

우리 아이들의 건강이 위험하다

- 입시열풍 속에 가려진 아이들의 건강

2010.10.26 | 이은경_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

목 차

1. 청소년기 건강의 중요성
2. 우리나라 청소년 건강 현황
3. 청소년의 생활, 어떠한가?
 - 1) 너무나 긴 학업시간과 비효율
 - 2) 턱없이 부족한 여가시간과 신체활동 시간
 - 3) 불행한 한국의 청소년
4. 어떻게 할 것인가?



<http://saesayon.org>

요약

청소년기의 건강은 평생 건강의 기초가 된다는 점에서 매우 중요하나 상대적으로 가장 건강한 연령대이고 사망률과 유병률이 가장 낮은 세대라는 특징상 큰 주목을 받아오지 못했다. 특히 우리나라의 경우, 승자독식의 사회분위기로 인해 입시경쟁이 가속화되면서 부모들조차 ‘건강은 대학가면 챙기자’라고 생각하는 분위기가 확산되고 있다. 정부의 청소년 관련 대책을 보더라도 학업능력 신장, 일탈 행위 금지, 경쟁력 향상 등의 협소한 목표에 기초해 청소년 정책을 펼치고 있다. 그 결과는 청소년 자살률 세계 1위, 학업시간 세계 최장시간, 운동 및 여가시간 세계 최하위, 체력 수준 가파른 저하 등 세계에서 건강수준 최하위를 독점하는 것으로 나타나고 있다.

우리나라의 청소년들은 건강에 대한 주의도, 건강진단 여부, 건강관리를 위한 운동 여부, 아침식사, 수면시간, 전반적인 건강에 대한 인식 등에 있어 다른 국가 청소년들과 비교했을 때 심각하게 낮은 수준인 것으로 조사되고 있다. 학업에 치우친 일상생활로 신체활동시간이 극히 부족하고 스트레스로 인한 우울증과 정신적 문제가 많이 발생하고 있다. 2006년 청소년건강행태조사 결과 청소년의 신체활동 실천율은 외국에 비하여 매우 낮은 수준이다. 격렬한 신체활동 실천율은 32%이며, 중등도 신체활동 실천율은 11%로 낮고, 여가와 체육시간 활용 부족으로 체력이 저하되고 있다. 2009년 수행된 아동청소년 정신건강선별검사를 통해 고위험군으로 선별된 아동청소년의 비율은 초등학생은 약 11%, 중학생의 우울증 고위험군은 15.1%, 고등학생 우울증 고위험군은 19.7%로 심각한 수준에 있다. 또한 2009년에 서울대학교에서 조사한 정신건강 선별검사에 의하면 연구 대상자의 우울증 유병률은 40%로 중증도에 따라 경도 우울증은 23,741명 (23%), 중등도 우울증은 12,036명 (12%), 심도 우울증은 5,286명 (5%)으로 나타났다.

이러한 결과는 심각한 수준의 청소년 자살과 자살시도로 이어지고 있다. 원래 청소년기는 자살로 인한 사망율이 가장 높은 시기이기는 하지만 우리나라의 경우에는 그 정도가 매우 심하다. 통계청에 따르면 '2010 청소년 통계'조사 결과 15~24세 청소년의 8.9%가 성적 문제 등으로 자살을 생각했으며 15~19세 10명 중 7명이 학교생활에서 스트레스를 느낀다고 응답했다. 2009년 전체 사망률 중 자살이 20대 1위, 10대 2위로 청소년 자살 사망률이 심각한 수준이다. 특히 학생 자살률의 지속적 증가뿐만 아니라 높은 자살생각률이 문제가 되고 있다. 청소년의 자살생각률은

18.9%, 자살시도를 4.7%(2009년) 5.5%(2006), 자살사고 경험률은 25.1%(2004) 혹은 그 이상이라고 보고되고 있다.

이러한 건강수준은 청소년들의 생활행태에서 기인한다. 15-24세 학생의 평일 학습 시간은 7시간 50분으로 5시간 전후인 외국에 비해 2시간 이상 길었다. 핀란드, 일본 등 유사한 학업성적을 보여주는 국가와 비교해 본 결과 평일 전체학습시간은 핀란드의 경우 4시간 22분으로 한국보다 4시간 33분이나 짧았으나 수학점수는 544점으로 한국보다 2점 높았고 일본의 경우도 6시간 22분으로 한국보다 전체학습시간이 2시간 33분 짧았으나 점수 차이는 8점에 불과하였다. 수면시간을 비롯해 운동시간은 비교 대상 국가 중 가장 짧았으며 컴퓨터 및 비디오 게임시간은 가장 긴 것으로 조사되었다. 특히 우리나라는 정규수업에서의 체육활동시간이 부족할뿐만 아니라 정규 체육활동 시간마저도 입시과목으로 대체하고 있는 형편이다.

여기에서 우리는 심각한 질문을 던져야 한다. 우리의 청소년은 과연 건강한가? 충분히 건강하고 행복할 수 있는 여건인데도 만족을 느끼지 못하며 나약해 진 것인가? 아니면 부모들이 아이들의 행복을 중요하지 않게 생각하는 것인가? 보고서에서 살펴본 내용을 보면 우리나라의 청소년들의 삶은 상당히 힘들다. 그 안에서 행복한 삶의 질을 누리고 살기란 쉽지 않아 보인다. 이는 청소년들이 나약하거나 과보호를 받아서 그런 것이 아니라 객관적 기준으로 보아도 쉽지 않은 압박과 학업량을 감당해야 하기 때문이다. 그렇다고 부모들이 자신의 욕심만으로 자녀들의 행복을 무시하고 있다고 하는 것은 문제해결을 위한 진단이 아닌 손쉬운 비난에 불과하다.

이제는 경제적 효율성의 측면에서도 한국식 교육방식의 비효율은 적나라하게 드러나고 있다. 다른 나라보다 2배 공부 많이 해서 5-10%정도의 성적을 올리거나, 일부 국가보다는 오히려 성적이 떨어지는 것은 심각한 비효율이다. 게다가 그 성적이 공부시간을 늘려서만이 아닌 몸과 마음의 건강을 위한 다양한 활동기회들을 포기하고 얻어진 것이기 때문에 더욱 비효율적이다. 문제는 누구도 그 레이스에서 먼저 내려오지 못하고 있다는 점이다. 다들 이런 분위기만 아니라면 애들은 뛰어놀게 하고 다양한 사회경험을 쌓게 하고 싶다고 이야기하고 있고 그런 환경을 찾아 가족이 전부 외국으로 나가기도 한다. 이런 문제 해결을 위해 수많은 교육개혁가들이 노력하고 있기도 하다.

문제해결을 위해 교육의 기준을 새롭게 정할 것을 제안한다. 학생들의 건강조례와

같은 건강기준을 정하고 건강에 위험을 미치는 요인들에 대해서는 규제를 하는 것이다. 현대 사회에서는 다양한 영향평가를 하고 있다. 대표적인 것이 환경영향평가이고 요즘에는 규제영향평가, 성별영향평가, 정책영향평가 등 다양한 영역에서 영향평가를 수행하고 있다. 교육에서 건강목표달성이 매우 중요한 정책과제임에도 불구하고 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하고 나쁜 영향을 미치는 정책에 대해서는 시정하고 규제하는 학생건강영향평가는 전무하다. 다음 글에서는 학생건강영향평가의 가능성과 학생건강조례의 필요성에 대해 검토해 보고자 한다.

이 글을 마무리 하는 동안 TV를 통해 통계청 사회조사에서 우리나라 국민중 자살을 생각해 본 사람이 7.7%, 그 중 10대가 10%로 가장 높게 나타났다는 보도를 접했다. 이제는 정말 무언가를 바꿔야 할 때가 아닐까?

본문

청소년기의 건강은 평생 건강의 기초가 된다는 점에서 매우 중요하나 상대적으로 가장 건강한 연령대이고 사망률과 유병률이 가장 낮은 세대라는 특징상 큰 주목을 받아오지 못했다. 특히 우리나라의 경우, 승자독식의 사회분위기로 인해 입시경쟁이 가속화되면서 부모들조차 ‘건강은 대학가면 챙기자’라고 생각하는 분위기가 확산되고 있다. 정부의 청소년 관련 대책을 보더라도 학업능력 신장, 일탈 행위 금지, 경쟁력 향상 등의 협소한 목표에 기초해 청소년 정책을 펼치고 있다. 그 결과는 청소년 자살률 세계 1위, 학업시간 세계 최장시간, 운동 및 여가시간 세계 최소 등 세계에서 건강수준 최하위를 독점하는 것으로 나타나고 있다.

세계에서 가장 높은 교육열을 갖고 있는 한국의 부모들이 자녀들의 건강문제에는 신경쓰지 않는 것인가? 사회에서의 성공에 집착하는 반면, 건강은 부차적인 문제로 치부하고 있는 것인가? 이런 해석은 근본원인을 제대로 보지 못하는 희생자 비난하기에 불과하다. 자녀들의 행복과 미래에 대해 그 누구보다 걱정하는 부모들이 청소년기에 평생건강을 구축할 시기로 보지 못하고 사회에서 경쟁력을 갖추기 위해 학업성취와 학벌로 대표되는 스펙을 쌓는 것이 시급한 시기로 보게 된 근본원인을 찾아야 한다. 일단 경쟁력을 갖추는게 자녀의 행복에 더 도움이 될 것이라는 판단을 하고 있는 점에 주목해야 한다. 또한 사회전반의 분위기가 건강은 도외시한채 더 많은 학업시간, 더 많은 사교육, 더 많은 경쟁력 확보에만 집중하고 있는 점도 중요하다. 현재의 무분별한 입시경쟁은 학부모들의 자발적 선택이라기 보다는 사회적으로 강요되고 있다는 사실에서 출발해야 한다.

우리나라 청소년의 건강수준은 어떠한가? 건강한 상태이므로 몇 년 고생해서 좋은 학교에 진급한 후에 건강을 챙기기 시작하면 별 문제 없다는 판단이 과연 정당한가? 외국에서 청소년 양육의 기본 원칙으로 견지하고 있는 것은 무엇인가? 경쟁력 있는 미래세대 육성이라는 과제가 현재와 같은 교육시스템속에서 가능할 것인가? 본 연구는 이런 문제점에서 출발하고자 한다. 건강이 갖는 생애사적, 사회경제적 의미와 청소년기 건강의 중요성, 청소년 건강수준의 국제비교 등을 통해 우리나라 청소년의 건강수준과 문제점을 파악하고 그를 해결하기 위한 대안을 마련해 보고자 한다.

1. 청소년기 건강의 중요성

우리나라 청소년의 규모는 통계청 기준으로 한 9~24세 청소년 인구로 보면 10,494천 명으로 총인구의 21.6%를 차지하고(통계청, 2008) 6-17세의 학령기 인구로 보면 전체 인구의 15.9%이다. 인구에서 청소년이 차지하는 비중은 점차 줄어들고 있으며 대부분은 학교에서 생활하고 있다. 청소년 인구는 전체 인구에서 차지하는 비율에 비해 의료이용률이 매우 낮으며 진료의 내용도 대부분 급성 질환으로 인한 경우가 많아 생애주기에서 신체적으로는 가장 건강한 시기라고 할 수 있어 의학적인 측면에서는 큰 주목을 받지 못해왔다. 청소년기의 건강은 빠른 성장과 급격한 신체적 변화에 수반되는 여러 가지 건강상의 문제를 갖고 있으며 사회적 역할의 변화에 따른 문제와 커다란 심리적 변화에 따른 문제 등, 이들만이 가지는 특수한 문제와 상황을 가지고 있다.

특히 청소년기는 건강한 생활습관의 형성시기로서 이때 형성된 생활습관은 일생동안 지속될 수 있어 평생건강으로 이어질 수 있고, 가족과 지역사회로의 파급효과 또한 높아서 국가전체의 건강증진을 이룰 수 있다(Yun et al., 2005). 우리나라는 고령화가 진행되는 과정에서 상당수의 노인들이 생애 말년에 만성질환으로 인한 고통을 호소하고 의료비지출도 크게 증가하고 있다. 만성질환과 생애 전체의 건강수준을 결정하는 것은 아동청소년 시기이다. 미국에서는 학교 보건교육에 1달러를 쓰면 14달러의 의료비절감효과가 있다고 밝히고 있으며 대부분의 나라에서는 아동청소년, 더 나아가서는 모성의 건강이 국민 건강에 가장 중요한 시기임을 강조하고 있다.

또한 이 시기는 정신적이고 사회적인 건강의 기초를 형성하는 시기로 기존 연구에 의하면 인생 초기의 관계의 질은 인간 발달에 있어 인생전반에 걸쳐 멀리까지 영향을 미친다. 좋은 정신건강 예후는 안정된 부모아동 관계를 바탕으로 하며(Hay, 2003), 발달 초기인 임신부터 6세까지, 특히 첫 3년은 효능감과 대처기술의 기본이 되어 인생 전반에 걸쳐 학습, 행동 그리고 건강에 영향을 끼치게 된다고 보고하고 있다(Mustard 1999).

다시 말해 청소년기는 건강한 것으로 치부되고 실제 심각한 건강상의 문제를 나타내지는 않으나 이시기의 건강관리는 평생건강을 결정짓는 중요한 시점이라는 점이다. 대부분의 연구에서는 아동청소년기의 건강수준이 평생의 정신건강, 만성질환,

평균수명에 영향을 미친다는 보고를 하고 있다. 하지만 복지부의 제 3기 국민건강 영양조사 결과를 보면 우리나라 청소년은 조사대상집단 중에서 가장 불량한 건강행태를 보이고 있는 것으로 조사되었다. 과연, 청소년기는 평생 직장을 준비하는 시기인가? 평생 건강을 통한 삶의 기본 토대를 구축하는 시기인가?

2. 우리나라 청소년 건강 현황

우리나라의 청소년들은 건강에 대한 주의도, 건강진단 여부, 건강관리를 위한 운동 여부, 아침식사, 수면시간, 전반적인 건강에 대한 인식 등에 있어 다른 국가 청소년들과 비교했을 때 심각하게 낮은 수준인 것으로 조사되고 있다. 학업에 치우친 일상생활로 신체활동시간이 극히 부족하고 스트레스로 인한 우울증과 정신적 문제가 많이 발생하고 있다. 2005년 및 2006년 청소년건강행태조사 결과 청소년의 신체활동 실천율은 외국에 비하여 매우 낮은 수준이다. 격렬한 신체활동 실천율은 32% (남자 45% 내외, 여자 17% 내외)이며, 중등도 신체활동 실천율은 11%(남자15% 내외, 여자 5% 내외)로 낮고, 여가와 체육시간 활용 부족으로 체력이 감소하고 있다.

1) 기초체력이 떨어지고 있다.

청소년의 신장과 체중 등이 증가하여 전반적으로 체격은 좋아진 반면 체력은 전반적으로 저하되고 있다.(표 1) 교육과학기술부의 신체능력검사 2008년의 결과를 2000년의 결과와 비교해 보면, 50m달리기, 오래달리기 및 걷기, 체자리멀리뛰기, 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 앉아윗몸앞으로굽히기의 모든 종목에서 2008년 기록이 저조해 아동청소년들의 기본 체력이 과거에 비해 저하되고 있음을 알 수 있다.(2009년 아동청소년 백서, 보건복지부)

표.1 청소년의 신장, 체중, 체력 변화

청소년의 신장, 체중 변화 ('95년→'05년)	중학생	남자 신장 2.5cm, 체중 5.9kg 증가
		여자 신장 1.5cm, 체중 2.0kg 증가
	고등학생	남자 신장 2.4cm, 체중 4.7kg 증가
		여자 신장 1.3cm, 체중 1.7kg 증가
청소년의 체력 변화 ('00년→'05년)	·윗몸일으키기 35.4회 → 34.4회 ·오래달리기/걷기 7.3분 → 7.5분 ·팔굽혀펴기(남) 31.3회 → 30.8회 ·팔굽혀매달리기(여) 8.6초 → 6.7초	

출처 : 학생신체검사('06년, 교육인적자원부)

특히 시력과 구강질환, 이비인후 및 피부질환 등에서 이상상태가 크게 증가하고 있다. 시력검사 이상비율은 최근 3년간은 비슷한 수준을 나타내고 있으나, 10년 전의 통계를 보면 거의 2배의 증가를 보이고 있다. 구강질환도 지속적으로 증가하는 경향을 보이고 있으며, 이비인후 및 피부질환도 10년 전인 1998년 체질검사 결과와 비교하면, 이비인후과 질환은 약 2배, 피부질환은 약 6배의 증가를 보이고 있다.

2) 정신건강

청소년기의 정신과적 문제는 아동기 문제의 연속, 청소년기의 특징적 문제, 성인 정신장애의 초기 증상일 수 있으며 나타나는 증상은 성인과 유사하다. 폭력, 가출, 물질남용 등으로 드러나는品行장애, 불안장애, 기분장애, 정신분열병 및 정신증, 섭식장애, 기타 틱 장애 등 청소년기의 발달 특성과 이에 따른 스트레스나 부적응과 관련되는 것을 볼 수 있다. 세계보건기구(이하 WHO)에서는 아동청소년 정신건강의 현황과 심각성을 주장하고 있으며 각국에서 적극적인 아동청소년의 정신건강을 위한 대책마련을 촉구하고 있다. WHO에서 아동청소년 정신건강의 심각성으로 지적하고 있는 내용은 다음과 같다.

- ① 매우 흔하다 : 약 20% 아동청소년이 정신질환을 앓는다
- ② 전세계 청소년의 사망원인 가운데 3위를 자살이 차지한다.
- ③ 우울장애가 흔히 청소년기에 발병하여, 사회심리적 악영향 및 자살과 밀접한 연관을 갖는다.
- ④品行장애가 성인기까지 지속하며, 비행, 성인범죄, 반사회적 행동들, 결혼 불화, 양육 문제, 실직, 신체건강 등의 문제와 관련한다.
- ⑤ 성인정신질환의 약 50%는 만 14세 이전에 발병한다.

정신건강은 신체건강 및 삶의 질에 기본이 된다고 보는 관점이 확산됨에 따라 중요성이 부각되기 시작하고 있다. 전체적인 건강 및 안녕을 증진시키는 중요한 요소로 간주될 필요가 있다는 점이다. 또한 전 세계적인 수준에서 정신질환-건강의 증가에 대한 폭 넓은 인식이 일어나고 있다. WHO와 세계은행(World Bank)에 의해 수행된 연구에서 1990년 질병보정생활력(disability-adjusted life years, DALYs)으로 표현되는 전체 질병부담의 11%가 정신 및 행동질환에 의한 것이라는 것이 발표되었다. 1990년 우울증의 질병부담이 4번째로 크고, 2020년이 되면 허혈성 심장질환에 이어 우울장애가 세계적으로 2번째로 큰 질병부담의 원인이 될 것이라고 추정하였다. 세계보건기구에서도 정신질환-건강의 세계적 부담은 각 나라의 치료 능력범위를 넘어설 것이고, 이 증가한 부담과 연관한 사회적 및 경제적 비용은 단순히 정신질환의 치료만으로는 감소하지 않을 것이라고 지적하고 있다.(WHO, 2005).

(1) 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)와 학습장애

ADHD란 '주의력결핍과잉행동장애'의 약자로 집중력부족, 과잉행동, 충동성을 특징으로 하는 질환이다. 성인에게서도 발견되지만 주로 소아청소년기에 발생한다. 1980년 미국정신의학회에서 주의력결핍장애(ADD)로 이름이 붙었고, 1987년 '과잉행동(Hyperactivity)도 중요하다'는 의견이 나와 지금의 ADHD로 이름을 바꿨다. ADHD는 진단이 확실하지 않은 대표적인 정신과 질환으로 과도한 진단과 약물복용으로 인한 부작용도 지속적으로 제기되고 있다. 또한 학습장애와의 구분도 명확하지 않은 채 혼동되어 인식되고 있기도 하다. 하지만 실제 아동청소년기에 ADHD 진단을 받는 아이들의 수는 점차 늘고 있다. 건강보험심사평가원에서 5월 발표한 자료에 따르면 병원에서 ADHD로 진료를 받은 19세 이하 인원은 2005년(3만3245명)부터 2009년(6만3532명)까지 꾸준히 증가했다. 연평균 증가율은 19.2%다. 학계에서는 6세에서 18세까지 소아청소년에서의 ADHD 유병률을 약 6.5%로 보고 있는데 이를 우리나라 인구수로 환산하면 약 55만명 정도에 이른다. 지난해 건강보험심사평가원에서 추산한 진료를 받고 있는 ADHD 환자 수는 6만3,000명 정도로 약 11%의 환자만이 치료 받고 있는 셈이다.

ADHD의 원인으로는 신경전달물질의 장애, 뇌손상, 유전적 요인, 환경적 요인 등이 거론되고 있으나 현대에 들어서 급격히 증가하고 있는 이유는 밝혀지지 않았다. 과도한 진단으로 약간 부산한 아이들이 잘못 진단되는 것도 질환증가의 원인으로 지

적되고 있기도 하다. 하지만 현실적으로 아동청소년 시기에 ADHD와 학습장애가 급격히 증가하고 있는 것은 사실이기 때문에 적절한 관리와 대책이 필요하다. 무엇보다 과도한 학습과 아동스트레스가 이러한 정신질환의 발생과 악화에 원인이 되고 있기 때문에 아동청소년 시기의 정신건강에 대한 주의가 필요한 것이다.

(2) 우울증

청소년기 우울증은 불안장애, 섭식장애 및 주의력결핍 과잉행동장애와 함께 나타나는 경향이 많고 학업과 대인관계문제를 동반하는 경우가 흔하며 자살로까지 이어질 수 있다는 점에서 매우 심각하다(Angold A, Costello EJ, Erkanili A. Comorbidity. J of Chi Psy & Psy & App Dis 1999;40:57-87) 특히 우울장애는 학업과 밀접한 상호관계가 있는 것으로 보고되고 있다. 낮은 학업수행, 낮은 학업성취도는 우울증상과 높은 상관관계가 있어 학업성적이 낮은 아동의 경우, 더 많은 우울증상을 나타내고 있으며 우울장애로 진단된 아동은 학업을 중단하거나 학교적응에 어려움을 겪고 있는 것이다. 이러한 조사결과는 학업에 대한 스트레스와 학업난이도가 매우 높은 우리나라에서 아동청소년의 우울장애가 매우 높게 보고되는 이유를 설명해 준다.

학령기 아동의 경우 2005년에 서울시 초등학교 1,645명을 대상으로 시행한 정신장애 유병률 조사 결과, 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)의 유병률은 14.9%, 적대적 반항장애는 12.6%, 특정 공포증은 18.4%, 틱장애는 4.7%로 나타났다. 또한 보건복지가족부에서 2005년 전국 12-18세 학교청소년 65,482명을 대상으로 시행한 건강행태 온라인 조사 결과, 약 33%가 스트레스를 많이 또는 대단히 많이 느끼고 있는 것으로 나타났고, 우울증 경험이 약 12%, 자살 생각이 약 13%로 나타났다. 이러한 문제 외에도 흡연, 음주, 인터넷 게임 중독 등의 각종 중독 문제와 학교 폭력 등의 문제 행동이 우리나라 아동청소년의 주요한 문제 행동으로 대두되고 있다고 지적하고 있다.

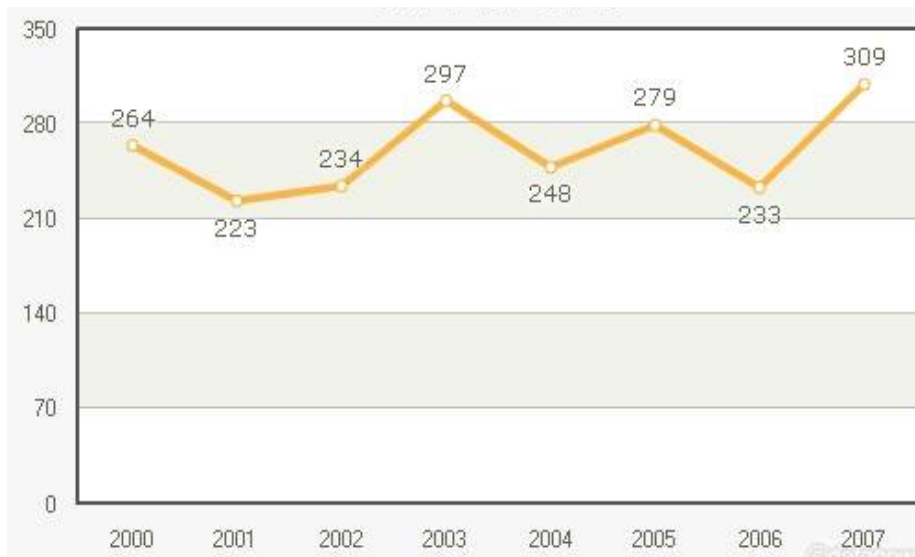
2009년 수행된 아동청소년 정신건강선별검사를 통해 고위험군으로 선별된 아동청소년의 비율은 초등학교생은 약 11%, 중학생의 우울증 고위험군은 15.1%, 고등학교생 우울증 고위험군은 19.7%로 심각한 수준에 있다. 특히, 고등학교생의 우울증 고위험군은 매우 심각하며, 여학생의 경우 24.6%가 고위험군으로 선별되어 4명 중 한명은 중도 이상의 우울함을 느끼고 있음이 밝혀졌다. 또한 2009년에 서울대학교에서

조사한 정신건강 선별검사에 의하면 연구 대상자의 우울증 유병률은 40%로 중증도에 따라 경도 우울증은 23,741명(23%), 중등도 우울증은 12,036명(12%), 심도 우울증은 5,286명(5%)으로 나타났다.

(3) 청소년 자살

우리나라의 자살율은 세계 1위로 자살공화국이라고 불릴 정도이다. 원래 청소년기는 자살로 인한 사망율이 가장 높은 시기이기는 하지만 우리나라의 경우에는 그 정도가 매우 심하다. 통계청에 따르면 '2010 청소년 통계' 조사 결과 15~24세 청소년의 8.9%가 성적 문제 등으로 자살을 생각했으며 15~19세 10명 중 7명이 학교생활에서 스트레스를 느낀다고 응답했다. 2009년 전체 사망률 중 자살이 20대 1위, 10대 2위로 청소년 자살 사망률이 심각한 수준이다.(그림-1)

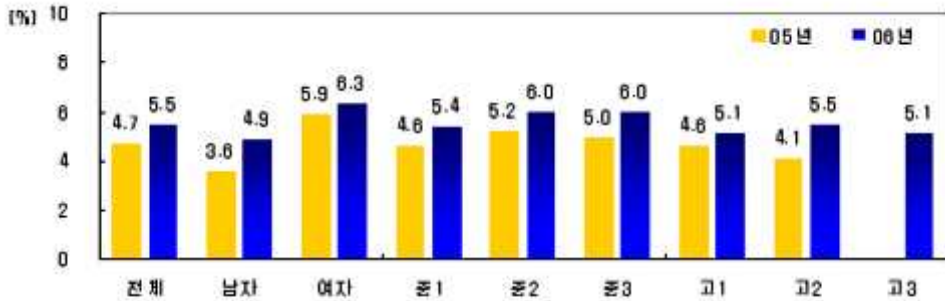
그림 1 10~19세 자살사망자 추이



출처 : 통계청자료, 데이터뉴스

특히 학생 자살률 지속적 증가 및 높은 자살생각률이 문제가 되고 있다. 청소년의 자살생각률은 18.9%, 자살시도률 4.7%(2009년) 5.5%(2006), 자살사고 경험률은 25.1%(2004) 혹은 그 이상이라고 보고되고 있다.(그림-2)

그림 2 자살시도율



출처 : 자료원 : 청소년건강행태 온라인조사('05년, '06년)

이런 문제들 외에도 영양불균형과 비만, 중독물질과 위해환경, 질병의 증가 등이 청소년 건강을 위협하는 요소로 지적되고 있다. 하지만 우리나라의 교육환경은 청소년 건강문제에는 거의 주의를 기울이지 않고 있다. 오로지 진학을 위한 학업성적 올리기에만 집중되어 있으며 그 안에서 사교육시간 1위, 학습시간 1위, 신체활동 시간 최하위, 학업관련 스트레스 지수 1위라는 엄청난 결과에 직면해 있다.

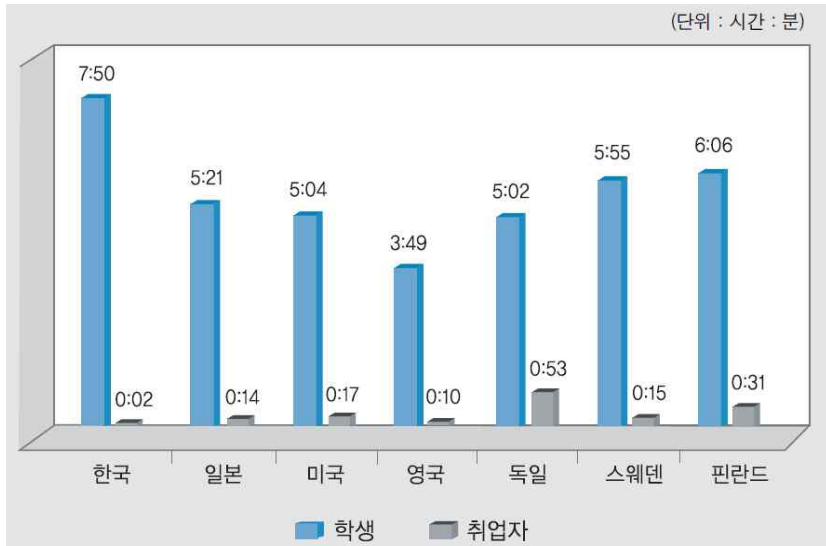
3. 청소년의 생활, 어떠한가?

1) 너무나 긴 학습시간과 비효율

보건복지부의 2008년 연구¹⁾에 따르면 15-24세 학생의 평일 학습시간은 7시간 50분으로 5시간 전후인 외국에 비해 2시간 이상 길었다. 핀란드, 일본 등 유사한 학업성적을 보여주는 국가와 비교해 본 결과 평일 전체학습시간은 핀란드의 경우 4시간 22분으로 한국보다 4시간 33분이나 짧았으나 수학점수는 544점으로 한국보다 2점 높았고 일본의 경우도 6시간 22분으로 한국보다 전체학습시간이 2시간 33분 짧았으나 점수 차이는 8점에 불과하였다.(그림 3)

1) 김기현 외, 아동·청소년의 생활패턴에 관한 국제비교연구, 보건복지부, 2009

그림 3 청소년(15~24세) 학습시간 비교



주 : 평일 하루 24시간 기준

자료 : 통계청, 생활시간조사(2004), BLS, ATUS(2004), EUROSTAT, HETUS(2005),

출처 : 김기현 외(2009)

반면에 수업시간은 매우 길게 나타나지만 효율성은 매우 떨어지는 것으로 조사되었다. 수학과 관련한 조사에서 우리나라의 사교육시간은 세계에서 가장 높으나 거의 사교육을 받지 않는 핀란드보다 성적은 더 낮았다.(그림 4, 5)

그림 4 15세 일주일간 수학 관련 사교육시간과 수학성적 비교

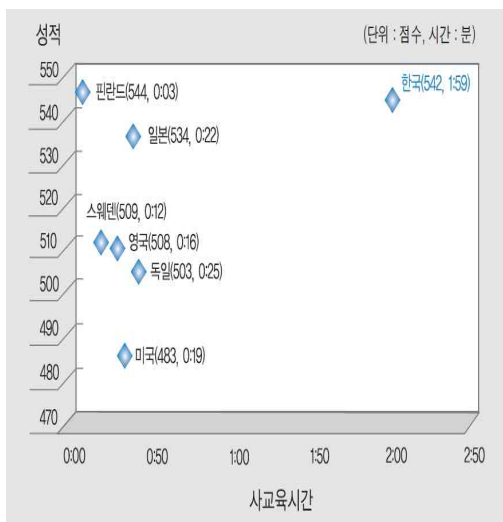
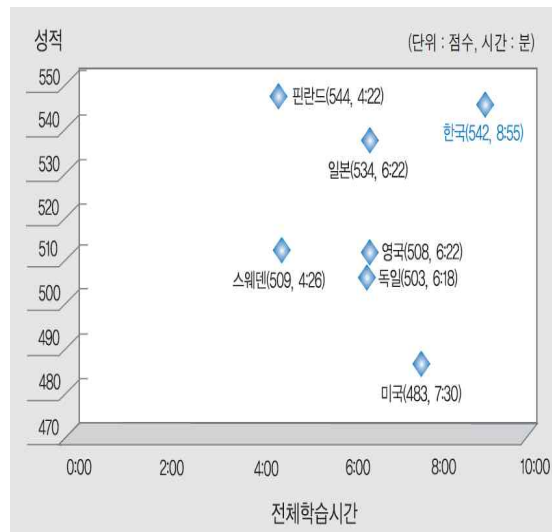


그림 5 15세 일주일간 수학 관련 전체 학습시간과 수학성적 비교



자료 : OECD PISA(2003)

출처 : 김기현 외(2009)

정부와 교육계에서는 우리나라 학생들의 높은 성적 성취도를 들어 우리나라 교육시스템의 장점을 강조하고 있다. 오바마가 한국의 교육을 부러워한다는 이야기는 자주 언급되는 증거이다. 하지만 신체활동, 수면시간, 여가시간 등 여타의 활동을 희생하면서 얻어지는 결과로 가능한 과도한 학습시간이 과연 효율적인 성적을 내고 있는지를 따져보는 것은 매우 중요하다. “장상수의 학습시간과 학업성취도의 관계: OECD PISA 결과 분석 보고서”에서는 정규학습, 사교육, 보충수업 등 학습시간에 따른 성적성취도를 분석하였다. 이 연구에 따르면 어떤 종류의 학습시간이든 학습시간이 긴 나라의 평균 성적이 짧은 나라보다 더 높지 않다고 한다. 도리어 학습시간이 긴 나라의 평균 성적이 더 낮은 경향이 있다는 것이다. 또한 거의 모든 나라에서 정규학습시간이 성적에 미치는 효과는 긍정적이었다. 그러므로 정규학습시간이 길수록 성적은 높아진다고 할 수 있다. 그러나 다른 종류의 학습시간이 성적에 미치는 효과는 이와 크게 다르다. 보충수업시간과 사교육시간의 효과는 한국 등 몇 나라를 제외하면 거의 모든 나라에서 부정적이다. 이는 이 시간이 길수록 성적이 낮다는 것을 의미한다. 또한 심화학습시간이나 자율학습시간의 효과는 긍정적인 나라와 부정적인 나라가 반반이었다. 심화학습이나 자율학습이 어느 나라에서나 성적을 향상하는 것은 아니라는 이야기다.

우리나라는 매우 특이한 결과를 나타내고 있다. 정규수업, 보충학습, 심화학습, 사교육 시간 모두 매우 길었으나 자율학습 시간은 짧다. 또한 정규수업의 효과는 중간임에 반해 보충수업의 효과는 매우 크다.(외국의 경우에는 보충수업의 효과가 부정적이다) 가장 큰 특징은 사교육의 효과가 대부분 부정적임에 반해 우리나라 사교육의 효과는 매우 높은 것이다. 이는 한국에서 사교육은 성적이 낮은 학생의 성적을 보완하려는 것이 아니라 성적과 관계없이 모든 학생의 성적을 향상하려는 목적으로 이루어진다는 것을 보여준다. 즉 우리나라 학생들은 눈에 매우 긴 학습시간을 들여 매우 높은 수준의 성적을 내고 있다는 점이다. 여기에서 생각해 볼 점은 과연 사교육과 보충수업 등 정규수업외의 수업이 투입시간 대비 효율적인가 하는 질문이다. 보고서에서는 주당 6.2시간은 더 투자하여 26점을 올린 것으로 나타나 투자대비 효율성은 낮은 것으로 보고 있다. 다시 말해 사교육과 보충수업이 모든 학생들이 받아야 할 필수 과정이 됨으로 인해 정규수업의 효율은 떨어지고 투자시간 대비 효율성이 매우 저하된 결과로 해석할 수 있는 것이다.

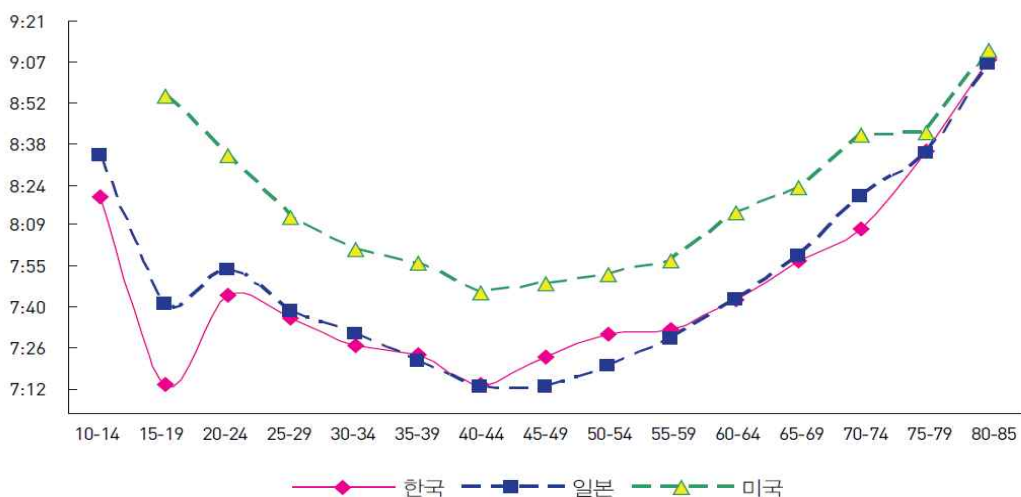
2) 턱없이 부족한 여가시간과 신체활동 시간

같은 연구에서 생활시간조사 자료를 통해 수면시간, 컴퓨터 및 비디오 게임 시간, 운동시간, 독서 시간 등을 살펴본 결과, 한국청소년은 수면시간을 비롯해 운동시간은 비교 대상 국가 중 가장 짧았으며 컴퓨터 및 비디오 게임시간은 가장 긴 것으로 조사되었다.

(1) 수면시간

우리나라 청소년의 수면시간은 7시간 30분으로 미국(8시간 47분), 영국(8시간 36분), 핀란드(8시간 31분), 스웨덴(8시간 26분) 등에 비해 1시간가량 짧은 것으로 나타났다. 연령별 수면시간에서 사회생활이 가장 왕성한 40대 초반에 가장 짧은 다른 국가들과는 달리 우리나라는 15~19세 청소년기에 수면시간이 가장 짧다.(그림 6) 그 결과 주관적 수면 충족율은 25.9%에 불과해 75%의 청소년이 잠자는 시간이 부족하다고 호소하고 있다. 아주대 의대연구팀(2009)은 하루 5시간 자는 사람들의 비만율이 7시간 자는 사람보다 30% 높게 나타났다고 보고하고 있다. 수면은 청소년의 성장, 회복, 정서적 안정에 매우 중요한 기능을 한다. 보통 초등학교 생리적 수면요구량은 6~12세가 10~11시간, 12~18세가 9시간, 성인은 7~8시간 정도다. 이 정도 수면시간을 유지해야 신체 기능이 회복되고, 인지능력이 발달할 수 있다. 지나치게 짧은 수면시간은 청소년의 신체건강뿐만 아니라 정신건강에서 좋지 않은 영향을 미치게 된다.

그림 6 연령별 수면시간 한미일 비교

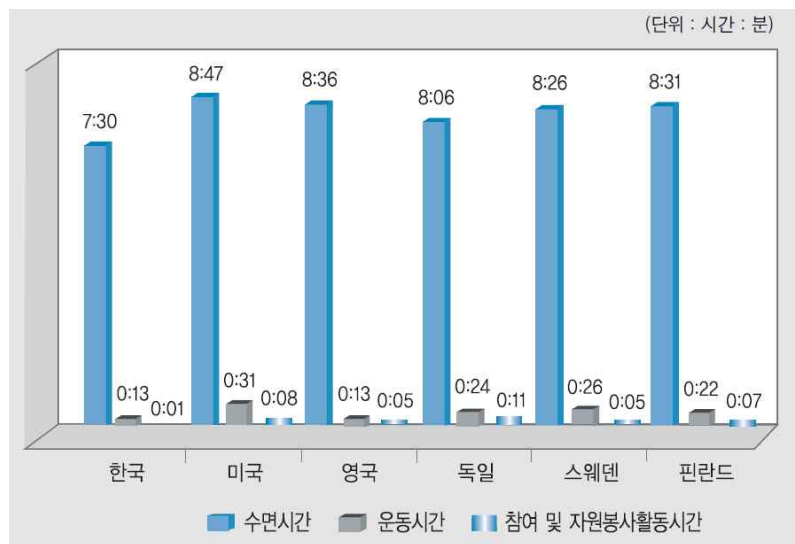


출처 : 한국청소년정책연구원, 청소년 통계 브리프, 2010

(2) 자원봉사 활동

또한 운동과 자원봉사 시간을 비교하면 그 차이가 더욱 극명하게 드러난다. 우리나라 15~24세의 평일기준 하루 평균참여 및 자원봉사활동 시간은 1분으로 나타나 독일(11분), 미국(8분), 핀란드(7분), 영국, 스웨덴(5분) 등에 비해 짧다. 특히 16~24세의 지난 1년간 지역 공동체 활동 참가율은 0.7%에 불과해 미국(21.4%), 캐나다(17.2%), 스위스(6.1%), 노르웨이(5.8%), 이탈리아(4.6%) 등에 비해 낮은 수준을 보여주고 있다.(그림 7)

그림 7 청소년(15~24세) 수면, 운동, 자원봉사 시간 비교



주 : 평일 하루 24시간 기준

자료 : 통계청, 생활시간조사(2004), BLS, ATUS(2004), EUROSTAT, HETUS(2005),

출처 : 김기현 외(2009)

청소년기의 자원봉사활동은 자기존중감을 증대시키고 상호 존중과 이타심, 공동체 의식, 윤리의식, 삶의 다양한 가치 인식 등의 인성이 개발되며 문제해결 능력 및 비판적이고 창의적 사고 능력을 키울 수 있는 가치가 있는 것으로 청소년기의 중요 활동으로 적극 추천되고 있다. 대부분의 OECD국가에서는 청소년 시기의 자원봉사를 의무화하고 있으며 지역사회와 연계하여 다양한 프로그램을 개발하여 학업의 중요한 부분으로 구성하고 있다. 우리나라의 경우에는 내신이나 진학에 도움이 되는 스펙정도로 인식되고 있으며 학생인턴제도 등은 매우 형식적으로 진행되고 있으며 그나마 시간도 절대적으로 부족하다.

(3) 신체활동

무엇보다 심각한 문제는 청소년 시기 운동부족이다. 규칙적인 신체활동이 성인에서 심폐지구력, 유연성, 근력 및 근지구력의 향상, 비만 감소 등의 결과를 가져온다는 것이 여러 연구에서 밝혀졌고 소아 및 청소년을 대상으로도 규칙적인 신체활동과 체력, 심혈관 질환의 위험인자들이 많이 밝혀져 있다. 특히 청소년기의 신체활동은 평생 운동습관을 체질화하고 소아비만을 예방하며 성인시기 만성질환을 예방할 수 있는 가장 효율적 방법으로 권장되고 있다. 하지만 우리나라 청소년의 경우, 15~24세의 평일기준 하루 평균 운동시간은 13분으로 비교대상 국가 중 가장 짧았으며 우리나라 16~24세의 지난 1년간 스포츠단체 활동 참가율은 9.2%에 불과해 스위스(52.9%), 노르웨이(47.2%), 캐나다(39.8%), 미국(31.0%), 이탈리아(22.4%) 등에 비해 낮은 수준을 보여주고 있다.(그림 8)

그림 8 연령집단 별 운동시간 국제 비교

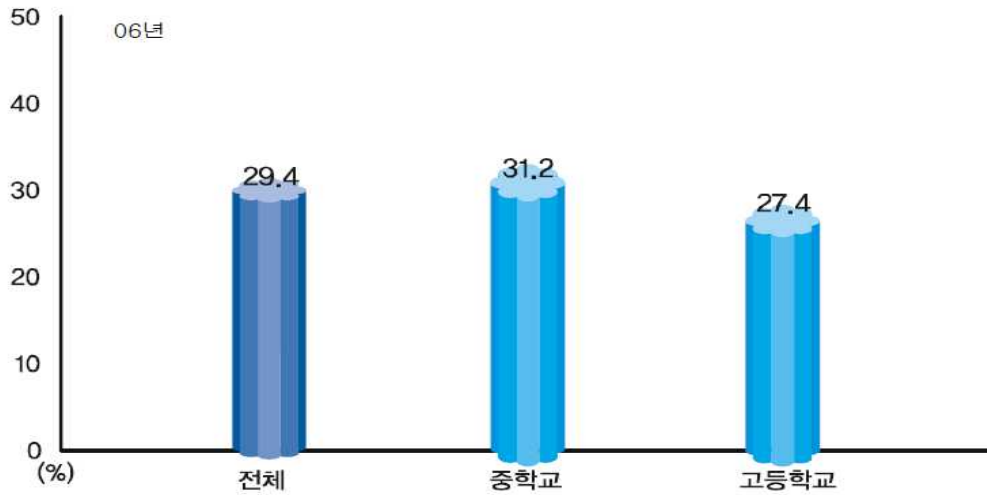
구분	한국	미국	영국	독일	스웨덴	핀란드
15~24세	0:13	0:37	0:13	0:24	0:26	0:22
25~44세	0:17	0:20	0:11	0:19	0:22	0:22
45~64세	0:30	0:16	0:13	0:24	0:24	0:31
65~85세	0:38	0:09	0:13	0:32	0:41	0:40
전체	0:21	0:18	0:12	0:21	0:15	0:27

출처 : 한국청소년정책연구원, 청소년 통계 브리프, 2010

특히 우리나라는 정규수업에서의 체육활동시간이 부족할뿐만 아니라 정규 체육활동 시간마저도 입시과목으로 대체하고 있는 형편이다.(그림9) 1997년 교육부(현 교육과학기술부)가 고시한 제 7차 교육과정의 체육은 초·중학교에서 필수 교과로 이루어진데 반해, 고등학교에서는 필수교과와 선택과목 등으로 복잡하게 얽혀 있다. 최근 교육과학기술부의 실태 조사에 따르면, 2003년부터 학교 현장에 적용되고 있는 고등학교 2, 3학년의 선택중심 교육과정은 단위별 학교의 교사 및 교실 수 확보 등 새로운 교육 환경을 전제하고 있어 실제적인 체육 수업 운영은 어렵다고 지적하고 있다. 더욱이 2010년 3월 1일부터 적용된 '제 7차 개정교육과정'의 자율화 조치로 인해 그동안 필수교과로 실시해 온 초등 3, 4학년과 중학교 1학년의 체육 수업시간이 감소하고 있다. 실제, 대부분의 학교가 체육시간을 입시위주의 과목들로 대체시킴으로써 청소년의 신체활동이 감소하고 있다는 것은 널리 알려진 사실이다.(그림

10)

그림 9 학교체육시간 준수율

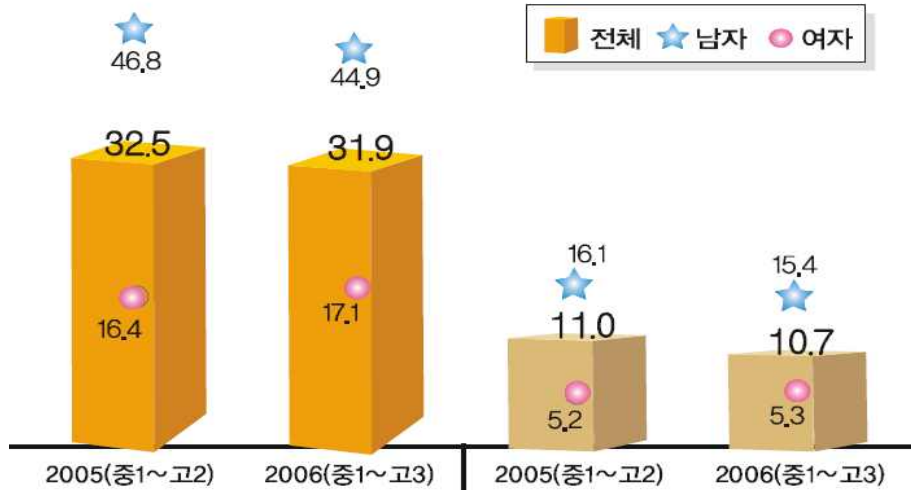


학교 체육시간 준수율 : 시간표상의 체육시간에 운동장이나 체육관에서 실제로 운동을 하지 않는 비율

출처 : 청소년 건강행태 온라인 조사 제 2차(2006)

이러한 체육시간의 절대 부족과 부실한 운영, 다른 학과시간으로 전용, 그리고 전체적인 신체활동 무시의 사회분위기는 매우 저조한 신체활동 실천율로 나타나고 있다. 그림 10을 보면 우리나라 청소년 중 중등도 이상의 신체활동을 하는 비율은 전체의 32%수준에 불과하였고 그 비율은 갈수록 줄어들고 있다. 특히 여학생과 고학년으로 갈수록 그 비율은 증가하고 있어 학업량의 과중에 따라 신체활동의 비율은 상대적으로 줄어들고 있는 것을 알 수 있다.

그림 10 신체활동 실천율



중등도 신체활동 실천율*

격렬한 신체활동 실천율**

** 지난 일주일 동안 격렬한 신체활동(조깅, 축구, 농구, 줄넘기, 태권도, 등산, 빠른 속도로 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 비율

* 지난 일주일 동안 중등도 신체활동(배구, 배드민턴, 탁구, 천천히 수영, 가벼운 물건나르기 등)을 30분 이상 한 날이 5일 이상 한 사람의 비율

출처 : 청소년건강행태 온라인조사('05, '06년)

미국의 경우 아동청소년의 신체활동 기준으로 하루에 1시간 이상씩 신체적인 활동/하루에 한시간 이상은 중강도나 강한 강도의 유산소성 신체 활동/강한 강도의 활동을 최소한 일주일에 3회 이상은 실시/근골격 강화 활동도 일주일에 3일 이상 해야 한다. 등의 구체적인 신체활동 기준을 정하고 있고 아래의 표와 같이 대부분의 나라에서는 청소년에 대한 체력정책을 추진하고 있다.

표 2 미국과 독일의 청소년 체력 정책

미국의 청소년 체력 정책 : President's Challenge	<ul style="list-style-type: none"> ○ 청소년의 건강과 체력관리를 위해 대통령 직속으로 체력·스포츠위원회가 설립되어 활발히 운영되고 있음. ○ 근본적인 목적은 청소년을 포함해 모든 미국인들이 건강과 체력에 대해 보다 많은 관심을 가질 수 있도록 하는 것임. ○ 이런 목적을 달성하기 위해서 정부는 공공기관의 시설과 더불어 사설기관의 참여를 적극적으로 유도하고 있음. ○ 체력인증제에 참여하여 인증을 취득한 청소년에게는 인증서와 견장 등을 제공함으로써 참여를 유도하고 있음.
독일의 체력인증제 : Deutsches Sportabzeichen	<ul style="list-style-type: none"> ○ 독일체력인증위원회가 구성되어 청소년은 물론 전 국민을 대상으로 체력인증제가 활발히 운영되고 있음. ○ 체력인증제는 청소년을 포함해 모든 독일인들이 건강과 체력에 대해 보다 많은 관심을 갖도록 유도하고 많은 사람들이 스포츠클럽 회원이 되어 클럽에서 스포츠활동을 하도록 유도하는데 목적이 있음. ○ 이런 목적을 달성하기 위해 독일체육회를 주축으로 경기단체와 각 지방

	체육회가 혼연일체가 되어 학교, 군대, 그리고 스포츠클럽에서 체력인증제를 실시하고 있음. ○ 체력인증제에 참여하여 인증을 취득할 경우 금장, 은장, 동장 등의 체력인증 증서와 메달을 제공함으로써 참여를 유도하고 있음.
--	--

3) 불행한 한국의 청소년

이러한 생활의 결과는 우리나라 청소년들의 삶의 질을 떨어뜨리고 있다. 앞서 지적한 바 대로 우리나라 청소년들의 우울증, 스트레스 지수는 매우 높고 그 결과로 높은 자살 시도율과 자살 사망률을 나타내고 있다. 극단적인 상황으로 가지 않더라도 삶에 대한 만족도는 국제적으로 가장 낮다.(그림 11) 특히 스트레스를 느끼는 비율이 매우 높아 자발적 스트레스 인지율은 전체 46.5%, 남학생 40.9%, 여학생 52.8%으로 나타났다.

그림 11 2006년 청소년(15~24세) 삶에 대한 만족도



주 : 최저 1점에서 최고 10점 중 만족도 7점 이상으로 응답한 비율

출처 : OECD(2006), Society at a Glance

그 외에서 집단 따돌림, 학교폭력, 청소년 일탈행위 등은 매일 언론에 보도되고 있으며 그 심각성은 갈수록 심각해지는 것으로 보인다. 이러한 상황을 쉽게 이해하지 못하는 사람들도 있다. 지금의 청소년들은 대부분 1-2명의 자식을 가진 부모 밑에서 모든 지원을 투자받고 있는 세대로 불린다. 부모들은 교육비를 위해서는 투잡을 하거나 부모들의 일상 용돈을 극도로 절약하고 있으며 아이들을 잘 키워내기 위해서는 무엇이든 하겠다는 부모도 아주 많다. 그런데도 왜 우리의 아이들은 불행해하며 좋지 않은 행태를 하며 힘들어하는 것일까? 일부 언론에서는 “요즘 애들은 심각한 문제가 있다”는 식의 분위기를 만들어 내고 있다. 또한 일부에서는 지나친 자율

화와 보호가 청소년을 방종하게 만들고 일탈을 허용하게 하는 것이라고 주장하기도 한다.

4. 어떻게 할 것인가?

여기에서 우리는 심각한 질문을 던져야 한다. 우리의 청소년은 과연 건강한가? 충분히 건강하고 행복할 수 있는 여건인데도 만족을 느끼지 못하며 나약해 진 것인가? 아니면 부모들이 아이들의 행복을 중요하지 않게 생각하는 것인가? 보고서에서 살펴본 내용을 보면 우리나라의 청소년들의 삶은 상당히 힘들다. 그 안에서 행복한 삶의 질을 누리고 살기란 쉽지 않아 보인다. 이는 청소년들이 나약하거나 과보호를 받아서 그런 것이 아니라 객관적 기준으로 보아도 쉽지 않은 압박과 학업량을 감당해야 하기 때문이다. 그렇다고 부모들이 자신의 욕심만으로 자녀들의 행복을 무시하고 있다고 하는 것은 문제해결을 위한 것이 아닌 손쉬운 비난에 불과하다.

사회속에서 사는 인간에게 자신의 선택은 순수한 스스로의 선택이 아닌 사회적으로 형성된 가치관과 습관에 의해 내재화된 선택에 불과하다. 사회전체가 학업교육에 올인하고, 청소년기에 일단 공부에 매진하는 것이 필요하다는, 다양한 신체적 사회적 정신적 공부를 통해 평생역량을 갖추는 것은 대학가서나-이젠 대학가서도 일단 스펙먼저 쌓자고 하고 있긴 하지만- 해도 된다는 생각에 사로잡혀 있는 것이다. 또한 이상한 나라의 앨리스에 나오는 붉은 여왕의 나라처럼 모두가 2배로 달리는 사회에서는 2배로 달려야 적어도 평균이라도 할 수 있는 사회이기 때문이다. 우리나라 청소년들이 가장 긴 학습시간과 높은 성적을 갖고 있는 것이 우리 교육의 성과로 보는 한 이래저래 힘들어도 일단 대학부터 가고 보자는 사고가 팽배해 있는 한 우리 아이들의 건강은 계속 약해질 것이다.

이제는 경제적 효율성의 측면에서도 한국식 교육방식의 비효율은 적나라하게 드러나고 있다. 다른 나라보다 2배 공부 많이 해서 5-10%정도의 성적을 올리는 것은, 일부 국가보다는 오히려 성적이 떨어지는 것은 심각한 비효율이다. 게다가 그 성적이 공부시간을 늘려서만이 아닌 몸과 마음의 건강을 위한 다양한 활동기회들을 포기하고 얻어진 것이기 때문에 더더욱 비효율적이다. 문제는 누구도 그 레이스에서 먼저 내려오지 못하고 있다는 점이다. 다들 이런 분위기만 아니라면 애들은 뛰어놀게 하고 다양한 사회경험을 쌓게 하고 싶다고 이야기하고 있고 가족이 전부 외국으

로 나가기도 한다.

문제해결을 위해 교육의 기준을 새롭게 정할 것을 제안한다. 학생들의 건강조례와 같은 건강기준을 정하고 건강에 위험을 미치는 요인들에 대해서는 규제를 하는 것이다. 현대 사회에서는 다양한 영향평가를 하고 있다. 대표적인 것이 환경영향평가이고 요즘에는 규제영향평가, 성별영향평가, 정책영향평가 등 다양한 영역에서 영향평가를 수행하고 있다. 교육에서 건강목표달성이 매우 중요한 정책과제임에도 불구하고 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하고 나쁜 영향을 미치는 정책에 대해서는 시정하고 규제하는 학생건강영향평가는 전무하다. 다음 글에서는 학생건강영향평가의 가능성과 학생건강조례의 필요성에 대해 검토해 보고자 한다.

이 글을 마무리 하는 동안 TV를 통해 통계청 사회조사에서 우리나라 국민중 자살을 생각해 본 사람이 7.7%, 그 중 10대가 10%로 가장 높게 나타났다는 보도를 접

했다. 이제는 정말 무언가를 바꿔야 할 때가 아닐까?

