우 18세 이하의 학교 밖 청소년들을 최대 21일 간 건강지원 및 치과진료 서비스를 제공하는 The Basic Center 프로그램이 있으며, 16~22세의 장기쉼터 내의 학교 밖 청소년들을 대상으로 보건센터와 협력하여 신체검진, 응급치료, 임신부·태아 검진, 소아과 진료 등의 서비스를 제공하는 The Transitional Living 프로그램이 있다. 캐나다의 경우 학교 밖 청소년의 성건강 및 성적 행동에 대한 정보 제공을 통해 질병 예방 및 대처 프로그램 개발에 기여하는 것을 목적으로 Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth(E-SCS) 프로그램을 운영하고 있으며, 간호사가 상주하며 의료 관련 교육·예방활동을 진행하고 약물 과도복용 등 응급상황 시 지역의료기관에 의뢰하는 일을 하는 Youth Shelter 프로그램도 있다(Dans Ra Rue, 2013). Ottawa Sexual Health Center(2014)의 경우 성병 및 혈액 매개 감염의 부담 감소(Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections: STBBIs), 위험 및 치료에 대한 지식 제공, 건강한 관계, 성적·육체적·정신적 건강에 대한 기능 증진 등을 목적으로 하고 있다. 제공되는 서비스는 STI 무료 검사 및 치료, 피임기구·사후피임약 제공(무료/실비), HIV & Pap 검사, A형·B형 간염, HPV 예방접종 등이 있다¹⁾. PChAD 프로그램은 Alberta주의 Alberta Health Services(AHS)에서 진행되는 사업으로 18세 미만 알코올·약물 중독 청소년을 대상으로 하고 있다. 구체적인 프로그램 내용으로는 해독치료 및 부모개입 환경조성, 가족치료, 약물중독 관련 검진 및 치료 안내, Safe House 퇴소청소년을 위한 알코올 및 약물중독 관련 집중치료 프로그램 연계 등이 있다.²⁾ 이상의 미국, 캐나다 사례를 보면 학교 밖 청소년 관련 건강증진 정책이 주로 약물이나 성관련 지원에 구체화되어 있음을 알 수 있다.

4. 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계의 필요성

재학생은 학교보건법에 따라 학교건강검사와 학생정서·행동특성검사(AMPQ-II) 등을 통해 주기적으로 건강상태를 파악하고 있어 그에 따른 치료적 개입이 가능하다. 반면 학교 밖 청소년의 경우 학교에서 제공되는 건강검사 등 제반 건강관리 서비스가 정규학교 중단과 함께 단절되어 건강관리의 공백상태에 처하게 된다. 아울러 학교 중단 이후 불규칙한 생활습관 및

1) Ottawa 홈페이지 참조(www.ottawa.ca/en/residents/public-health/sexual-health/sexual-health-centre)

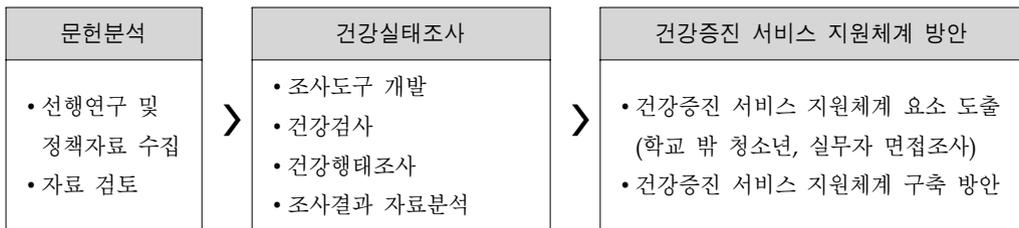
2) Alberta Health Services 홈페이지(www.albertahealthservices.ca) 참조

식습관, 신체활동 부족 등으로 건강한 신체 상태를 유지하기 어려울 뿐만 아니라, 학교생활 중단 이후 갖게 되는 진로 불안감, 고립된 생활로 인한 우울감 등 정신건강에도 많은 문제를 보이고 있다.

학교 밖 청소년의 건강관리에 관한 법적 근거 역시 미약해 건강검진 서비스는 물론 건강 상태 파악조차 제대로 이루어지지 않고 있다. 사실상 학교 밖 청소년 건강관리체계가 갖추어져 있지 않은 셈이다. 현재 학교 밖 청소년에 대한 건강서비스의 법적 근거로는 청소년복지지원법 제3장에 청소년의 건강보장을 명시하고 있고, 건강검진기본법 제3조에도 국가건강검진 대상에 청소년복지지원법에 따른 청소년의 건강진단을 포함하고 있지만 청소년 전체를 대상으로 하고 있다. 다만, 학교 밖 청소년에 대한 직접적인 법적 근거는 최근 시행된 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 제11조(자립지원)에서 찾아볼 수 있는데 ‘의료지원’이라는 한 문구만을 명시하고 있어 이 역시 구체적인 건강증진 서비스체계를 구현하기에는 큰 동력이 되지 못하고 있다. 따라서 올해부터 전국적으로 설치되는 학교밖청소년지원센터를 중심으로 학교 밖 청소년에 대한 건강증진 서비스 지원체계를 마련하여 학교에서 제공되는 건강서비스에 준한 건강검진과 건강교육, 체력관리 등 다양한 건강증진 서비스가 제공될 필요가 있다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구의 절차는 다음의 그림 1과 같이 문헌분석, 학교 밖 청소년 건강실태조사, 건강증진 서비스 지원체계 방안 제시로 진행되었다. 각 연구 절차에 따른 세부 내용을 살펴보면 다음과 같다.



[그림 1] 연구 추진과정

1. 문헌분석

본 연구에서는 다양한 문헌자료를 수집·분석하여 학교 밖 청소년에 대한 정의를 탐색하고 그 현황을 조사하였다. 아울러 기존의 학술지 연구와 각종 보고서를 토대로 학교 밖 청

소년의 건강실태를 살펴보고 현행 건강증진 정책에 대해 정리하였다. 마지막으로 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원방안에 관한 시사점을 도출하였다.

2. 건강실태조사

1) 조사대상

본 연구에서는 사전 조사의 성격으로 학교 밖 청소년의 건강실태 조사를 실시하였다. 조사대상은 전국 16개 시·도의 학교 밖 청소년 통합지원 프로그램(두드림·해밀)에 참여하고 있는 학교 밖 청소년을 약 10명씩 내외로 선정하였다. 이들을 조사대상으로 한 이유는 발견하기 어려운 학교 밖 청소년들이 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net)를 통해 비교적 다양한 경로로 두드림·해밀 프로그램에 참여하고 있어 접근성이 용이하기 때문이다. 참여경로는 본인, 가족, 대안학교, 소년원, 보호관찰소, 청소년쉼터, 그룹홈, 아동복지시설, 기타 CYS-Net 연계기관 등 다양하다(한국청소년상담복지개발원, 2014c). 연구 참여 전에 연구의 의의, 진행, 결과의 활용에 대해 설명하고 동의서에 서명을 받았다.

2) 조사도구

건강실태조사는 건강검진과 청소년건강행태조사를 병행하여 이루어졌다. 학교 밖 청소년 건강행태조사 도구는 교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2014)의 청소년건강행태 온라인 조사도구와 국가청소년위원회(2007)의 가출청소년 건강실태조사 조사도구를 참조하여 흡연, 음주, 식생활, 수면 및 신체활동 등 124개 항목으로 학교 밖 청소년에게 맞도록 재구성하였다. 학교 밖 청소년 건강검사는 교육부의 학생 건강검진 항목과 동일한 영역으로 구성했다. 건강검사는 '신체발달 상황'과 '건강검진'으로 구분된다. 신체발달 상황은 키와 몸무게를 재고 이를 바탕으로 비만도를 도출하도록 되어 있다. 건강검진은 총 13개 영역으로 근·골격 및 척추, 눈(시력·색각·눈병), 귀(청력·귓병), 콧병, 목병, 피부병, 구강(치아우식·치주질환·부정교합), 혈압, 기관능력(호흡기·순환기·비뇨기·소화기·신경계·기타 기관능력), 소변(요단백·요잠혈), 혈액검사(혈당·총콜레스테롤·간기능·혈색소), B형간염항원, 흉부방사선검사로 구성되어 있다. 신체발달 상황과 건강검진은 지역별로 청소년상담복지센터와 연계된 병원에서 실시되었다.

3) 자료분석

조사 자료는 인구통계학적 정보, 신체발달상황 및 건강검진 항목, 흡연, 음주, 식생활, 수면 및 신체활동 등의 건강행태조사 자료에 대해 기술통계분석, 빈도분석, Chi-square 분석을 하였다.

3. 건강증진 서비스 지원체계 방안

학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원방안을 도출함에 있어 현장 적용시 편리성과 효율성을 고려하여 서비스 이용자인 학교 밖 청소년과 서비스 제공자인 현장실무자 대상 면접조사를 실시했다. 이를 통해 건강증진 서비스 지원방향과 구체적인 서비스 지원체계 방안을 제시하였다.

1) 조사대상

학교 밖 청소년 면접조사 대상은 CYS-Net을 통해 두드림·해밀에 참여하게 된 학교 밖 청소년으로서 학업을 중단한지 1년 이상 되었으며, 전국적으로 중부지역, 영남지역 및 호남지역에서 12명(남자 7명, 여자 5명)을 선정하였다. 평균연령은 17.7세로 학업중단 시기는 중학교 7명, 고등학교 5명이었고, 학업중단 기간은 평균 2년 11개월이었다. 실무자 면접조사 대상은 5년 이상 학교 밖 청소년 지도경험이 있는 현장 전문가로서 두드림·해밀 프로그램을 운영하는 청소년상담복지센터 실무자 6명과 청소년쉼터 실무자 1명을 선정하였다. 청소년상담복지센터는 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률(2015년 5월)에 따른 학교밖청소년지원센터로 지정되는 기관이며, 청소년쉼터는 청소년복지지원법 제31조 1호에 따른 청소년복지시설로서 다수의 학교 밖 청소년을 보호하고 있어 서비스 이용시설 입장에서 의견을 제시할 수 있기 때문에 각각 선정하였다. 선정 기준은 중간관리자급으로 성비와 지역 안배를 고려하였다. 지역 단위로는 광역시 센터 2명, 도 센터 1명, 기초단체 시 센터 1명, 군 센터 1명이었으며, 청소년쉼터는 광역시 지역에서 1명이 참여하였다. 성별은 남자 3명, 여자 4명이었으며, 근무 경력은 평균 7년 8개월이었다. 외부 전문가는 보건정책연구기관 연구위원, 보건의료행정 교수, 정부 정책 관계자 각 1명씩이었다.

2) 조사내용 및 방법

학교 밖 청소년 면접조사는 2014년 10월 중 3차에 걸쳐 조사대상을 3그룹으로 나눠 1~2시간씩 집단면접으로 진행했다. 이때 참여자의 동의하에 녹음한 후 녹취록을 작성하였다. 조사내용은 인구통계학적 특성, 학교중단 기간, 의료서비스 수혜현황, 필요한 건강증진 서비스 내용 및 방법 등 건강증진 서비스 수혜자 관점에서 필요한 내용들로 구성하였다.

실무자 대상 면접조사 방법은 사전에 면접조사 질문지를 이메일 발송하여 토론 주제를 숙지토록 한 후 2014년 10월 20일 집단면접으로 진행하였으며, 참여자의 동의하에 녹음이 이루어졌다. 토론방식은 질문지에 제시된 항목에 대해 순서대로 심층적인 논의를 하되, 현장 적용 시 예상되는 문제점과 실효성에 대해 자유롭게 진행하였다. 조사내용은 서비스 대상, 서비스 단계별 운영방법, 서비스 전달 체계, 서비스 내용, 실무자 교육방안, 기타 요구사항

등 서비스 공급자 입장에서 필요한 내용들로 구성하였다. 전문가의 자문은 2014년 7월, 10월 두 차례에 걸쳐 서비스 지원체계 전반의 운영방식에 관한 내용으로 이루어졌다.

3) 자료분석

자료분석은 축어록과 현장 메모를 활용, 각 질문항목별 답변 중 의미 있는 내용을 공통 요소별로 분류하여 분석이 이루어졌으며, 현장에 참여했던 연구진 두 명이 교차적으로 검토 및 확인 과정을 거쳐 수행되었다.

IV. 연구 결과

연구결과는 학교 밖 청소년 건강실태조사 결과 및 건강증진 서비스 지원체계 방안으로 구분하여 제시하였다.

1. 건강실태조사 결과

1) 인구통계학적 특성

조사는 2014년 4월~5월에 실시되었다. 건강실태 조사에 참여한 청소년은 모두 182명이었으나 응답이 다수 누락된 사례를 제외하고 분석에 사용된 사례는 162명으로 남자가 56.8%를 차지했다. 참여한 학교 밖 청소년들의 평균 연령은 16.9세였으며, 평균 학교 밖 생활 기간은 24.7개월이었다. 거주형태는 가족과 함께 생활하는 경우가 79.6%였으나 복지시설이나 친척집, 자취생활도 20.4%를 차지했다. 부모 또는 부나 모가 없는 경우는 16.7%였다.

<표 1> 조사대상 학교 밖 청소년의 인구·통계학적 특성

지역	참여인원 (%)	성별(명)		평균 연령	평균 학교밖 생활 기간(개월)	거주형태		부모 결손	
		남	여			가족 함께 생활	복지시설, 친척, 독립	부모 있음	부/모 없음
서울	12 (7.4)	4	8	16.8	25.2	9	3	12	0
경기	5 (3.1)	3	2	17.0	40.2	5	0	5	0
인천	13 (8.0)	9	4	16.8	21.8	12	1	9	4
강원	11 (6.8)	7	4	16.9	19.4	9	2	11	0
충남	10 (6.2)	7	3	17.5	29.2	10	0	7	3
대전	13 (8.0)	8	5	16.9	19.4	12	1	11	2
충북	12 (7.4)	8	4	16.3	25.1	12	0	8	4

학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계 구축방안

지역	참여인원 (%)	성별(명)		평균 연령	평균 학교밖 생활 기간(개월)	거주형태		부모 결혼	
		남	여			가족 함께생활	복지시설, 친척,독립	부모 있음	부/모 없음
부산	15 (9.3)	6	9	17.2	21.9	15	0	15	0
울산	12 (7.4)	9	3	16.5	26.1	7	5	10	2
대구	12 (7.4)	5	7	16.6	15.8	10	2	8	4
경북	7 (4.3)	3	4	16.9	17.1	4	3	5	2
경남	10 (6.2)	7	3	17.0	25.5	1	8	8	2
전남	5 (3.1)	3	2	16.8	25.4	4	1	5	0
광주	6 (3.7)	2	4	17.5	35.3	5	1	6	0
전북	9 (5.6)	6	3	16.0	20.6	4	5	6	3
제주	10 (6.2)	5	5	17.6	27.6	10	0	9	1
계	162 (100.0)	92	70	16.9	24.7	129	32	135	27

2) 신체발달상황

학교 밖 청소년의 신체발달상황은 표 2와 같다. 신장 평균치는 남자가 172cm, 여자가 159.7cm, 몸무게 평균치는 남자가 63.7kg이고, 여자가 59.1kg으로 나타났으며, 비만 비율은 23.5%로 여자(30.0%)가 남자(18.5%)보다 높았으며, 저체중 비율은 14.8%로 남자(18.5%)가 여자(10.0%)보다 높았다.

특히 본 연구대상의 주를 이루는 만16~18세의 경우 비만이 20.3%(남자 17.6%, 여자 24.1%), 저체중 비율이 15.6%(남자 18.9%, 여자 11.1%)로 동일 연령대의 고등학교 재학생) 비만 비율 17.0%(남 17.5%, 여 16.4%), 저체중 비율 4.3%(남 4.5%, 여 4.1%)보다 상대적으로 높았다.

<표 2> 상대체중 기준 비만 및 저체중 현황

대상 구분	성별	n	신장 평균	몸무게 평균	정상		비만		저체중	
					n	%	n	%	n	%
전체	남	92	172.0cm	63.7kg	58	63.0	17	18.5	17	18.5
	여	70	159.7cm	59.1kg	42	60.0	21	30.0	7	10.0
	계	162	166.6cm	61.7kg	100	61.7	38	23.5	24	14.8
16~18세	남	74	172.3cm	63.8kg	47	63.5	13	17.6	14	18.9
	여	54	160.0cm	57.6kg	35	64.8	13	24.1	6	11.1
	계	128	167.1cm	61.2kg	82	64.1	26	20.3	20	15.6

3) 2013년 전국 초·중·고등학생 건강검사 결과 분석(p.135-136)(한국교육개발원, 2013) 참조.

3) 건강검진 결과

주요 건강검진 결과는 표 3과 같다. 시력은 44.2%가 나안시력 0.7이하로 시력 이상이 있는 것으로 나타났다. 소변검사에서는 요단백이 3.1%, 요잠혈이 4.9%로 나타났고, 이비인후 및 피부질환 검사에서는 5.6%가 비염이나 피부병 등 이상이 있는 것으로 나타났다. 그 밖에 순환기 내과검진결과, 평균 혈압은 남·여 모두 동일 연령대 청소년의 50%에 위치하고 있었으나 19.1%는 고혈압으로 나타났고, 총콜레스트롤 검사에서는 9.9%가 경계성이거나 고콜레스트롤 수치를 보였으며, 혈당검사에서는 18.5%가 혈당이상을 보이거나 공복혈당장애 및 당뇨병으로 나타났다.

<표 3> 주요 건강검진 결과 (N=162)

Categories		prevalence (n)		prevalence rate(%)	
시력	0.7이하	72	72	44.2	44.2
이비인후/ 피부 질환	코	3	9	1.9	5.6
	목	1		0.6	
	피부	5		3.1	
요검사	요단백	5	13	3.1	8.0
	요잠혈	8		4.9	
콜레스트롤	경계성(200-239mg/dL)	12	16	7.4	9.9
	고(240mg/dL이상)	4		2.5	
혈압	고혈압(80~130이상)	31	31	19.1	19.1
혈당	혈당이상	15	30	9.3	18.5
	공복혈당장애	12		7.4	
	당뇨	3		1.9	
간염, 간기능	간수치 이상자	13	13	8.0	8.0
구강	치아우식	77	92	47.5	56.8
	치주질환	55		34.0	
	부정교합	35		21.6	
	구강청결상태	33		20.4	
	우식발생위험	16		9.9	
	결손치아	15		9.3	
	기타	14		8.7	

구강검진 결과 56.8%인 92명이 구강상태에 이상이 있는 것으로 나타났다. 그 중에서 특히 치아우식은 47.5%, 치주질환은 34.0%, 부정교합은 21.6%로 가장 심각했으며, 재학생(치아우식 28.4%, 치주질환 15.1%, 부정교합 19.6%)에 비해서도 매우 높은 수준이었다. 그 밖에 일

부가 구강청결상태, 우식발생 위험, 치아 결손, 구내염, 악관절 등에서 구강상태에 이상이 있는 것으로 나타났다.

4) 건강행태조사 결과

학교 밖 청소년의 주요 건강행태조사 결과는 표 4와 같다. 먼저, 흡연실태를 보면 조사대상의 현재 흡연율⁴⁾은 84.0%였고, 편의점이나 가게 등에서 담배를 사려고 시도한 청소년 중 구매할 수 있었던 비율은 92.6%로 높았다. 반면 금연교육을 받은 적이 있는 청소년은 23.4%에 불과했다. 음주실태를 보면 현재 음주율⁵⁾은 63.8%였으며, 술을 사려고 시도한 청소년 중 구매할 수 있었던 비율은 91.5%로 높았다. 반면 음주교육 비율은 8.0%에 불과했다. 이처럼 학교 밖 청소년의 흡연, 음주 실태는 청소년보호법상 청소년에게 술이나 담배의 판매를 금지하고 있음에도 불구하고 구매 접근이 용이했으며, 예방교육은 대부분 받은 적이 없어 더 심각한 위험에 노출되어 있음을 알 수 있었다. 성행태를 보면 성관계 경험은 36.7%였으며, 음주 후 성관계 경험은 절반이 넘는 55.3%로 음주와 밀접한 연관성을 보였다. 반면 성교육 경험은 24.2%에 불과해 성관계시 적극적 피임(항상 또는 대부분) 실천율(36.5%)이 낮고 성병 경험이 14.9%나 되는 것과 무관치 않은 것으로 보인다. 식생활 면에서 주 5일 이상 아침식사 결식률은 57.2%로 절반이 넘었다. 매일 1회 이상 과일 섭취율은 3.1%, 매일 3회 이상 채소 섭취율은 9.9%, 매일 2회 이상 우유 섭취율은 4.2%로 매우 낮았으나, 상대적으로 주 3회 이상 패스트푸드 섭취율은 21.0%로 높았다. 하지만 영양 및 식습관 교육을 받은 청소년은 11.2%에 불과했다. 이 결과는 다수의 학교 밖 청소년이 올바르게 익힌 식습관을 갖고 있음을 보여준다. 신체활동 및 근력운동 실태를 보면, 매일 20분 이상 주 3일 이상 숨이 많이 차거나 몸에 땀이 날 정도의 격렬한 신체활동 실천율은 27.3%였고, 주 3일 이상 근력운동 실천율은 21.7%로 남자가 여자보다 높았다.

<표 4> 주요 건강행태조사 결과 (N=162)

항 목	응답자			경험자			
	남	여	계	남 (%)	여 (%)	계 (%)	
흡연	현재 흡연율	78	41	119	67 (85.8)	33 (80.4)	100 (84.0)
	매일흡연율	78	41	119	59 (75.6)	26 (63.4)	85 (71.4)
	담배 구매 용이성	65	30	95	59 (90.7)	29 (96.6)	88 (92.6)
	흡연예방 및 금연교육	90	68	158	24 (26.6)	13 (19.1)	37 (23.4)

4) 현재 흡연율 : 최근 30일 동안 담배 1개 이상 흡연자 비율

5) 현재 음주율 : 최근 30일 동안 술 1잔 이상 음주자 비율

항 목	응답자			경험자			
	남	여	계	남 (%)	여 (%)	계 (%)	
음주	현재 음주율	80	61	141	49 (61.2)	41 (67.2)	90 (63.8)
	술 구매 용이성	48	34	82	42 (87.5)	33 (97.0)	75 (91.5)
	술에 대한 교육 경험	92	70	162	9 (9.7)	4 (5.7)	13 (8.0)
성	성관계 경험	81	58	139	27 (19.4)	24 (17.3)	51 (36.7)
	음주후 성관계 경험	41	35	76	21 (51.2)	21 (60.0)	42 (55.3)
	성관계시 피임 경험	35	28	63	11 (31.4)	12 (42.8)	23 (36.5)
	성병 경험	35	32	67	5 (14.2)	5 (17.8)	10 (14.9)
	성교육 경험	91	70	161	24 (26.3)	15 (21.4)	39 (24.2)
식생활	조식 결식률(주5일 이상)	90	69	159	49 (54.4)	42 (60.8)	91 (57.2)
	과일 섭취(매일1회 이상)	92	70	162	2 (2.1)	3 (4.2)	5 (3.1)
	채소 섭취(매일3회 이상)	92	70	162	11 (11.9)	5 (7.1)	16 (9.9)
	우유 섭취(매일2회 이상)	92	70	162	3 (3.3)	5 (7.1)	8 (4.9)
	패스트푸드 섭취(주3회 이상)	92	70	162	19 (20.6)	15 (21.4)	34 (21.0)
	영양 및 식습관 교육	91	70	161	13 (14.2)	5 (7.1)	18 (11.2)
신체활동	격렬한 신체활동 실천(주3일 이상)	91	70	161	26 (28.5)	16 (22.8)	44 (27.3)
	근력운동 실천(주3일 이상)	91	70	161	24 (26.3)	11 (15.7)	35 (21.7)

특히, 학교 밖 청소년의 흡연, 음주, 성경험 여부 간의 관계를 알아보고자 경험집단과 비경험집단으로 구분하여 카이스퀘어 분석을 실시한 결과는 다음의 표5와 같다. 분석결과 흡연자는 음주 비율이 77.1%로 높았으나 비흡연자는 35.3%로 낮았으며($\chi^2=12.199^{**}$ $p=.001$), 음주자는 성관계 경험 비율이 54.5%로 높았으나 비음주자는 20.0%로 낮았고($\chi^2=13.932^{***}$ $p=.000$), 성관계 경험자는 흡연 비율이 93.8%로 높았으나 성관계 비경험자는 72.7%로 낮았다($\chi^2=7.855^{**}$ $p=.005$). 즉 흡연과 음주, 성경험은 서로 무관하지 않음을 보여준다.

<표 5> 흡연, 음주, 성관계 비교 (N=162)

	흡연 (%)	비흡연 (%)	전체 (%)	
음주	74 (77.1)	6 (35.3)	80 (70.8)	$\chi^2=12.199^{**}$ $p=.001$
비음주	22 (22.9)	11 (64.7)	33 (29.2)	
계	96 (100.0)	17 (100.0)	113 (100.0)	
	음주 (%)	비음주 (%)	전체 (%)	
성관계 경험	42 (54.5)	9 (20.0)	51 (41.8)	$\chi^2=13.932^{***}$ $p=.000$
성관계 비경험	35 (45.5)	36 (80.0)	71 (58.2)	
계	77 (100.0)	45 (100.0)	122 (100.0)	

	흡연 (%)	비흡연 (%)	전체 (%)	
	성관계 경험 (%)	성관계 비경험 (%)	전체 (%)	
흡연	45 (93.8)	40 (72.7)	85 (82.5)	$\chi^2=7.855^{**}$ $p=.005$
비흡연	3 (6.3)	15 (27.3)	18 (17.5)	
계	48 (100.0)	55 (100.0)	103 (100.0)	

본 연구 대상 학교 밖 청소년의 주요 건강행태조사 결과는 재학생 건강상태의 어느 수준에 있는지 알아보고자 2014년 청소년건강행태온라인조사 결과의 동일 연령대 재학생과 비교해보았다. 조사대상 규모의 차이가 커서 통계적 비교는 어렵지만 본 연구대상의 주를 이루는 만16~18세 학교 밖 청소년과 동일 연령대의 고등학교 재학생 간의 비율 통계치를 비교해보았다. 먼저, 본 연구 대상 학교 밖 청소년(만16~18세)의 현재 흡연율은 83.8~87.5%로 고등학생(11.3~15.7%)과 현격한 차이를 보였다. 현재 음주율은 58.1~78.0%로 고등학생(18.2~29.8%)보다 두 배 이상 높았다. 성관계 경험률은 32.4~47.4%로 고등학생(4.6~10.2%)보다 4배 이상 높았다. 주 5일 이상 조식 결식률은 83.0~92.1%로 고등학생(27.7~29.9%)보다 3배가량 높았다. 하지만 신체활동 실천률은 23.3~26.3%로 고등학생(28.9~32.3%)보다 다소 낮았다.

이상의 건강상태조사 결과를 종합해보면 학교 밖 청소년은 비만과 저체중 비율이 높고, 불규칙한 식습관 및 신체활동 부족 등으로 취약한 건강관리상태를 보이고 있는 것으로 판단된다. 특히 음주율과 흡연율이 매우 높았고, 성병이나 임신 등 2차 문제로의 이전이 우려되는 성경험 비율 역시 우려될 만한 수준이었다. 카이스퀘어 분석결과 흡연, 음주, 성경험은 상호 관련이 있는 것으로 나타났다.

2. 건강증진 서비스 지원체계 방안

학교 밖 청소년 건강상태조사를 토대로 건강증진 서비스 지원체계 방안을 구체적으로 마련하고자 학교 밖 청소년, 실무자 면접조사, 전문가 자문을 각각 실시했다.

1) 학교 밖 청소년 면접조사 결과

학교 밖 청소년 대상 면접조사 결과를 요약하면 다음과 같다. 우선, 건강증진 서비스 수혜 현황에 대한 질문에서 대부분 건강검진을 받은 적이 없다고 하였으나 일부는 상담기관이나 쉼터, 아르바이트 가게의 지원으로 받은 적이 있다고 하였다. 예방접종은 정보부족이나 비용 부담 때문에 대부분 받아본 적이 없다고 하였다. 건강관련 교육도 모두 받아 본 적이 없다고 응답하였다. 건강증진 서비스의 필요성에 대한 질문에서는 학교 중단 후 외부활동 부족 및 흡연으로 인한 체력저하를 호소하였으며, 건강검진, 예방접종, 산부인과나 치과, 피부과,

이비인후과, 안과 치료가 필요하다고 하였다. 체력관리를 위해서도 대부분 또래와 함께 어울릴 수 있는 운동프로그램을 선호하였으며, 건강관리 교육도 필요하다는 의견이 일부 있었다. 건강증진 서비스 안내 및 이용방법에 대한 질문에서는 다수가 이메일보다는 페이스북 같은 SNS를 통해 서비스 정보 안내받기를 희망했다. 건강검진 결과 통보 시에는 청소년 본인에게 직접 전달해 주기를 원했으나 검진결과에 이상이 나타나 치료를 요할 경우 부모에게 알리는 것에 동의하였다.

이상의 결과를 통해 다음의 4가지 시사점을 얻었다. 학교 밖 청소년에 대한 건강검진 서비스는 성, 피부과, 구강 등의 진료 분야에 대한 검진항목을 추가하고 별도의 예방교육 및 사후관리가 이루어져야 한다. 또한 경제적인 부담으로 건강관리를 소홀히 하지 않도록 건강검진 및 예방접종 등 기본적인 건강서비스는 무상 또는 최소한의 비용으로 이용할 수 있도록 제공되어야 한다. 정보제공 측면에서는 대다수의 학교 밖 청소년이 건강관리에 대한 필요는 느끼고 있었지만 적절한 서비스 안내를 받지 못해 이용하지 않은 경우가 많았기 때문에 소셜네트워크서비스(SNS) 등 청소년이 애용하는 소통채널을 통해 건강증진 서비스 정보를 적극적으로 홍보할 필요가 있다. 의료서비스 외에도 적절한 신체활동과 영양관리를 통해 건강생활을 실천할 수 있도록 지도해야 한다. 이를 위해 청소년수련시설이나 공공체육시설과 연계하여 스포츠활동 프로그램을 제공하고, 보건소나 영양 관련 전문단체들과 연계하여 올바른 식습관에 대한 영양교육과 정보를 제공하여야 한다.

2) 실무자 면접조사 결과

실무자 면접조사 결과를 요약하면 다음과 같다. 서비스 대상은 청소년기본법상 연령인 9~24세 중 본인 및 보호자의 동의를 받은 청소년으로 하며, 서비스 단계별 운영방법에 대해서는 방문 및 상담-건강검사-진단-개입처치-예후관리의 5단계로 이루어지는 것이 적절하다고 하였다. 검사결과 통보시 민감정보가 될 수 있으므로 주의를 요한다고 하였다. 개입처치 및 예후관리 단계에서는 재검사 시기 안내 등 정보제공 수준으로 학교밖청소년지원센터의 역할이 제한될 필요가 있으며, 치료비 지원 등과 같은 직접적인 서비스는 재학생과의 형평성 차원에서 개인의 몫이라고 하였다. 서비스 전달체계는 여성가족부가 보건복지부와 협조 하에 지방자치단체에 예산을 배정하고 학교밖청소년지원센터는 건강검진 등에 대한 안내·홍보, 신청접수, 건강검진 지정 의료기관(보건소 포함)에 의뢰를 담당하며, 검진기관에서는 검사결과를 수검자 및 지원센터에 통보하고, 비용을 청구하면 지원센터는 비용을 지급하고 검사결과는 해당 지방자치단체에 보고하는 절차가 바람직하다고 하였다. 이때 비용처리 방식에 대해서는 의견이 분분했는데, 교육부의 학생건강검진 사업에서는 교육청에서 일괄 비용을 지급하는 방식이고, 보건복지부의 비취학청소년 건강검진사업은 보건소에서 비용을 지급하는 방식인데, 그만한 보건 행정력이 없는 지원센터에서 담당하려면 추가 행정인력이 요구된다고

하였다. 서비스 내용에 대해서는 기존의 재학생과 동일한 서비스를 제공하되 학교 밖 청소년의 건강 특성을 고려하여 성, 음주, 흡연, 예방접종 관련 항목이 포함되어야 하며, 예방교육(금연, 금주, 성, 식습관 등)과 건강생활실천 관리 프로그램이 추가되어야 한다는 의견이 있었다. 아울러 실무자 대상 건강증진사업 수행에 필요한 직무교육이 필요하다고 했다.

이상의 실무자 면접조사 결과를 통해 다음과 같은 5가지 시사점이 도출되었다. 학교 밖 청소년 건강증진 서비스는 전수에 대한 서비스가 제공되어야 하며, 연령범위는 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률에 근거하여 9~24세까지로 하되 서비스를 신청하는 청소년으로 한다. 건강증진 서비스 제공단계는 방문 및 상담, 건강검사, 진단, 개입처치, 예후관리의 단계로 한다. 검사결과는 개인의 비밀이 보장되도록 밀봉하여 학교밖청소년지원센터와 개별 가정에 통보하되 임신, 비만 등 민감한 항목이 포함되어 있거나 별도의 치료를 요하는 경우 청소년의 동의하에 보호자에게 통보하여 적절한 조치가 이루어지도록 한다. 건강검진 항목은 재학생과 동일한 수준으로 하되, 학교 밖 청소년의 특성을 고려하여 성 관련 항목이 추가되어야 하며, 체력관리 및 영양관리를 위해 지역 전문기관과 연계를 통해 건강생활 실천관리가 이루어지도록 지도해야 한다. 학교밖청소년지원센터에서 건강증진 서비스 업무를 수행할 경우 보건행정인력 충원이 요구된다.

3) 전문가 자문 결과

전문가 자문을 통해서도 건강증진 서비스 지원체계 전반에 대한 의견이 있었다. 즉 운영 방식 및 단계별, 수행주체별 추진내용을 구체화하고, 건강생활 실천관리 프로그램과 건강관리 예방교육을 위한 지역 전문기관 연계방안을 고려할 필요가 있다는 의견이 모아졌다.

4) 건강증진 서비스 지원체계 방안(최종안) 도출

본 장에서는 문헌분석, 건강실태조사 결과, 학교 밖 청소년과 실무자 면접조사, 전문가 자문을 종합하여 다음과 같이 건강증진 서비스 지원방향을 우선 설정하였다. 즉, 재학생과 차별되는 일이 없도록 동일한 수준의 건강증진 서비스를 제공할 것, 학교 밖 청소년의 서비스 접근성을 높일 수 있도록 안내하고 신청하는 절차를 용이하게 할 것, 다양한 건강관리 서비스 제공을 위해 보건의료 기관들과 연계할 것, 실무자의 건강증진 서비스 역량 강화교육 방안을 마련할 것, 서비스 이용 시 편리성과 효율성을 제공할 것 등이다.

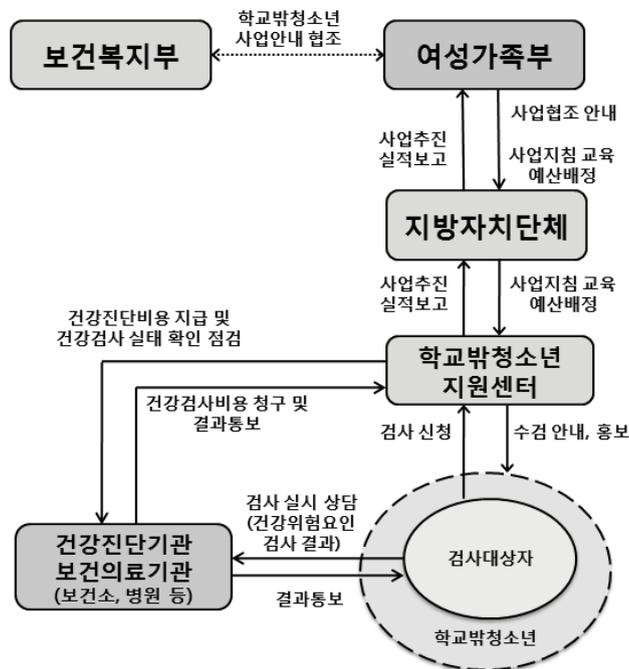
다음으로, 건강증진 서비스 지원체계 방안은 서비스 대상, 서비스 전달체계, 서비스 내용을 중심으로 제시하였다. 첫째, 건강증진 서비스 대상은 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 제2조 1~2호에 따를시 9~24세 학교 밖 청소년이 적합하지만, 학교보건법에 따른 서비스 대상은 초, 중, 고 재학생으로 되어있고, 청소년복지지원법에 따른 특별지원 대상도 18세까지이므로 타 법과의 형평성을 고려할 때, 9~18세 연령을 우선 대상으로 하되, 19~24세 연

령은 가정의 돌봄이 취약하고 스스로도 경제적 자립이 곤란한 청소년에 한정하여 학교밖청소년지원센터의 사례관정회의를 통해 선별적인 지원을 하는 것이 적절하다.

둘째, 건강증진 서비스 내용은 학교 밖 청소년의 기본 건강관리를 위해 건강검진, 건강생활 실천관리, 예방접종 지원이 필요하다. 건강검진은 키와 몸무게를 측정한 후 비만도를 산출하는 신체발달상황 검사와 눈(시력, 색각, 안질환), 귀(청력, 귓병), 코(코병), 목(목병), 피부(피부병), 근·골격 및 척추, 기관능력(호흡기, 순환기, 비뇨기, 소화기, 신경계통), 병리검사(소변, 혈액, 혈액형, 결핵, 간염, 혈압)를 실시하고, 치아상태와 구강상태를 검사하는 구강검진을 실시한다. 아울러 학교 밖 청소년의 건강특성을 고려하여 대사증후군, 신기능검사 및 성관련 검사를 추가하도록 한다. 대사증후군 검사는 성인병으로 이환되기 전단계라 할 수 있는 대사증후군을 조기 발견하고자 실시하게 되며, 신기능검사는 약물중독, 고혈압, 당뇨, 감염 등에 의해 악화될 수 있고, 말기단계로 진행될 때 까지 자각증상이 없어 사전 스크리닝이 중요하다. 검사항목은 BUN/Cr.(Blood urea nitrogen/creatinine)이다. 성 관련 검사는 성문체에 노출이 심한 경우 전염되는 질환들에 대해 검사가 필요하다. 따라서 성관계 경험이 있는 청소년의 경우 C형간염 항체(HCV-Ab), 매독혈청반응검사(VDRL), HIV항체 검사를 실시하고, 특히 성관계 경험이 있는 여자의 경우 내진을 통한 검사(pap-smear)로 자궁경부의 여러 가지 감염성 질환을 진단할 수 있다. 예방적 차원에서 건강생활 실천 관리를 위해서는 지역의 건강관련 다양한 기관들과 연계하여 건강관리 예방교육 및 프로그램이 제공되어야 한다. 우선, 학교 밖 청소년들의 생활 특성과 건강 환경을 고려할 때 금연, 금주 교육, 그리고 구강관리 상태를 개선하기 위해 바른 칫솔질과 양치습관 등의 구강관리 교육이 강조될 필요가 있다. 특히 성문제 예방을 위해 지역의 전문 성교육 기관들과 연계하여 성교육을 실시하는 것이 필요하다. 또한 체력관리와 영양관리를 위해 스포츠 동아리 활동을 운영·지원하거나 스포츠 전문 기관들과 연계하여 생활체육 프로그램 참여 기회를 제공하고, 비만 클리닉 연계 등을 통해 적절한 체중관리와 균형식단을 유지할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 예방접종의 경우, 예방접종에 대한 정보부족, 필요성에 대한 인식 부족, 또 경제적 부담 등의 이유로 예방접종을 받지 않거나, 성경험이 있는 여자 청소년의 경우 자궁경부암 백신 주사 접종이 필요한데 대다수가 소홀히 하는 것으로 나타났다. 따라서 예방접종은 발달시기별로 제 때 이루어져야 하지만, 시기를 놓칠 경우 나중에 질병을 유발하여 더 큰 의료비 부담을 줄 수 있기 때문에 학교 밖 청소년에게 시급하게 제공되어야 할 서비스이다.

셋째, 건강증진 서비스 전달체계는 그림 2와 같다. 여성가족부는 사업지침을 수립하여 지방자치단체에 시달하고 진행 결과보고를 받는다. 각 지방자치단체에서는 구체적인 실시계획을 수립하고, 학교밖청소년지원센터는 실제적인 대상자 발굴 및 선정, 비용지급, 사후관리, 실적보고 등을 담당한다. 검진기관은 의뢰된 학교 밖 청소년에 대한 건강검사를 실시하고,

그 결과를 건강검사 완료일로부터 15일 이내 지원센터와 수검자에게 통보한다. 아울러 검진 비용을 지원센터에 청구한다. 수검자인 학교 밖 청소년은 지원센터에 검진신청을 한 후 검진 기관에서 검진을 받고 그 결과를 통보받게 된다. 검진 결과 이상이 있는 경우 학교밖청소년 지원센터의 사후관리 서비스를 통해 질병관리 및 치료 지원 연계 등의 서비스와 교육 등을 받을 수 있다. 학교 밖 청소년에 대한 건강검진 서비스 제공 주기는 연중 상시 제공이 이상적이나 재학생과 달리 별도의 대상자 발굴과 선정의 절차를 거쳐야 하기 때문에 행정 처리와 관계기관들 간의 원활한 협조를 위해서는 현실적으로 분기 1회가 적절하다.



[그림 2] 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 전달체계(안)

V. 논의 및 결론

본 연구는 학교 밖 청소년의 건강실태조사 결과를 분석하여 그에 기반을 둔 건강증진 서비스 지원체계 구축 방안을 모색하는데 있다.

주요 연구결과를 요약해보면 첫째, 16~18세 기준 학교 밖 청소년의 비만 비율은 20.3%로 2013년 학교건강검사시 동일 연령의 고등학교 재학생 비만도(17.0%)보다 다소 높았으며, 저체중 비율은 15.6%로 고등학생(4.3%)에 비해 약 3배 이상 높은 수준이었다. 따라서 학교 밖

청소년의 균형 있는 신체발달 관리가 요구된다. 둘째, 건강검진 결과 검진대상 학교 밖 청소년의 상당수가 건강이상을 보였으며 치료를 요하는 경우도 많았다. 즉 학교 밖 청소년의 44.2%는 나안시력 0.7 이하의 시력 이상률을 보였으며, 절반이 넘는 56.8%는 치아우식 및 치주진환 등 구강상태에 이상이 있었고, 일부는 소변검사에서 8%가 요단백(3.1%) 및 요잠혈(4.9%) 등 건강 이상을 보였다. 셋째, 학교 밖 청소년들의 현재 흡연율이 84%, 현재 음주율도 63.8%에 달해 다수가 흡연과 음주를 하는 것으로 나타났으며, 담배나 술 구매에 별 어려움이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 음주와 흡연 비율이 재학생에 비해 높다고 보고한 배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진(2010), 한국청소년정책연구원(2014)의 연구와 일치한다. 반면 금주, 금연 교육을 받은 경험은 상대적으로 적어 건강관리에 소홀한 것으로 보인다. 또한 응답자의 41.8%가 성관계 경험이 있는 것으로 나타났는데, 특히 음주, 흡연, 성경험 간의 카이스퀘어 분석결과 음주와 흡연이 성경험과 관련이 있는 것으로 나타나 성병이나 임신 등 2차 문제를 야기할 수 있는 위험에 상당히 노출되어 있는 것으로 보인다. 더욱이 성교육 경험은 24.2%에 불과해 성문제 예방 및 대응 체계가 마련이 시급한 것으로 판단된다. 넷째, 학교 밖 청소년들은 조식 결식률(주 5일 이상)이 57.2%나 되고, 반면 패스트푸드 섭취율(주 3회 이상)은 21.0%로 높아 불규칙한 식습관 및 부실한 영양관리 상태를 보이고 있었다. 하지만 영양 및 식습관 교육을 받은 청소년은 11.2%에 불과해 올바른 식습관과 영양관리가 필요한 것으로 보인다. 이러한 결과는 불규칙한 식습관, 인스턴트 음식 섭취 등을 학교 밖 청소년의 특성으로 언급한 오혜영 외(2013), 한국청소년정책연구원(2014) 등의 연구결과와 일치한다. 다섯째, 학교 밖 청소년들은 격렬한 신체활동의 실천율이 27.3%로 낮은 편이었는데 이는 단체활동 보다 혼자서 할 수 있는 온라인 게임 등 정적인 활동에 주로 참여하는 학교 밖 청소년들의 생활상이 반영된 것으로 짐작된다. 따라서 별도의 체력관리 프로그램 제공이 필요함을 시사하고 있다.

본 연구는 건강관리의 사각지대에 있는 학교 밖 청소년의 건강증진 서비스 지원체계를 구체적으로 제시했다는 점에서 실천적 의의가 있다. 이를 위해 학교 밖 청소년에 대한 건강검진 및 건강행태조사 등을 통해 객관적인 건강실태를 파악하였으며, 이를 토대로 학교 밖 청소년과 실무자 면접조사를 거쳐 전국의 학교밖청소년지원센터를 주축으로 한 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계 구축 방안을 구체적으로 제시하였다. 지금까지 학교 밖 청소년에 대한 건강관리는 보건복지부의 생애전환기 비취학청소년 건강진단사업의 일환으로 이루어졌지만, 서비스 대상이 주로 대안학교, 청소년쉼터, 아동보호치료시설 등과 같은 특정 시설·기관에 소속된 청소년들이었고, 서비스 시기와 내용도 보건소별로 특정 신청기간에 단회성 건강검진에 한정되어 있었다. 이 경우 해당 시설에 소속되어 있지 않은 나머지 학교 밖 청소년에게는 건강진단의 기회가 주어지지 않는 문제와 건강진단 외에 건강교육 및 사후관

리 등 체계적인 건강관리가 제대로 이루어지지 못한다는 점이 지적되어 왔다. 하지만 본 연구는 학교 밖 청소년의 건강권에 대한 사회적 배제와 차별을 방지하고 재학생과 동일한 기회를 보장해야한다는 관점을 갖고 있다. 그러므로 재학생이 학교보건법에 따라 학교를 중심으로 적절한 건강관리 서비스를 받고 있는 것처럼 학교 밖 청소년도 '학교 밖 청소년 지원에 관한 법률'에 따라 건강지원의 의무가 있는 학교밖청소년지원센터를 중심으로 건강증진 서비스 지원체계 구축방안을 제시하는 것이 본 연구의 골격이다. 물론 학교밖청소년지원센터가 보건행정 서비스 전담기관이 아니기 때문에 건강관리 서비스 제공시 역할은 제한적일 수밖에 없기 때문에 반드시 보건소와 연계·협력체계를 이루어야 한다는 전제가 있다. 아울러 건강진단 외에도 건강교육과 체력관리 프로그램을 외부 전문기관과 연계하여 간접 지원한다는 점 또한 중요한 역할이 될 것이다.

다음으로 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계 구축방안이 현실화되도록 하기위해 몇 가지 제언하면 다음과 같다. 첫째, 학교 밖 청소년 건강증진에 관한 법적 근거 마련이 전제되어야 한다. 현재 학교 밖 청소년들의 건강증진에 관한 법적 근거는 청소년복지지원법 제 5~8조, 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률 제11조에 명시되어 있지만, 재학생의 건강을 보호·증진하기 위해 마련된 학교보건법과 비교할 때 매우 미흡한 수준이다. 따라서 학교 밖 청소년 건강증진 서비스 지원체계가 실질적으로 추진되기 위해서는 학교 밖 청소년 지원에 관한 법률에 건강검사와 의료 서비스 지원 등에 대한 의무 규정이 반영되어야 한다.

둘째, 이러한 법적 근거에 기반을 둔 학교밖청소년지원센터가 지역에서 학교 밖 청소년의 건강증진을 책임지는 허브역할을 하기 위해서는 보건행정 업무수행능력을 갖출 수 있는 추가적인 인력배치 및 재교육, 예산배정이 요구된다. 특히 9~24세 학교 밖 청소년 누구에게나 보편적인 건강증진 서비스를 제공하기 위해서는 그에 따른 정책환경이 뒷받침 되어야 한다.

셋째, 본 연구에서 제시한 건강증진 서비스 지원체계가 현장에서 구현되기 위해서는 주무부처인 여성가족부와 보건복지부 간의 협력을 통해 지역별 학교밖청소년지원센터와 보건소 간의 공조체계가 반드시 전제되어야 한다. 보건소는 전 국민의 건강증진을 위해 보건행정 및 직접적인 보건의료 서비스를 제공하는 공공전달체계 수행기관이다. 하지만 학교밖청소년지원센터는 전문적인 보건행정 기관이 아니며, 건강증진 업무 역시 비중이 크지 않기 때문에 이 업무를 수행하는데 한계가 있다. 따라서 학교 밖 청소년의 발굴 및 사후관리 체계는 지원센터에서, 건강진단체계는 보건소 및 의료기관에서, 건강생활실천관리 지원체계는 체력증진, 영양관리, 성문제 관련 전문기관들과의 연계를 통해서 적절한 역할분담이 이루어져야 한다.

넷째, 법에 근거하여 매 3년 마다 실시되는 학교 밖 청소년 관련 실태조사에 건강실태조사 영역이 포함되도록 하여 학교 밖 청소년의 건강증진 정책을 수립하는데 활용되어야 한다. 이를 위해 전국적으로 실시되는 학교 밖 청소년 건강검사결과에 대한 데이터 관리와 분석이

이루어져야 한다. 이와 관련하여 교육부에서는 정기적으로 전국 초·중·고등학생 건강검사 표본조사 및 결과분석을 실시하여 학생의 건강지표를 생성하고 학생건강의 문제점 및 정책적 시사점을 제시하고 있다. 따라서 본 연구에서 소수 표본에 대해 건강상태를 파악하고자 시도했던 수준을 넘어, 향후 학교 밖 청소년 건강검사 자료의 추이를 지속적으로 분석, 관찰하여 재학생 건강지표와 통계적으로 타당한 비교를 통해 학교 밖 청소년에 대한 건강증진 정책 방향과 수위를 결정해 나가야 할 것이다.

본 연구는 의의와 가치에도 불구하고 연구대상을 두드림·해밀 운영센터 이용 학교 밖 청소년으로 한정하여 조사결과를 일반화하는데 무리가 있었다는 점, 학교 밖 청소년의 건강상태를 재학생과 통계적으로 유의미한 비교를 하지 못했다는 점, 학교 밖 청소년의 건강에 대한 연구범위를 신체적 건강에 한정하였다는 점에서 연구의 한계가 있었다. 하지만 본 연구에서는 연구대상의 신뢰도를 높이기 위해 두드림·해밀 이용자가 대안학교, 보호관찰소, 청소년쉼터, 개인가정 등 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net)의 다양한 경로로 참여하고 있다는 전제하에 표집단계에서 전국 16개 시·도 두드림해밀 운영센터에서 10명씩 고르게 분포될 수 있도록 선정하였고, 학교 밖 청소년과 실무자 인터뷰를 통해 질적자료를 추가로 수집하여 연구에 반영하고자 하였다. 또한 학교 밖 청소년의 건강상태를 객관적으로 평가하고자 음주, 흡연, 성경험 유·무 집단 간의 카이스퀘어 분석을 통해 상호 관련성을 확인하였으며, 재학생과의 비교시 동일 연령대 간의 비율 차이를 비교함으로써 학교 밖 청소년의 건강상태가 재학생의 어느 수준에 있는지를 파악하고자 하였다. 아울러 선행연구에서 학교 밖 청소년의 정신건강에 대한 중요성이 강조되고 있지만 연구범위를 신체적 건강에 한정된 것은 학교 밖 청소년의 심리·정서적 상담개입이 여러 상담기관에서 이루어지고 있는 반면, 신체건강 관리 체계는 아직 부재한 실정이기 때문이다. 추후 연구에서는 학교 밖 청소년의 신체건강 외에 2차적으로 정신건강 영역에 대한 후속연구가 필요하며, 법적 근거에 따라 실시되는 학교 밖 청소년 실태조사에 건강영역을 포함한 조사가 이루어질 것으로 기대된다.

참고문헌

- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2014). 제10차(2014) 청소년건강행태온라인조사 통계. 청주: 질병관리본부.
- 국가청소년위원회 (2007). 가출청소년 건강실태조사 연구. 서울: 국가청소년위원회.
- 김민정, 김혜영 (2001). 학교중도탈락 청소년에 관한 연구동향 및 과제. 청소년복지연구, 3(1), 3-22.

- 김성기 (2013). 학교 밖 청소년에 대한 정책적 보호 방안, 학교 밖 청소년 문제 대책 마련 토론회 자료집. 이화여대 학교폭력예방연구소.
- 김지혜, 안치민 (2006). 가출청소년의 학업중단 영향 요인과 대책. 한국청소년연구, 17(2), 133-157.
- 박현선 (2004). 학업중퇴 청소년의 적응유연성. 청소년상담연구, 12(2), 69-82.
- 배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진 (2010). 2010년 전국 청소년 위기 실태조사. 서울: 한국청소년상담원.
- 변숙영, 이수경 (2011). 학업중단청소년의 직업기초능력 실태 및 지원방안. 교육문화연구, 17(2), 283-302.
- 보건복지부 (2014). 2014년 건강검진사업 안내. 서울: 보건복지부.
- 서정아, 권혜수, 정찬석 (2006). 학교밖 청소년의 실태와 정책적 대응방안. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 성윤숙 (2005). 학교중도탈락 청소년의 중퇴과정과 적응에 관한 탐색. 한국청소년연구, 16(2), 295-343.
- 오병돈, 김기현 (2013). 청소년복지정책 대상규모 추정: 학교밖 청소년을 중심으로. 청소년복지연구, 15(4), 29-52.
- 오현애 (2002). 학교중퇴 청소년에 대한 지원방안 연구 : 학교중퇴 청소년의 사회적 지원체계에 대한 욕구조사를 중심으로. 연세대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 오혜영, 박현진, 공운정, 김범구 (2013). 현장상담자들이 인식한 학업중단청소년의 특성과 개입, 방향. 청소년학연구, 20(12), 153-179.
- 오혜영, 지승희, 박현진, 이정실 (2011). 학업중단청소년 학업복귀강화 프로그램 개발. 서울: 한국청소년상담원.
- 유진이 (2009). 학교중도탈락 청소년의 심리적 지도 방안. 청소년학연구, 16(11), 229-257.
- 윤여각, 박창남, 전병유, 진미석 (2002). 학업중단 청소년 및 대안교육 실태조사. 서울: 한국교육개발원.
- 윤철경, 류방란, 김선아 (2010). 학업중단현황 심층분석 및 맞춤형 대책연구. 서울: 교육과학기술부.
- 윤철경, 유성렬, 김신영, 임지연, 엄아람, 최은희 (2013). 학업중단 청소년 패널 조사 및 지원방안 연구. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 전영실, 김지영, 박성훈 (2013). 비행 학업중단 청소년 패널조사 및 지원방안 연구. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 정제영 (2014). 학업중단 예방정책의 발전 방향. 학업중단예방 및 학교 밖 청소년지원 활성화를 위한 토론회 자료집. 서울: 한국청소년상담복지개발원.

정현주 (2007). 학업중단 청소년들이 위탁형 대안학교에서 겪는 경험. 가톨릭대학교 석사학위 논문.

조성연, 이미리, 박은미 (2009). 학업중단 청소년. 아동학회지, 30(6), 391-403.

주영신 (2007). 비행청소년의 중퇴경험에 대한 현상학적 연구. 청소년학연구, 15(1), 247-270.

한국교육개발원 (2010). 학업중단 위기 학생의 실태분석 및 지원방안. 서울: 한국교육개발원.

한국교육개발원 (2013). 2013 전국 초·중·고등학생 건강검사 결과 분석. 서울: 한국교육개발원.

한국청소년개발원 (2006). 청소년 유형별 복지욕구 실태와 지원방안, 연구보고 06-R10. 서울: 한국청소년개발원.

한국청소년상담복지개발원 (2014a). 학교 밖 청소년 건강 실태 및 건강 증진 방안 연구. 부산: 한국청소년상담복지개발원.

한국청소년상담복지개발원 (2014b). 학교 밖 청소년 미래전략포럼 결과 발표. 부산: 한국청소년상담복지개발원. 33-86.

한국청소년상담복지개발원 (2014c). 2014년 학교 밖 청소년 통합지원프로그램 두드림·해밀 결과보고집. 부산: 한국청소년상담복지개발원.

한국청소년정책연구원 (2014). 학교 밖 청소년 건강실태 및 지원방안 연구. 서울: 한국청소년정책연구원.

Beauvais, F., Chavez, E. L., Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L., & Cornell, G. R. (1996). Drug use, violence and victimization among White American Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 292-299.

Chavez, E. L., Edwards, R., & Oetting, E. R. (1989). Mexican American and White American school dropouts' drug use, health status, and involvement in violence. *Public Health Reports*, 104(6), 594.

Dans. La. Rue. (2013). Rapport Annual 2012 - 2013. Retrieved October 15, 2014, from http://www.danslarue.com/images/documents/en/DLRrapport12_13Aweb.pdf.

Emblen, D. L. (1970). *Peter Mark Roget: The word and the man*. London: Longman.

Grunbaum, J. A, Lowry, R., Kann, L., & Pateman, B. (2000). Prevalence of Health Risk Behaviors Among Asian American/Pacific Islander High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 322-330.

Ottawa Sexual Health Centre. (2014). Ottawa sexual health center program. Retrieved October 15, 2014, from <http://www.ottawa.ca/en/residents/public-health/sexual-health/sexual-health-centre>.

[원고접수일: 2015. 08. 27. / 수정원고접수일: 2015. 10. 19. / 게재결정일: 2015. 11. 09.]

Building Plan of an Investigative Study on the health status of out of school adolescents

Gyupil Cho, Sungil Hwang, Myeungchan Kim
Korea Youth Counseling & Welfare Institution Inje University

The purpose of this study was to investigate the health status of out of school adolescents, and to propose the health service support system for them. To this end, we first analyzed the relevant literature and policy status data. Next, a health behavior survey, on diet and physical activity and health checks for the 13 targeted domains, was conducted with 162 out of school adolescents in 16 cities across the country. The results showed that the participants are vulnerable to health status, and health care system was not also existed. In addition, we did FGI(focus group interview) with field practitioners, and interviewed experts to construct health service support system. Finally, we proposed health service support system which is focused on targeted information, service delivery system, service contents for out of school adolescents.

Key words: adolescents out of school, health status, health medical examination, health behavior investigation, health promotion