

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II: 총괄보고서

책임연구원 : 최인재(한국청소년정책연구원·연구위원)

공동연구원 : 모상현(한국청소년정책연구원·부연구위원)

이선영(서울대학교 의료관리학연구소·책임연구원)

연구보조원 : 김혜인(한국청소년정책연구원·위촉연구원)

최근 아동·청소년의 정신건강 관련 각종 조사 결과를 보면, 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 수준은 전반적으로 낮은 수준에 머물고 있으며, 그 문제점은 더욱더 심화되는 경향을 보이고 있습니다. 이와 같은 상황에서 아동·청소년기의 정신건강문제에 대해 사전에 예방하거나 조기에 적절하게 개입하지 않으면 가정, 지역사회 및 국가보건체계에서 막대한 비용의 손실뿐만 아니라, 심각한 사회적인 문제까지도 초래 할 수 있습니다. 무엇보다 자라나는 세대의 미래적 가치를 고려해 볼 때 아동·청소년의 정신을 건강하게 유지하고 또한 증진할 수 있도록 정부의 적극적인 투자와 노력이 필요할 때입니다.

이에 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 전반에 대한 실태를 파악하고, 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 현황 및 서비스 전달체계의 개선방안과 지역별 지원모형을 개발함으로써 정책의 효율성과 효과성을 제고하고자 하였습니다. 이 연구는 한국보건사회연구원 및 한국청소년상담복지개발원과 협동연구로 진행한 연구로 먼저 한국보건사회연구원에서는 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구를 수행하였고, 한국청소년상담복지개발원에서는 아동·청소년정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형을 개발하였습니다.

현재 입시위주의 교육정책으로 인한 경쟁의 가열, 가족의 구조적 변화에 따른 가족 기능의 축소 그리고 아동·청소년을 둘러싼 대내외적 환경의 부정적 영향으로 인해 많은 아동·청소년들의 정신건강문제가 점점 취약해지고 있는 실정입니다. 이러한 상황에서 이들의 정신건강 증진을 위한 보다 실질적인 도움을 제공할 수 있도록 정신건강문제에 대한 관심과 함께 예방적 차원에서 효율적인 서비스전달체계의 구축과 이를 뒷받침 해줄 수 있는 구체적 정책 수립과 실천이 요청됩니다. 이에 본 연구가 미력하나마 우리 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위한 작은 초석이 될 수 있기를 기대합니다.

2012년 12월 한국청소년정책연구원 원장

이 재 연

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서

“아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II”

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
12-21-01	아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 II : 총괄보고서	한국청소년정책연구원
12-21-02	아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 II : 조사결과 자료집	한국청소년정책연구원
12-21-03	아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 II : 아동 · 청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구	한국보건사회연구원
12-21-04	아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 II : 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구	한국청소년상담복지개발원

2. 참여연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국청소년정책연구원	최인재 연구위원 (총괄책임자)	모상현(한국청소년정책연구원 부연구위원) 이선영(서울대학교 의료관리학연구소 책임연구원)
협력연구기관	한국보건사회연구원	최은진 연구위원	김미숙(한국보건사회연구원 연구위원) 이명수(서울시정신보건센터 센터장) 윤명주(서울시소아청소년정신보건센터) 정지원(한국보건사회연구원 연구원)
	한국청소년상담복지개발원	이창호 박사	최보영(한국청소년상담복지개발원) 유춘자(한국청소년상담복지개발원)

국 문 초 록

이 연구는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하고 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인프라 현황과 서비스 전달체계를 분석함으로써 나타나는 문제점들을 검토하고 필요한 개선방안을 마련하는데 있다. 또한 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 지역단위별 지원모형을 개발하여 제안함으로써 정책의 효과성과 효율성을 제고하는데 연구의 목적이 있다.

연구방법은 문헌연구, 전문가 자문회의, 전국단위 대규모 조사 및 협동연구 등으로 연구를 수행하였으며, 기타 연구 추진방법으로는 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 전문가 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였고, 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 통해 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였다.

연구내용은 크게 세 영역으로 구분하여 수행하였다. 첫째 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위해 2년차 조사를 실시하였다. 이를 통해 우리 아동·청소년의 정신건강 상 나타나는 주요 문제점과 변화의 정도를 파악할 수 있는 객관적 자료를 확보하였다. 둘째 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인프라 현황과 서비스전달체계를 분석하였고 개선과제 및 정책적 대안을 마련하였다. 마지막으로 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지역단위별 우수운영사례를 분석하여 제시하였으며, 지역단위별 지원모형을 개발하였다. 이상의 연구진행을 위해 선진 외국의 사례를 고찰하는 한편 FGI와 현장전문가의 의견을 반영한 전문가의견조사를 실시하였다.

이상 제시한 연구내용들을 중심으로 본 연구를 수행하였으며, 이를 근거로 향후 필요한 서비스전달체계의 개선방안과 지역단위별 지원모형을 제시하였고, 향후 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 주요 정책방안을 제안하였다.

주요어: 아동·청소년 정신건강 실태, 정신건강 증진 정책, 정신건강 인프라 및 전달체계, 지역단위별 정신건강 지원모형

연구 요약

1. 연구목적

- 과학기술의 발달과 지속적인 주거 및 여가 환경의 개선은 삶의 만족도를 높였고, 각종 질환을 감소시키는데 일조하였으나, 청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경은 오늘을 살아가고 있는 청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있음.
- 이에 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하고 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인프라 현황과 서비스 전달체계를 분석함으로써 나타나는 문제점들을 검토하고 필요한 개선방안을 마련하는데 있음. 또한 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 지역단위별 지원모형을 개발하여 제안함으로써 정책의 효과성과 효율성을 제고하는데 연구의 목적이 있음.

2. 연구방법

- **문헌연구:** 아동·청소년 정신건강의 개념 및 아동·청소년 정신건강 증진 사업의 필요성 및 목표, 그리고 아동·청소년 정신건강 증진 사업의 전개 과정 등에 대해 관련 문헌을 분석하여 제시하였음. 아울러 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황에 대해서도 분석하였음.
- **전문가 자문회의:** 전문가 자문회의를 통해 연구의 방향성을 설정하였으며, 아동·청소년 정신건강 관련 인프라 및 전달체계의 문제점과 개선방안을 마련하였고, 지역단위별 정신건강 지원모형 개발을 위한 의견을 수렴하였음.
- **양적연구:** 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위하여 전국단위 대규모 조사를 통해 자료를 생성하였음. 모집단은 전국 16개 시·도의 초등학생(초4~6학년), 중학생(1~3학년) 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 고등학생(1~3학년)이며 최종 분석 대상자는 8,745명이었음.

- **협동연구 추진:** 이 연구는 관련 전문기관들과 함께 협동연구과제로, 두 곳의 협동연구기관과 함께 연구를 추진하였음. 협동연구기관 1에서는 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 파악 및 분석과 서비스전달체계 상의 개선방안을 FGI 및 전문가 대상 의견조사를 통해 마련하였음. 협동연구기관 2에서는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역단위별 지원모형을 지역별 우수한 영사례 분석과 전문가 의견조사 등을 통해 개발하여 제안하였음.
- **기타 연구추진방법:** 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였으며, 또한 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 통해 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였음.

3. 주요결과

1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 조사 부문

- 아동·청소년 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국 16개 시·도의 초등학교, 중학교 및 고등학교에 재학 중인 남, 여 청소년 8,745명을 대상으로 설문조사를 실시하였음. 조사영역은 개인영역, 가족영역, 학교영역 및 지역사회 영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하여 각 영역별로 세부영역과 세부영역별 문항을 구성하였음.
- 주요 요인에 대한 조사결과 우울과 불안, 자살 생각이나 시도, 스트레스 등 부적응적 심리요인에서는 여학생이 남학생보다 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등 개인 내(內) 적응적 심리요인에서는 남학생이 여학생보다 더 높은 평균점수를 나타냈음. 게임중독, 비행 등의 경우는 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고, 대체로 연령이 증가할수록 각 세부요인에서 부정적인 결과를 나타냈음. 2011년과의 비교결과를 보면, 소폭이지만 우울, 불안, 게임중독, 스트레스 등 개인 내 부적응적 심리요인의 평균점수는 낮아졌고, 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 가족관계의 질, 지역사회 지원 및 상호작용, 학교생활 등 전반적으로 적응적 심리요인의 평균점수는 높아진 것으로 나타났음.
- 반면, 개인 내 적응적 심리에 중요한 역할을 하는 부모 지원의 경우 앞선 결과와 달리 2011년도 보다 낮아진 것으로 나타났음.

2) 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구 부문

- 현행 아동·청소년 정신건강 인프라현황 및 서비스 전달체계에 대해 현황, 목표, 법적 근거, 조직, 사업내용 등을 중심으로 살펴보았고, 아동·청소년 정신건강 인프라 및 서비스 전달체계의 이용현황과 문제점을 분석하였음. 또한 미국, 호주 및 영국의 아동·청소년 정신건강 지원 인프라 현황 및 서비스 전달체계를 분석하였고 시사점을 도출하였음.
- FGI를 통하여 아동·청소년 정신건강 증진의 수요를 분석하였고 정책적 개선방안을 제안하였음. 또한 건강향상, 건강위험요인감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 핵심 사안을 도출하였음.
- 한편, 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들을 대상으로 한 델파이조사를 통해 의견을 수렴함으로써 중앙정부 및 지방자치단체에서 학교 및 지역사회를 연계하는 다양한 경로와 정책방안을 마련하였음.
- 아울러 이상의 연구내용에 대한 결과를 근거로 학교 차원, 교육청 및 지방자치단체 차원 그리고 중앙정부 차원에서의 정책 개선 방안들에 대해 제안하였음.

3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구 부문

- 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수운영사례에 대해 지역규모별(대도시 지역, 중소도시 및 읍면지역)로 정신보건센터, Wee 센터, CYS-Net을 대상으로 한 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 우수운영사례를 취합하였고, 각 사례의 사례관리 내용과 지역자원 연계 내용 및 활용 결과(성과 및 결과)를 소개하였음.
- 국외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례, 예컨대 약물남용으로부터 회복을 지원하기 위해 구성된 미국의 약물남용 및 정신건강 서비스국(SAMHSA)의 회복지향 돌봄체계 지침(ROSC)과 통합적 지역사회 정신건강 서비스(CMHI)를 소개하였고, 본 연구의 연계모형에 필요한 요소들을 위한 시사점을 도출하였음.
- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 FGI를 실시하여, 아동·청소년 정신건강과 관련된 부처별 문제점 및 기관별 문제점 등에 대해 분석하였음.

- 마지막으로 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원 모형을 개발하였음. 예컨대 상담 및 정서적 지원을 위한 1차 안전망과 여러 지역기관을 연계하여 정신건강 증진을 위해 지원할 수 있는 2차 안전망, 3차 안전망으로 구성되어 있는 Wee 프로젝트, CYS-Net 모형과 운영방안을 제시하였음
- Wee 프로젝트와 CYS-Net과의 연계모형을 토대로, 학교폭력 사건에 대한 개입을 위한 모형을 소개하고, 청소년보호시설, 민간자원 및 전문기관과의 네트워크 구축과정을 제시하였음.

4. 정책제언

○ 중앙정부 단위 거버넌스 협력 체계 구축: 가칭) 국가아동·청소년정신건강위원회 설치

아동·청소년 정신건강 서비스에 대한 기존의 부처 중심에서 대상자 중심의 부처 간 협력이 이루어져야 하며, 이를 통해 지역 내에 헤드쿼터(headquarter) 역할을 담당할 기관이 지정되어 사업 체계를 갖추어야 할 것임. 나아가 아동·청소년의 건강한 성장을 위한 적절한 서비스제공과 지속적인 사례관리를 위해 관련 기관의 운영에 대한 정부차원의 보다 실질적이고 적극적인 지원이 마련되어야 할 것임.

이를 위해 국무총리 산하 ‘청소년정책조정회의’와 같은 ‘국가단위 아동·청소년정신건강위원회’가 설치되고, 어느 한 부서에서 주도함으로 인해 발생할 수 있는 부작용을 최소화하기 위한 기반 조성이 매우 중요함. 즉 국무총리 혹은 대통령 산하에 위원회가 설치되어 다부처의 협력을 이끌어 낼 수 있어야 할 것임.

○ 정부조직과 지역사회의 협력 도모

지역사회 내 다양한 시설 간의 연계가 필요함에도 불구하고 이를 연결해줄 수 있는 헤드쿼터(headquarter) 역할을 하는 조직이 부재한 것이 현재 정책 추진의 효율성을 저해하는 문제임. 따라서 이러한 아동·청소년 정신건강 서비스를 책임지고 추진해나갈 수 있는 주체가 필요하며 이를 위한 기관간의 협력이 절실히 필요함. 또한 지역사회의 규모에 따른 지원모형이 개발되어 적용, 평가를 통해 효율적인 모델로 정착될 수 있게 시행되어야 함.

○ 숙련되고 교육받은 전문가 확보 및 활용

학교 교사, 아동·청소년의 부모(혹은 보호자), 시설의 보육교사(지역아동센터의 돌봄 교사) 등을 대상으로 한 홍보 및 교육이 필요하며, Wee 센터, 청소년상담복지센터의 전문가 등을 대상으로 한 체계적인 교육과 훈련이 보장되어야 함. 또한 서비스 대상, 콘텐츠 및 목표설정의 구체화, 그리고 공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정 등을 통해 서비스의 질 향상을 도모해야 함. 더불어 모든 지역을 커버하기 위한 인프라 자체가 확보되는 것이 우선되어야 함

○ 근거중심 아동·청소년정신건강 증진 프로그램 개발 및 보급

현재 교육과학기술부 중심으로 진행되고 있는 학교정신건강관리제도에서 단순히 선별검사를 하는 것만으로는 그 효과를 거두기 어려우며, 학교 내 예방프로그램이 병행되어야 함. 미국의 Teen Screen Program에서도 단순한 선별검사만으로는 원래의 목적을 달성하기 어렵다는 것을 알고 있어 검사로 그치지 않고 다양한 예방교육과 정신건강 프로그램을 병행하고 있음.

역학조사 및 현황조사 결과 생산을 통한 data를 확보하는 것 역시 프로그램 개발 및 보급에 기초를 제공함. [조사결과 자료집]을 통해 2차 년도에 걸친 우리나라 아동·청소년의 전반적인 정신건강 상태 변화의 결과를 바탕으로 현재 어떠한 정신건강 증진 프로그램이 필요한지, 또한 어떠한 우선순위로 대안을 마련할 것인지에 대한 근거가 마련될 수 있음. 따라서 아동·청소년들을 대상으로 한 국가 단위 차원에서의 정신질환 역학조사를 지속적으로 수행할 필요가 있음.

○ 정신건강교육 실시를 통한 아동·청소년 정신건강역량 강화

정신건강교육이 교과과정에 포함될 경우 정신건강 증진과 정신질환에 대한 올바른 이해를 높이는 데 가장 효율적인 수단이 될 것이며, 궁극적으로 정신건강문제의 조기발견, 치료 및 재활에 기여하여 사회적 비용을 절감하는 효과가 예상됨. 이 프로그램에는 학생 스스로 정신건강문제를 조기에 인식할 수 있는 방법을 설명하고, 어느 선까지 스스로 조절해야하며, 어느 선부터는 전문치료기관을 이용해야 할지 판단할 수 있는 기준을 제시해야 함.

○ 정신건강 홍보와 교육을 통한 지역사회 역량 강화

서비스가 필요하면서도 서비스 정보 이용이나 접근이 취약한 대상을 위한 맞춤형 홍보방안이 마련되어야 함. 이를 통해 지역사회 전체가 아동·청소년 정신건강 증진을 도모할 수 있는 지역사회로 역량을 강화시킬 수 있음. 특히 학교 가정통신문의 활용, 학부모간담회, 부모교육 등을 통해서 아동·청소년 정신건강에 대한 홍보를 강화해야 함. 더불어 관련 기관(정신보건센터, Wee 센터, 청소년상담복지센터 등)에서는 아동·청소년 정신건강에 대한 전화안내, 민간기관 홍보, 방송홍보, 개별방문 홍보 등의 방법을 총동원하여 인식의 변화를 도모시키도록 노력해야 함.

○ 교육현장 중심의 Wee 프로젝트와 지역사회에 기반의 CYS-Net간의 상호공조 강화

정신건강상 위기 수준에 따른 효율적 개입을 위하여 교육현장을 중심으로 하는 안전망으로서의 Wee 프로젝트와 지역사회에 기반을 둔 청소년 통합지원체계로서의 CYS-Net이 상호공조하여 대응해야 할 필요가 있음. 즉 현재 두 가지 사업의 운영방식이나 역할에 있어서 차별성 확보를 기반으로 한 연계의 필요성이 대두됨. 예컨대 Wee 프로젝트의 경우에 심리평가 실시 및 청소년들이 학교 내에서 호소하는 문제를 중심으로 예방을 위한 상담(대인관계, 학업, 진로, 인터넷 중독 등)과 특별교육 프로그램 참가(정신건강, 특별교육 등), 학교폭력을 비롯한 학교 위기 조정, 외부기관 의뢰(대외 연계 업무) 등의 기능을 중심으로 그 역할을 규정하고, CYS-Net의 경우에는 Wee 프로젝트에서 제공될 수 없는 지원방안으로서 상담 및 정서적 지원, 사회적 보호, 학업중단 청소년을 위한 교육 및 학업지원, 진로 및 취업지원, 의료 및 건강지원, 여가 및 문화 활동 지원, 기초생활 및 경제적 지원 등의 통합적 서비스 제공 기능 등을 중심으로 그 역할을 규정하는 것이 바람직할 것임.

목 차

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	3
2. 연구내용	5
1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ 연구내용 및 결과(2011년도) ...	5
2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ 연구내용(2012년도)	11
3) 연도별 추진계획	15
3. 연구방법	16
1) 문헌연구	16
2) 전문가 자문 및 의견조사	16
3) 양적 연구	16
4) 국외출장	17
5) 협동연구 추진	17
6) 기타 연구추진방법	17
II. 이론적 배경	19
1. 아동·청소년 정신건강 증진사업의 필요성 및 목표	21
1) 정신건강의 개념	21
2) 아동·청소년시기와 정신건강의 관계	24
3) 아동·청소년 정신건강 사업의 필요성 및 중요성	26
4) 아동·청소년 정신건강 증진사업의 목표	27
2. 정신건강 증진사업의 현황	29
1) 우리나라 아동·청소년 정신건강 증진사업의 현황	29
2) 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책의 한계	35
3) 외국의 아동·청소년 정신건강 증진정책 현황	37
3. 아동·청소년 정신건강 증진사업의 연도별 전개과정	40

Ⅲ. 아동·청소년 정신건강 실태조사	45
1. 모집단 분석	47
2. 표본 설계	48
1) 표본크기 및 층화	48
2) 표본 배분	49
3) 표본 추출	50
3. 실사 설계	50
1) 리스트 정제 및 사전 접촉	50
2) 학교 방문 조사원 모집 및 교육	50
3) 실사 진행	51
4) 조사표 검증 및 자료 처리	51
4. 조사 표본 수 및 응답자 특성	52
5. 조사내용	54
6. 주요 조사 결과	55
1) 개인영역	55
2) 가족영역	86
3) 지역사회 영역	94
4) 학교영역	99
Ⅳ. 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계	107
1. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리	109
2. 아동·청소년 정신건강문제의 평가	111
3. 국내 법·제도 현황	113
4. 고위험 청소년의 관리 현황	115

5. 서비스 공급 및 관리체계에 대한 분석	117
1) 공급체계의 현황	117
2) 서비스 질 분석	117
3) 최근의 위험요인	117
6. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계	119
1) 정신보건센터	119
2) Wee 사업	127
3) 드림스타트	131
4) 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net)	137
5) 지역아동센터	143
6) 청소년방과후아카데미	148
7) 사회복지관	151
8) 아동자립지원사업	154
9) 보호관찰소	161
7. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계	165
1) 미국	165
2) 호주	167
3) 영국	169
4) 소결	171
 V. 아동·청소년 정신건강 증진 우수사례 및 지원모형	173
1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례	175
1) 대도시 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례	175
2) 중소도시 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례	183
3) 읍면 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례	190

2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례	202
1) 약물남용 및 정신건강 서비스국(SAMHSA)	202
2) 회복지향 돌봄체계 지침(ROSC)	206
3) 통합적 지역사회 정신건강 서비스(CMHI)	208
3. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원 모형	214
1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 CYS-Net 지원 모형	214
2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 Wee 프로젝트 지원 모형	217
3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 효율적 연계방안: CYS-Net 운영(안) 모형을 중심으로	218
4) 연계모형(안): 학교폭력대응을 중심으로	221
 VI. 결론 및 정책제언	 225
1. 결론	227
1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사 연구	227
2) 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구 ..	229
3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구	230
2. 정책제언	231
1) 중앙정부 단위 거버넌스 협력체계 구축: 국가 아동·청소년정신건강위원회 설치 ..	231
2) 정부조직과 지역사회의 협력 도모	232
3) 숙련되고 교육받은 전문가 확보 및 활용	233
4) 근거중심 아동·청소년 정신건강 증진 프로그램 개발 및 보급	234
5) 정신건강교육 실시를 통한 아동·청소년 정신건강 역량 강화	235
6) 정신건강 홍보와 교육을 통한 지역사회 역량 강화	236
7) 교육현장 중심의 Wee 프로젝트와 지역사회 기반의 CYS-Net간의 상호공조 강화 ·	237

참 고 문 헌	239
---------------	-----

부 록	247
-----------	-----

표 목 차

〈표 I-1〉 전문가 자문 및 의견조사	16
〈표 II-1〉 학생정신건강관리의 법적 근거	30
〈표 III-1〉 지역×학교급×학년별 학생수	47
〈표 III-2〉 학교급×학년별 모집단크기, 목표 표본크기	48
〈표 III-3〉 단순비례배분에 의한 표본크기 할당	49
〈표 III-4〉 조사 완료 학교 수	52
〈표 III-5〉 조사 표본 수	53
〈표 III-6〉 응답자 특성	53
〈표 III-7〉 조사영역 및 조사내용	54
〈표 III-8〉 2011~2012년도 우울의 요인별 및 항목별 평균 비교	55
〈표 III-9〉 응답자의 특성에 따른 우울의 요인별 차이 분석	56
〈표 III-10〉 2011~2012년도 불안의 요인별 및 항목별 평균 비교	57
〈표 III-11〉 응답자의 특성에 따른 불안의 요인별 차이 분석	58
〈표 III-12〉 2011~2012년도 게임 중독의 요인별 및 항목별 평균 비교	59
〈표 III-13〉 응답자의 특성에 따른 게임 중독의 요인별 차이 분석	60
〈표 III-14〉 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율	61
〈표 III-15〉 최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 경험	62
〈표 III-16〉 최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유	63
〈표 III-17〉 자살 생각 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험	64
〈표 III-18〉 전체 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험	65
〈표 III-19〉 2011~2012년도 스트레스의 항목별 평균 비교	66
〈표 III-20〉 응답자의 특성에 따른 스트레스의 항목별 차이 분석	67
〈표 III-21〉 현재 느끼는 스트레스 정도 - 외모	69
〈표 III-22〉 현재 느끼는 스트레스 정도 - 진로문제	70
〈표 III-23〉 현재 느끼는 스트레스 정도 - 학업문제	71

〈표 III-24〉 2011~2012년도 비행의 항목별 평균 비교	72
〈표 III-25〉 응답자의 특성에 따른 비행의 항목별 차이 분석	73
〈표 III-26〉 담배를 피운 적이 있다	75
〈표 III-27〉 술을 마신 적이 있다	76
〈표 III-28〉 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다	77
〈표 III-29〉 2011~2012년도 생활만족도의 항목별 평균 비교	78
〈표 III-30〉 응답자 특성에 따른 생활만족도의 항목별 차이 분석	79
〈표 III-31〉 부모와의 관계에 대한 만족도	81
〈표 III-32〉 친구와의 관계에 대한 만족도	82
〈표 III-33〉 건강에 대한 만족도	83
〈표 III-34〉 2011~2012년도 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균 비교	84
〈표 III-35〉 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석	85
〈표 III-36〉 2011~2012년도 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균 비교	86
〈표 III-37〉 부모의 지원의 요인별 차이 분석	87
〈표 III-38〉 2011~2012년도 가족관계 질의 항목별 평균 비교	88
〈표 III-39〉 가족관계 질의 항목별 차이 분석	89
〈표 III-40〉 우리 가족은 서로 아껴준다	91
〈표 III-41〉 우리 가족은 서로 친하다	92
〈표 III-42〉 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다	93
〈표 III-43〉 2011~2012년도 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균 비교	94
〈표 III-44〉 지역사회 영역의 요인별 차이 분석	95
〈표 III-45〉 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	96
〈표 III-46〉 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다	97
〈표 III-47〉 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다	98

〈표 Ⅲ-48〉 2011~2012년도 학교영역의 요인별 및 항목별 평균 비교	99
〈표 Ⅲ-49〉 학교영역의 요인별 차이 분석	100
〈표 Ⅲ-50〉 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다	101
〈표 Ⅲ-51〉 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	102
〈표 Ⅲ-52〉 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	103
〈표 Ⅲ-53〉 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	104
〈표 Ⅲ-54〉 나는 지각이나 결석을 하지 않는다	105
〈표 Ⅳ-1〉 아동·청소년 정신건강관련법의 현황	114
〈표 Ⅳ-2〉 아동 정신건강 서비스의 매트릭스분석	118
〈표 Ⅳ-3〉 전국 정신보건센터 단위 사업별 예산, 사업, 인력 비중	120
〈표 Ⅳ-4〉 서비스 필요인구 대비 서울시 아동·청소년정신보건서비스 커버리지 현황	124
〈표 Ⅳ-5〉 고위험 아동·청소년 대상 정신보건서비스 제공 및 연계 현황	126
〈표 Ⅳ-6〉 Wee 사업의 단계별 내용	129
〈표 Ⅳ-7〉 드림스타트 추진경과	131
〈표 Ⅳ-8〉 드림스타트 추진체계	133
〈표 Ⅳ-9〉 드림스타트센터 주요 인력구성 및 업무	134
〈표 Ⅳ-10〉 시·도 청소년상담복지센터 주요 인력구성 및 업무	140
〈표 Ⅳ-11〉 시·군·구 청소년상담복지센터 인력구성 및 업무	141
〈표 Ⅳ-12〉 지역아동센터 지원 현황	144
〈표 Ⅳ-13〉 학년별 이용아동 현황	144
〈표 Ⅳ-14〉 지역아동센터 추진주체	145
〈표 Ⅳ-15〉 지역아동센터의 인력	146
〈표 Ⅳ-16〉 청소년방과후아카데미 운영프로그램	150
〈표 Ⅳ-17〉 사회복지관 주요 사업	153
〈표 Ⅳ-18〉 아동자립관련 추진주체	156

〈표 IV-19〉 아동자립지원시설 프로그램 운영인력 구성	157
〈표 IV-20〉 아동복지시설 자립지원 전담요원 배치현황	158
〈표 IV-21〉 자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!) 모델	159
〈표 IV-22〉 보호관찰 분야 주요 개념	164
〈표 IV-23〉 아동·청소년의 시기별 정신건강지원 인프라의 세팅과 인력	167
〈표 V-1〉 회복지향적 활동의 예시	207

그림 목 차

【그림 I -1】 아동·청소년 정신건강 실태조사 진행과정	11
【그림 I -2】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요 ...	13
【그림 I -3】 연도별 연구 추진 계획	15
【그림 II -1】 청소년 문제행동 및 정신장애의 관계	24
【그림 II -2】 아동·청소년 정신보건사업 추진 체계도	32
【그림 II -3】 조기발견 체계도	32
【그림 II -4】 인터넷 게임 중독 대응추진 체계도	34
【그림 III -1】 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율	61
【그림 III -2】 최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 경험	62
【그림 III -3】 최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유	63
【그림 III -4】 자살 생각 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험	64
【그림 III -5】 전체 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험	65
【그림 III -6】 2011~2012년도 스트레스의 항목별 평균	66
【그림 III -7】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 외모	69
【그림 III -8】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 진로문제	70
【그림 III -9】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 학업문제	71
【그림 III -10】 2011~2012년도 비행의 항목별 평균	72
【그림 III -11】 담배를 피운 적이 있다	75
【그림 III -12】 술을 마신 적이 있다	76
【그림 III -13】 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다	77
【그림 III -14】 2011~2012년도 생활만족도의 항목별 평균	78
【그림 III -15】 부모와의 관계에 대한 만족도	81
【그림 III -16】 친구와의 관계에 대한 만족도	82
【그림 III -17】 건강에 대한 만족도	83

【그림 Ⅲ-18】 2011~2012년도 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 평균	84
【그림 Ⅲ-19】 2011~2012년도 부모의 지원의 요인별 평균	86
【그림 Ⅲ-20】 2011~2012년도 가족관계 질의 항목별 평균	88
【그림 Ⅲ-21】 우리 가족은 서로 아껴준다	91
【그림 Ⅲ-22】 우리 가족은 서로 친하다	92
【그림 Ⅲ-23】 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다	93
【그림 Ⅲ-24】 2011~2012년도 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균	94
【그림 Ⅲ-25】 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	96
【그림 Ⅲ-26】 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다	97
【그림 Ⅲ-27】 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다	98
【그림 Ⅲ-28】 2011~2012년도 학교영역의 요인별 평균	99
【그림 Ⅲ-29】 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다	101
【그림 Ⅲ-30】 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	102
【그림 Ⅲ-31】 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	103
【그림 Ⅲ-32】 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	104
【그림 Ⅲ-33】 나는 지각이나 결석을 하지 않는다	105
【그림 Ⅳ-1】 청소년건강행태온라인조사의 고위험, 잠재적 위험 인터넷 사용자율 추이	115
【그림 Ⅳ-2】 근무자의 평균 연령, 센터 경력, 사업 담당 경력	122
【그림 Ⅳ-3】 정신건강 증진사업의 개념도	123
【그림 Ⅳ-4】 대상자의 조기발견 장소	125
【그림 Ⅳ-5】 고위험 아동·청소년의 유입 경로	125
【그림 Ⅳ-6】 증진 서비스 제공 구조	126
【그림 Ⅳ-7】 Wee 사업의 체계와 지역사회관련기관의 관계도	130
【그림 Ⅳ-8】 드림스타트의 목표	132
【그림 Ⅳ-9】 드림스타트 사업운영체계	133

【그림 IV-10】 드림스타트 사례관리 절차 및 지역자원 연계도	136
【그림 IV-11】 위기도별 사례관리 과정	136
【그림 IV-12】 CYS-Net 체계도	139
【그림 IV-13】 시·도 청소년상담복지센터 조직도(예시)	139
【그림 IV-14】 시·군·구 청소년상담복지센터 조직도(예시)	141
【그림 IV-15】 지역사회청소년통합지원체계 운영협의회 및 실행위원회 체계도	142
【그림 IV-16】 CYS-Net 상담지원체계도	142
【그림 IV-17】 청소년방과후아카데미 운영체계도	149
【그림 IV-18】 사회복지관 서비스 전달체계도	152
【그림 IV-19】 아동자립지원센터 운영체계	155
【그림 IV-20】 자립지원 서비스 흐름도	160
【그림 IV-21】 보호관찰실시 절차도	163
【그림 V-1】 회복지향체계의 주요소의 개념	205
【그림 V-2】 회복 생태계 모형	205
【그림 V-3】 ROSC 구성체계	208
【그림 V-4】 광역시 및 대도시 지역을 위한 CYS-Net 모형	214
【그림 V-5】 중소도시 지역을 위한 CYS-Net 모형	215
【그림 V-6】 읍면지역을 위한 CYS-Net 모형	216
【그림 V-7】 위기청소년을 위한 중앙 및 지역에서의 협의체 운영(안)	219
【그림 V-8】 청소년정책 조정 협의회(가칭)	220
【그림 V-9】 지방청소년대책협의회(가칭)	220
【그림 V-10】 학교폭력 발생 시 Wee 프로젝트와 CYS-Net과의 연계모형	222
【그림 V-11】 청소년보호시설과의 네트워크 구축과정	223
【그림 V-12】 민간 자원 및 전문기관과 네트워크 구축과정	224

제 I 장



서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구내용
3. 연구방법

제 I 장
서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

과학기술의 발달과 지속적인 주변 환경의 개선은 삶의 만족도를 높였고, 각종 질환을 감소시키는데 일조 하였다. 그러나 청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경은 오늘을 살아가고 있는 청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있다.

현재 우리나라 아동·청소년들의 정신건강은 매우 우려할 만한 수준이다. 2005년 서울시 소아청소년 정신보건센터에서 서울시내 19개 초·중·고교 학생들과 부모 2,672명을 대상으로 조사를 실시한 결과를 보면, 행동장애(주의력결핍 과잉행동장애, 적대적 반항장애, 품행장애) 학생이 조사대상 중 25.71%를 차지하였고, 불안장애(특정공포증, 사회공포증, 분리불안장애, 강박증 등)가 23.02%, 기분장애(조증/경조증, 주요우울장애, 기분부전장애)는 조사대상자 중 1.95%가 경험하고 있는 것으로 나타났다(조수철 등, 2006). 또한 2009년도에 서울시 소아청소년정신보건센터와 학교보건진흥원이 서울시내 39개교 중고교생 13,091명을 대상으로 '우울증학생선별조사'를 실시하였는데, 조사학생 중 2,180명(16.7%)이 1차 선별검사에서 초기 우울 증세를 나타냈고, 병원 치료를 권고 받은 청소년도 456명(3.5%)에 달하는 것으로 나타났다(세계일보 2009년 11월 1일자).

청소년건강행태온라인조사(보건복지부, 2010) 결과에서도 우리나라 청소년(13~18세)의 스트레스 인지율이 전체 응답자 중 43.2%(남학생 37.3%, 여학생 50.0%)로 나타났다. 이는 우리나라 성인(만 19세 이상)들의 스트레스 인지율인 28.9%에 비해 매우 높은 수준이다. 한편 청소년들의 우울감 경험률은 응답자 중 37.5%(남학생 32.1%, 여학생 43.5%)로 나타나 청소년들의 우울감 경험률이 매우 심각한 수준임을 알 수 있다. 이와 같은 결과는 '우울증' 진료인원 현황에 대한 건강보험 심사평가원의 자료에서도 잘 나타나 있다. 건강보험심사평가원(2010)에서는 2005년부터 2009년까지 10~19세 청소년들의 우울증에 대한 심사결정 자료를 분석한바 있는데, 이 자료에 따르면 2005년도에는

1) 이 장은 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음. 연구의 필요성 및 목적은 2011년 보고서 내용을 일부 인용하였음.

우울증 진료인원이 19,518명이었으나, 2009년도에는 26,201명으로 20~60대의 연평균 우울증 진료인원 증가율(5% 미만)을 훨씬 웃도는 8.2%를 보였다고 보고하였다. 청소년기 우울증은 성인에 비해 감정의 기복이 크고, 충동적인 행동으로 이어지기 쉽기 때문에 특히 청소년 자살과의 관련성이 높다고 많은 연구에서 지속적으로 보고(박광배, 신민섭, 오경자, 1991; 박재연, 2009; 배주미, 2010; 유성경, 2002; 전영주, 2001; 홍영수, 전선영, 2005; Brent, Baugher, Bridge, Chen & Chiapetta, 1999; Goldney, Fisher & Cheek, 2002; Greening & Stoppelbein, 2002; Masako, 2002)되고 있다.

최근 건강보험자료에 의하면 정신건강에 문제가 있는 아동·청소년의 규모는 점차적으로 증가되는 추세를 보이고 있지만 실제로 정신건강에 문제가 있는 많은 아동·청소년들은 제도권 내에서 적절한 도움을 받지 못하고 있는 실정이다. 이들을 조기에 발견할 수 있는 지원 체계의 부재 및 개입과 치료로부터의 방치는 문제 아동·청소년들에 대한 교육기회의 감소로 이어져 인지능력 저하 및 학업중단, 대인관계에서의 문제, 문제행동 및 사회적 부적응 등과 같은 다양한 문제를 발생시켜 발달로부터 박탈을 가져오며, 이러한 박탈은 성인기 이후 생활능력의 저하와 실업에 처할 수 있는 위협을 높일 수 있다. 아동·청소년기에 방치된 정신건강의 문제는 성인기 이후에도 부정적으로 영향을 미칠 수 있다. 이는 추후 사회적 문제로 나타날 뿐만 아니라 많은 사회적 비용의 손실을 가져 올 수 있다는 측면에서 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위한 정책적 대안 마련이 매우 시급하고 중요하다고 할 수 있다.

이에 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태와 국내·외 아동·청소년 정신건강 증진 정책, 정신건강 증진 관련 인프라 현황 및 법·제도를 분석하여 개선방안을 마련하고자 한다. 아울러 지역단위 정신건강 지원모형을 마련하고, 각종 정신건강 증진 프로그램을 개발하여 관련 기관에 보급하고자 한다.

이 연구는 관련 전문 연구 기관들과 더불어 2013년까지 3개년에 걸쳐 협동연구로 진행되는 연구과제이다. 협동연구의 장점인 각 전문 연구 기관들의 연구역량을 결집하여 보다 효과적인 지원방안 마련을 강구하고자 한다. 연차별 주요 연구내용은 다음과 같다. 1년차 연구인 2011년도에는 아동·청소년 정신건강 실태조사와 함께 기존의 정신건강 증진 정책 및 법·제도 현황을 파악하였다. 또한 전문가 의견조사를 통해 정신건강 정책과 법·제도상의 문제점과 개선방안을 마련하였으며, 국내·외 사례에 대한 분석결과를 제시하였다. 그리고 이를 근거로 향후 정신건강 증진에 필요한 정책과 개선방안을 제안하였다.

2년차 연구인 2012년 연구에서는 아동·청소년 정신건강 실태에 대한 2년차 반복횡단조사를 실시함으로써 아동·청소년들의 정신건강 실태에 대한 변화 추이를 분석하고 대응방안을 마련하였다. 아울러

아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 현황 및 서비스 전달체계와 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 사업 가운데 우수사례 현황을 파악하고 지역단위별로 효과적인 지원모형을 개발하였다. 마지막으로 2013년도 3년차 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진 프로그램 개발과 지원체제 구축 및 운영 모델을 개발함으로써 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 보다 실질적인 도움을 제공할 수 있도록 할 계획이다.

2. 연구내용

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅱ는 3년간 진행되는 협동연구 과제로 2011년도부터 시작된 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ의 2년차 연구이다. 이 절에서는 먼저 2011년도에 진행된 연구의 주요내용과 결과를 제시하고 2012년도 주요 연구내용에 대해 제시하고자 한다.

1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ 연구내용 및 결과(2011년도)

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ은 크게 세 영역으로 구분하여 연구를 수행하였다. 첫째, 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국단위 대규모 조사를 실시하였다. 이 조사를 통해 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 수준을 객관적으로 파악할 수 있는 자료를 확보하였다. 둘째는 아동·청소년 정신건강 정책영역으로 기존의 아동·청소년 정신건강과 관련된 정책 현황을 파악하고, 문제점들을 분석하였으며 정책적 대응 방안을 마련하였다. 세 번째 영역은 아동·청소년의 정신건강 법·제도 영역으로 각종 법령을 체계적으로 분석하여 쟁점사항을 도출하였고 아동·청소년 정신건강 관련법 상의 문제점을 고찰하여 대안을 마련하여 제시하였다. 각 영역별 주요 연구결과는 다음과 같이 요약될 수 있다.

(1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사 연구

이 조사는 전국 16개 시·도의 초등학교(2,943명), 중학교(2,844명), 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교(3,648명)에 재학 중인 남, 여 청소년 총 9,435명을 최종 조사 표본수로 하여

전국단위 조사를 실시하였다. 조사영역은 개인영역, 가족영역, 학교영역 및 지역사회 영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하였다. 대 영역 중 개인영역은 다시 우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행 등의 변인들로 구성된 부정적 요인과 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등의 변인들로 구성된 긍정적 요인으로 구성하였다. 가족영역의 경우는 부모의 지원, 가족관계 질 변인들로 구성하였고, 학교영역은 학교수업, 교사관계, 친구관계 및 학교생활 등의 변인들로 구성하였다. 마지막으로 지역사회 영역은 지역사회 지원과 지역사회 상호작용 변인으로 구성하였다.

주요 요인에 대한 조사결과, 우울과 불안의 경우 여자가 남자보다 모든 세부요인에서 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 연령이 증가할수록 모든 세부요인에서 평균점수가 높아지는 경향을 보였다. 가족구성별로는 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 평균점수가 더 높은 경향을 나타냈다. 개인 내 적응적 심리요인의 경우 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 모두에서 남자의 평균점수가 여자보다 더 높았고, 교급별에서는 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났으며, 양부모가정의 응답자가 한부모가정보다는 평균점수가 더 높은 경향을 보였다.

게임중독 요인에서는 남자가 여자보다 더 높은 평균점수를 보였으며, 교급별로는 중학생이 초등학생과 고등학생보다 각 세부요인에서 더 높은 평균점수를 보였고, 가족구성별로는 조손가정, 한부모가정, 양부모가정의 순으로 평균점수가 더 높아지는 경향을 보였다. 자살생각과 자살계획에 대한 성별 비교에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았으며, 교급별로는 자살생각의 경우 초등학생보다 중·고등학생이, 자살계획은 중학생이 초등학생과 고등학생보다 높은 평균점수를 보였다. 가정유형별로는 한부모가정이 양부모가정에 비해 자살생각과 자살계획 영역에서 더 높은 평균점수를 보였다.

청소년들의 개인 내(內) 스트레스 요인에 대한 12개 하부요인별 차이를 분석한 결과, 성별, 교급별, 거주지별 그리고 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났고, 학업스트레스의 평균점수가 가장 높았으며, 모든 스트레스 영역에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았다. 비행의 경우 흡연, 음주, 절도, 폭력, 무단결석, 가출, 인터넷 성인사이트, 도박 등 영역의 대부분의 항목에서 한부모가정의 평균점수가 다른 가정의 점수보다 높게 나타났고, 갈취경험 항목에서만 조손가정의 점수가 가장 높게 나타났다. 생활만족도 영역에서는 남학생이 여학생보다 더 높은 점수를 보였으며, 교급이 올라갈수록 평균점수가 낮아지는 경향이 나타났고, 가족구성에서는 양부모가정이 다른 가족구성보다 만족도가 높은 것으로 나타났다. 부모의 지원 및 가족관계의 질과 관련된 요인을 분석한 결과 교급별 비교에서 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났으며, 가족구성에서는 양부모가정이 한부모가정보다 더 높게 나타났다.

학교영역에 대한 분석에서 학교수업과 학교생활의 경우 남자의 평균점수가 여자보다 더 낮았고,

교급별로는 초등학생에서 고등학생으로 갈수록 평균점수가 더 낮게 나타나는 경향을 보였으며, 가족구성별은 양부모가정의 평균점수가 한부모가정 및 조손가정보다 높은 것으로 나타났다. 교사관계의 경우 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌으며, 양부모가정이 한부모가정 및 조손가정보다 더 높게 나타났다.

본 실태조사 결과를 통해 파악할 수 있었던 것은 양부모가정의 아동·청소년에 비해 조손내지 한부모가정의 아동·청소년들이 여러 요인에서 취약하다는 사실이다. 이는 아동·청소년의 건전한 정신건강의 도모를 위해서는 가정 내에서의 부모자녀관계가 중요한 요인임을 시사한다. 이에 부모자녀간의 긍정적인 관계형성과 올바른 의사소통을 위해서 정부의 정책적 지원이 확대되어야 하며, 무엇보다 긍정적인 부모자녀관계의 형성에 어려움이 있는 조손이나 한부모가정에 대한 물질적·비물질적 지원이 확대되어야 한다. 또한 우울증이나 불안, 자살, 게임중독, 정서적 불안 등 청소년의 건강한 성장과 발달을 저해하는 심각한 위협요인을 미연에 방지하고 이를 조기에 예방할 수 있는 적절한 개선책 마련이 시급하다고 하겠다.

(2) 아동·청소년 정신건강 관련 정책 현황 및 개선방안 연구

이 연구에서는 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 파악하고, 정신건강 검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스 전달체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하여 그 문제점 및 개선방향을 논의하고, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법을 위한 정책을 개발하였다. 이를 위해 선진 외국의 효과적인 아동·청소년 정신건강 증진 정책을 분석하였으며, FGI를 통하여 아동·청소년 정신건강 증진의 수요를 분석하고 정책적 개선방안을 도출하여 건강향상, 건강위험요인 감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 핵심 사안을 발견할 수 있었다. 또한 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하는 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로를 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책대안을 마련하였다.

주요 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 미국, 캐나다, 영국 그리고 호주 등 선진 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책에 대한 사례를 분석한 결과, 미국의 경우 정신건강 문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강 서비스 및 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔다. 캐나다의 경우도 공중보건부서에서는 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교정책을 지원하고 있으며, 온타리오 주의

경우 주 교육부처에서 건강증진학교를 통하여 학생의 정신건강 증진을 도모하도록 추진하고 있어, 미국과 마찬가지로 학교중심의 정신건강 서비스가 체계적으로 운영되고 있다. 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책은 National Health Service를 기반으로 하여 추진되어 왔으며, 초기에 정신건강 문제에 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있다. 마지막으로 호주는 학교건강증진사업의 일환으로 교사와 학생이 함께 참여하는 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램을 통해 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결기술 등을 포함한 학생 정신건강 증진을 도모하고 있다.

둘째, 정신건강 서비스 이용경험이 있는 학생 및 부모의 FGI 결과를 살펴보면 초등학생일수록 부모의 정신건강 서비스 요구도와 조기발견 및 조기개입에 대한 요구도가 높은 것으로 나타났으며, 의료급여대상자가 다수 있어서 취약계층에 대한 정신보건서비스의 공급이 더욱 확대될 필요성이 있는 것으로 분석되었다. 또한 정신건강 서비스 이용경험여부에서도 아동·청소년기 이전단계에서 추진할 수 있는 정책과 프로그램의 접근성도 매우 중요한 것으로 나타났으며, 서비스를 받는 아동·청소년에게 지속적인 관리가 될 수 있도록 하는 것도 중요한 과제로 파악되었다. 한편 중상위층이나 저위험군의 아동·청소년과 부모는 정신건강 문제에 대해 알려지는 것을 원하지 않아서 오히려 문제가 악화될 가능성이 높다는 지적도 있었다.

셋째, 전문가 델파이조사 결과에서 정신건강 문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하고 다음으로 학교에서의 적절한 적응상태 등으로 나타났다. 발견된 주요 정신건강 문제는 주의력결핍, 학교에서의 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등이었다.

이상의 정신건강 문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스 대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력 향상이 중요하며 이를 위해서는 정신건강 향상을 위해 도움을 받을 수 있는 환경조성이 중요하다. 학교 및 지역사회의 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었으며, 부모-교사 간의 연계강화를 통한 증상의 조기발견 및 적절한 서비스접근이 초기에 이루어질 수 있는 노력이 필요함을 알 수 있다.

제안된 정책제안들을 살펴보면, 학교차원의 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 학생의 역량 강화와 함께 담임교사의 역량강화, 정신건강 검진 사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교외 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났으며, 지방자치단체 차원의 정신건강 증진 정책으로는 학교현장에서 정신건강 증진사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었다.

이 밖에 교육청과 지방자치단체간의 협력관계를 유지하여 정신건강 증진 정책을 강화할 수 있어야

하는 과제가 있었고, 저소득층 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개입 및 치료비 지원 등이 필요한 것으로 제안되었다. 중앙정부차원에서는 아동·청소년의 정신건강 문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할 수 있는 체계 구축 및 기반이 조성되어야 하며, 무엇보다 부처간 연계체계 강화는 가장 많은 요구도가 있는 과제로 지적되었다.

(3) 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구

이 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 국내외 주요 법령과 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법·제도의 현황분석을 통해 우리나라 법·제도 개선방안 마련을 위한 방향을 제시하고자 하였다. 이상의 연구를 통해 아동·청소년의 정신건강과 관련된 각종 법령의 주요 쟁점사항과 현행 법·제도의 문제점을 도출하여 정책수립과 정책추진 시 근거자료로 활용하고, 사업 및 전달체계 등 서비스체계 구축의 체계적 효율성을 제고하여, 수요자중심의 아동·청소년 정신건강 증진에 기여코자 하였다.

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안에 관한 연구에서는 첫째, 국내외 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도의 현황을 포괄적으로 살펴보고 구체적으로 어떠한 법·제도가 개선필요성이 있는지를 고찰하였다. 이를 위하여 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정신보건법, 아동과 청소년복지관련법(아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등)과 교육관련 기본법(학교보건법, 교육기본법, 초·중등학교법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 등) 등 부문별로 국내외 관련 주요 법·제도 현황을 분석하였다.

청소년 정신건강 관련 개별법은 주요 영역에서 각각의 입법목적에 맞게 제한된 범위의 적용 가능한 관련 규정들로 보호와 규제, 예방과 치료, 영양과 사회복지 지원 등을 개별적으로 규정하고 있지만, 대상이 각기 상이하며, 대부분의 조치가 규제적 내용을 제외하고는 노력의무 사항으로 규정되어 있기 때문에 법적 실효성이 없거나 관련법들 간의 중복 등의 문제점도 안고 있어 한계를 보여주었다. 그러나 이러한 개별법은 각기 입법목적에 맞는 대상을 포괄적으로 규율하고 있다는 점에서 그 법적용에 있어 효율적인 장점도 지니고 있는 것으로 보였다.

둘째, 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법·제도의 현황분석을 통해 우리나라 법·제도 개선방안 마련을 위한 방향을 제시하였다. 독일의 아동과 청소년의 (정신)건강 증진을 위한 법률 및 정책의 기본사상은 예방, 건강증진, 지원, 치료, 재활 및 참여이다. 이 중에서 무엇보다 강조되는 것은 예방과 건강증진이다. 그러나 아동과 청소년의 정신건강 증진을

규율하는 법체계에서 일단 통일적인 법률은 존재하지 않는다. 각 법률은 정신건강의 예방과 증진→치료와 지원→재활과 사회복귀 및 참여의 구조 속에서 그에 상응하는 개별 법률들을 가지고 있으며, 입법적으로는 건강보험법상의 성인을 포함한 일반인의 정신건강에 대한 예방과 함께 건강검진 급부와 배려의 일환으로서 아동과 청소년의 건강증진에 관한 법·제도가 마련된다는 것이다. 즉 독일의 경우 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위해서는 보건청, 학교, 사회법전 제8권의 아동과 청소년지원체계의 공조와 협조가 강조된다.

미국의 경우 아동건강법은 정신보건에 관한 매우 다양한 내용을 담고 있으며, 그 범위 또한 우리가 생각하는 수준을 넘어선다. 특히 약물남용에 관한 내용은 우리나라보다 훨씬 더 강조되어 있다. 미국에서는 연방수준의 종합적인 정신보건 프로그램이 시행된 적은 없는데, 이 법의 용도는 주 정부나 기타 공공민간단체의 서비스 체계의 방향을 제시한 것이다. 따라서 구체적인 정신보건정책이 어떻게 시행되는지는 각 주 정부 수준에서 다를 것이지만, 전국 수준의 법·제도화를 고민하는 우리의 입장에서 몇 가지 시사점이 있었다.

호주에서 아동·청소년 정신건강과 가장 관련성이 많은 법안은 정신보건법(Mental Health Act)과 범죄법(Criminal Act)인데, 이 두 법률은 주 정부 수준에서 정신질환의 치료와 관련된 의료전문인의 양성과 치료의 질, 정신질환자 및 수감인의 인권 등과 관련된 부분을 주로 다루고 있어, 아동·청소년의 정신건강에 대해 구체적으로 다루고 있기보다는 일반적 수준의 사항만을 다루고 있다는 문제가 있다. 따라서 1992년부터 시작되어 온 국가정신건강전략의 기틀 속에서 법·제도 및 아동·청소년 정신건강 관련 제도체계가 어떤 위치를 차지하고 있는지를 알아봄으로써 아동·청소년의 정신건강과 관련된 정신보건정책의 위치를 가늠할 수 있었다.

셋째, 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안을 위하여 관련 주요 부문의 전문가 15인을 엄선하여 델파이 설문조사를 2회에 걸쳐 실시하였다. 이 부문에서는 아동·청소년 정신건강관련 개별법에 분산 규정되어 있는 주요 규정들을 분석하였고, 개별법이 각각의 특성을 갖추고 있기는 하지만 실제로는 각각의 입법목적을 넘어 이들을 통합할 수 있도록 하는 통합법 제정의 필요성과 가능성 등을 분석하였다.

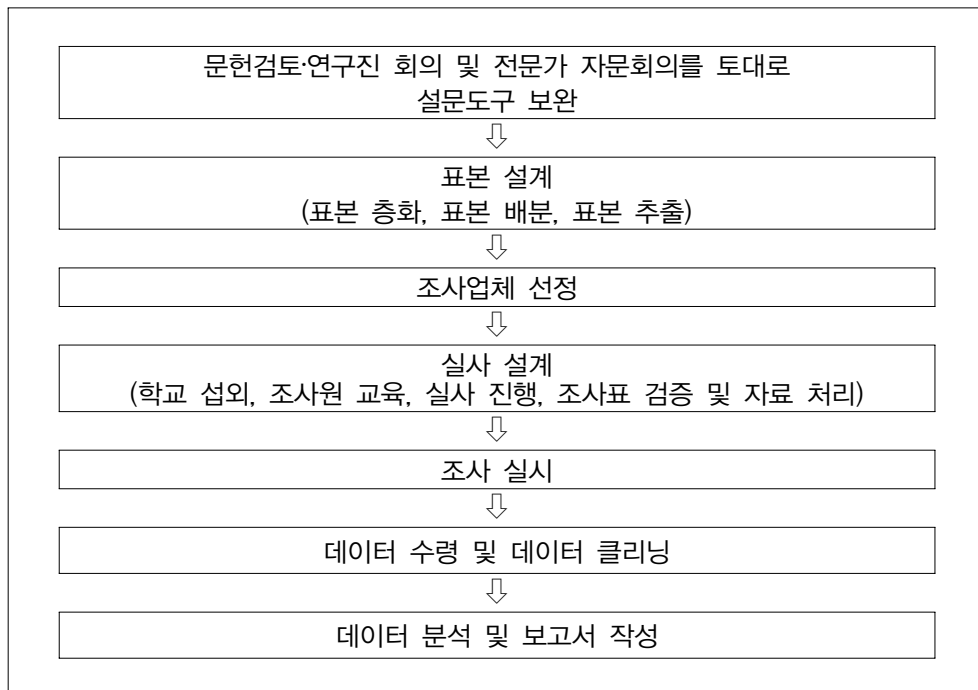
본 연구는 이러한 국내외 법령의 체제 현황과 문제점, 그리고 전문가 의견조사 결과의 심층 분석 결과를 토대로 하여 향후 법·제도 개선을 위해 요구되는 법체계, 정의, 전문기관, 전문인력 확보와 관련 종사자의 처우개선, 교육 및 훈련체계구축, 예방과 사회복귀 지원 등과 같은 주요 쟁점을 중심으로 그 개선방안에 대하여 정책제안을 하였다.

2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ 연구내용(2012년도)

(1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사

아동·청소년들의 정신건강 실태를 조사하기 위해 전국단위 대규모 표집조사를 실시하였다. 2년차 조사에서는 1년차 조사와 동일한 조사내용으로 1년차 조사의 대상이었던 전국 16개 시도별 초·중·고등학교 학생을 조사 대상으로 하여 반복횡단조사를 실시하였다. 이를 통해 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 상태에 대한 변화 양상을 검토할 수 있을 것이며, 향후 정책 수립의 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 기대한다.

아동·청소년들의 정신건강 실태 조사를 위한 모집단은 전국의 초·중·고등학교에 재학 중인 학생들이며, 조사방법은 2011년도 교육통계연보를 표집틀로 하고, 층화다단계집락표집 기법을 활용하여 전국단위 대규모 표집조사를 실시하였다. 실태조사 진행은 아래 [그림 I-1]에 제시되어 있는 바와 같은 절차에 따라 진행하였다.



【그림 I-1】 아동·청소년 정신건강 실태조사 진행과정

(2) 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안

현재 우리나라 아동·청소년의 정신건강 정책과 사업은 부처별로 다양하게 분포되어 있다. 아동·청소년의 정신건강 문제와 관련된 정책이나 서비스를 제공하는 주요 정부부처를 도식화한 것이 [그림 I-2]이다(최인재, 모상현, 강지현, 2011). 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 대표적인 정부부처는 교육과학기술부, 여성가족부, 보건복지부 등으로 분류할 수 있으며, 관련 정부부처에서 아동·청소년의 정신건강 증진을 위해 다양한 정책을 추진하고 있다. 예컨대 교육과학기술부에서는 Wee 프로젝트를 추진하고 있으며, 특히 학생 정신건강 관리 방안의 일환으로 2007년 처음 96개 학교에서 학생정신건강 실태를 조사한데 이어 향후 조사대상 학교를 점차 확대하여 실시할 계획에 있다. 한편 서울시의 경우 2008년부터 시범사업으로 진행해오던 ‘정신건강 선별검사²⁾’를 2011년부터는 초·중고 모든 학교에서 전면 실시하였다. 또한 검사 후 학부모가 동의하여 정밀검진과 상담치료를 받고자 하는 학생은 관할 지역 내 전문기관인 Wee 센터와 정신보건센터 중 학생과 학부모가 원하는 기관 담당자와 사전 협의를 하고 필요한 절차를 거쳐 도움을 받게 하고 있다.

여성가족부에서는 위기청소년에 대한 사회안전망인 CYS-Net(지역사회청소년통합지원체계)을 구축운영하고 있다. CYS-Net 사업은 위기청소년에 대한 상담, 구조, 보호, 치료, 자립, 학습 등의 서비스 제공을 통해 위기청소년의 건강한 성장과 삶의 역량강화를 목적으로 한다. 정부에서는 CYS-Net을 2011년 현재 186개소에서 2013년까지 전국 248개소로 확대 구축하는 것을 목표로 추진하고 있다. 이 외에 취약계층청소년의 성취 및 자립 동기를 증진하기 위해 두드림존 사업을 추진하고 있으며, 긴급구조, 인터넷 중독치료, 청소년 관련 문제에 대해 도움을 받을 수 있는 Help Call 청소년 전화 1388 등을 운영하고 있다.

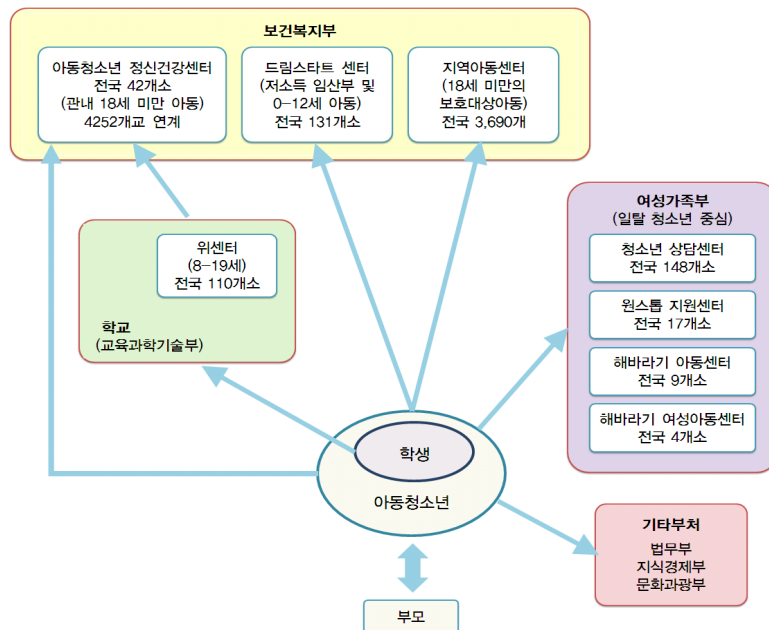
한편 보건복지부에서는 2002년부터 16개 지자체에 거점 정신보건센터를 설치하여 운영하고 있으며, 2004년에 24개소, 2005년에 31개소, 2007년에는 32개소 등으로 확대되어 왔다. 2012년 2월 현재 기준으로 경기도에 36곳을 비롯해 전국 지자체에서 162개의 정신보건센터를 설치·운영하고 있다. 정신보건센터에서는 각 지역 내 아동·청소년 보건서비스 제공체계를 구축하여 아동·청소년기 정신건강문제의 예방, 위험아동·청소년의 조기발견, 상담치료를 통하여 건강한 사회구성원으로서의 성장을 도모하기 위한 지역사회 현황파악 및 연계체제구축, 지역사회 요구도 조사, 아동·청소년 정신보건 사업 대상자 발견 및 치료 등에 역점을 두고 있다. 정신보건센터를 찾는 아동·청소년들

2) 서울시 교육청의 ‘2011 서울학생 정신건강 증진 계획’에 따르면 ADHD의 경우 모든 초등학교의 1학년과 4학년, 우울증은 모든 중·고교의 1학년 학생들을 조사 대상으로 함.

대상으로 진단용 선별검사 및 일반상담, 집단프로그램 등 다양한 교육 및 훈련이 실시되고 있으며, 등록 아동·청소년은 증가하는 추세에 있다.

그러나 이와 같은 노력에도 불구하고, 건강보험자료에 의하면 최근 정신건강에 문제가 있는 아동·청소년의 규모가 점차 증가되는 경향을 보이고 있다. 특히 가정불화, 인터넷 및 게임중독, 또래집단으로부터의 왕따와 학업 스트레스 등으로 인한 청소년들의 자살률과 정신질환이 증가하고 있는 추세이다. 이와 같은 변화 추세는 우리나라 아동·청소년들이 정신건강문제로 인해 상당한 심리·정서적인 위협에 노출되어 있음을 시사한다. 이러한 문제는 정신건강에 대한 기존의 잘못된 인식과 태도, 홍보부족 및 관련 서비스에 대한 정보부족으로부터 기인될 수 있으며, 무엇보다 연령별, 증상별 그리고 대상별로 세분화된 치료와 재활을 수행할 수 있는 서비스 수행기관의 부족과 이를 뒷받침할 수 있는 효율적 서비스 전달체계가 부재하기 때문이다.

따라서 본 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 현황과 기존의 서비스 전달체계를 고찰함으로써 앞으로의 개선과제 및 정책적 대안을 마련하고자 하였다. 아울러 국외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계와 최근 동향을 살펴봄으로써 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책수립의 방향성 설정 및 질적 제고에 기여하고자 한다.



【그림 I-2】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요

(3) 아동·청소년 정신건강 증진사업의 우수사례 현황 및 지역단위 지원모형 개발

현재 아동·청소년 정신건강 지원 시설은 정신보건센터, 지역아동센터, Wee 센터, 지역사회청소년사회안전망(CYS-Net)과 청소년상담복지센터 등으로 분산되어 부처별로 다양하게 서비스를 제공하고 있다. 여성가족부 산하 청소년상담복지센터는 2012년 현재 176개소이고, 보건복지부 산하의 정신보건센터는 2012년 현재 전국에 162개소에 이르고 있으며 아동·청소년 대상으로 특화된 센터는 42개소 정도 있다. Wee 센터의 경우 교육과학기술부와 교육청을 중심으로 Wee 프로젝트를 진행하여 2008년 전국 31개소에서 2012년 현재 133개소로 증가하였고, 이용학생들도 점차 증가 추세에 있다.

이와 같은 다양한 정신건강 관련 기관들이 산재해 있음에도 불구하고 정책적 실효성 측면에서 문제점들이 제기되고 있다. 예컨대 Wee 센터의 경우 아직 체계적인 운영 시스템이 마련되어 있지 않다는 점이 제기되고 있다. 또한 종사자들의 전문성이 부족하고 주로 심리 및 교육심리 이론을 바탕으로 하였기에 학생들의 다양한 부적응적 행동, 정신적 문제를 포괄적으로 다루는데 제한적이라는 문제점이 제기되고 있다. 즉 정신과적 문제를 보이는 고위험군 학생들과 학교 내 일반 폭력 및 성폭력, 자살, 자해와 같은 위기 상황에 대한 종합적인 개입이 어려운 실정이다(신의진, 2011). 또한 전문 인력들이나 지역 자원의 경우 서울 등 대도시 중심으로 분포되어 있어 지방의 경우 효과적인 서비스를 받기 어려운 실정이다. 따라서 정신건강 증진과 직접적으로 관련된 기관들, 예컨대 치료기관(병·의원, 보건소 등 의료기관), 전문기관(청소년상담복지센터, 정신보건센터)과의 연계뿐 아니라 사회복지기관, 지역아동센터, 건강가정지원센터, 기타 관련기관 등 지역단위 자원을 적극 활용할 수 있도록 기관들 간의 긴밀한 협력체제가 필요할 것이다. 장기적으로는 이를 종합적으로 관리할 수 있는 시스템 마련과 지역단위 특성에 기반 한 지원모형을 개발하여 보급하는 노력이 요구된다.

이에 이 연구에서는 현재 아동·청소년 정신건강과 관련하여 각 부처에서 수행되고 있는 정신건강 증진사업들 가운데 지역단위 자원의 활용이나 연계와 관련하여 우수하게 진행되고 있는 사례들을 지역 단위별로 발굴하여 제시하였으며, 해외의 우수사례들도 검토하여 제시하였다. 또한 지역적 특성으로 인해 정신건강 서비스와 관련하여 양질의 서비스를 제공 받기 어려운 지역을 위해 지역단위별 지원모형을 개발하여 제안하였다.

이상의 지역단위별 우수사례 및 지원모형을 통해 아동·청소년 정신건강 증진과 관련하여 타 지역 관련 기관들에서도 벤치마킹을 할 수 있을 것이며, 아동·청소년들의 정신건강 증진 정책 추진과 서비스 제공의 효율성 및 효과성을 제고할 수 있을 것으로 기대한다.

3) 연도별 추진계획

이 연구는 앞서 제시한 바와 같이 2011년부터 2013년까지 3년간 협동연구로 진행되는 과제로 연차별 추진계획은 다음과 같다.

먼저 1년차 연구인 2011년도 연구는 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악과 정책 및 법·제도상의 문제점을 분석하여 정책적 대안을 마련하였다. 2012년도 2년차 연구에서는 아동·청소년 정신건강 실태에 대한 1년차 조사에 이어 2년차 반복 횡단조사를 실시하였으며, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내·외 인프라 구축 현황과 개선 방안을 마련하였다. 또한 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례를 발굴하였으며, 지역단위별 지원 모형을 개발하여 제시하였다.

마지막으로 2013년도 3년차 연구에서는 아동·청소년 정신건강 실태에 대한 3차년도 조사를 실시할 계획이며, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원체제 구축 및 운영 모델 연구를 진행할 계획이다. 또한 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 프로그램을 개발하고 효과성을 검증하여 유관 기관에 배포할 예정이다. 연도별 연구 추진 계획은 아래 [그림 I-3]과 같다.

1차년도 (2011년)	연구내용	· 아동·청소년 정신건강 개념 설정 및 실태 분석 · 아동·청소년 정신건강 증진 정책 및 법·제도 현황 분석 · 아동·청소년 정신건강 증진 정책 및 법·제도 개선 방안 · 아동·청소년 정신건강 전국단위 실태조사(1차)
	연구방법	· 문헌연구, 전문가협의회, 전문가 의견조사 · 전국규모 설문조사, 협동연구, 워크숍, 해외출장
2차년도 (2012년)	연구내용	· 아동·청소년 정신건강 증진을 국내·외 인프라 구축 현황 분석 · 아동·청소년 정신건강 증진을 인프라 구축 개선 방안 · 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례 발굴 및 지역단위 지원 모형 개발 · 아동·청소년 정신건강 전국단위 실태조사(2차)
	연구방법	· 문헌연구, 전문가협의회, 전문가 의견조사, 협동연구 · 전국규모 설문조사, 워크숍, 협동연구, 해외출장
3차년도 (2013년)	연구내용	· 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원체제 구축 및 운영 모델 연구 · 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 프로그램 개발 · 아동·청소년 정신건강 전국단위 실태조사(3차)
	연구방법	· 문헌연구, 전문가협의회, 협동연구 · 전국규모 설문조사, 통계분석, 워크숍

【그림 I-3】 연도별 연구 추진 계획

3. 연구방법

1) 문헌연구

아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계 형성 과정과 추진배경 등에 대한 내용과, 국내외 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계 현황 등에 대한 선행 연구를 관련 문헌을 통해 분석하였다. 이를 통해 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내의 인프라 및 서비스 전달체계 개선방안 마련의 자료로 활용하였다.

2) 전문가 자문 및 의견조사

전문가 자문회의를 통해 연구의 방향성을 설정하였으며, 아동·청소년 정신건강 관련 인프라 및 전달체계에 대한 개선방안을 마련하였다. 또한 외부 전문가 자문을 통해 지역단위 정신건강 증진사업 관련 우수사례와 정신건강 증진사업의 모형개발을 위한 자료로 활용하였다.

표 I-1 전문가 자문 및 의견조사

횟수	자문영역(내용)	자문진	비고
2회	설문문항 구성과 내용 및 아동·청소년 정신건강 증진 인프라와 서비스 전달체계의 문제점과 개선방안에 대한 자문	학계, 공무원 및 현장전문가	

3) 양적 연구

우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국단위 대규모 조사를 통해 자료를 생산하였다. 2011년 1년차 조사에 이어 2012년도 역시 동일한 문항으로 반복횡단조사를 실시하였으며, 1년차 결과와 비교 분석을 실시함으로써 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 변화추이를 검토하였다. 모집단은 전국 16개 사도의 초등학교(4~6학년), 중학생(1~3학년) 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 고등학생(1~3학년)이며, 최종 조사 목표 표본 수는 8,500명이었다.

4) 국외출장

아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 전달체계의 현황을 파악하고 우리나라 지역별 지원모형 개발을 위해 외국의 최근 동향을 살펴봄으로써 우리나라 아동·청소년 정신건강 증진정책 수립의 기초자료로 활용하고자 하였다.

또한 아동·청소년 정신건강 전문가와 아동·청소년 정신건강영역에서의 최근 연구주제 및 동향, 연구기법 및 조사방식, 설문도구 개발 등과 같은 실증적(empirical) 연구영역에서의 정보를 교환하고 정보를 수집하였다.

5) 협동연구 추진

이 연구는 관련 전문기관들과 함께 협동연구과제로 진행되는 연구과제로 협동연구기관을 선정하여 연구를 추진하였다. 협동연구기관 1에서는 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 현황 및 서비스 전달체계를 종합 분석하여 개선방안을 마련하였으며, 협동연구기관 2에서는 아동·청소년 정신건강 증진사업의 우수사례에 대한 국내·외의 현황을 분석하여 제시하고 효과적인 지역단위 지원모형을 개발하였다.

6) 기타 연구추진방법

아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 전문가 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였다. 또한 협동연구기관과의 세미나를 통해 연구를 발전시켰으며, 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 개최하여 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였다.

제 II 장

이론적 배경

1. 아동·청소년 정신건강 증진사업의
필요성 및 목표
2. 정신건강 증진사업의 현황
3. 아동·청소년 정신건강 증진사업의
전개과정

제 II 장³⁾

이론적 배경

1. 아동·청소년 정신건강 증진사업의 필요성 및 목표

1) 정신건강의 개념

정신건강이란 개인적·사회적으로 충분한 기능을 할 수 있는 상태로, 삶 속에서 발생하는 스트레스에 대처할 수 있는 능력이 있는 것, 즉 자신의 능력을 발휘할 수 있는 편안하고 유연한 안녕상태를 의미한다(WHO, 2001). 정신적으로 건강한 사람은 정서적·창조적·지적·영적 성장이 가능하며, 서로가 만족하는 대인관계를 형성할 수 있는 능력이 있다. 당면한 문제에 대한 해결능력이 있으며, 타인과의 관계에서 신뢰감을 주고, 타인에 대한 이해하고 공감할 수 있는 성숙한 사람으로 정의되기도 한다. 정신건강의 개념을 정의하려는 그동안의 연구들을 살펴보면, 보통보다 나은, 여러 가지 좋은 점을 가지고 있는, 긍정적인 심성을 가지고 있는(친밀감, 온화함, 지혜, 용기, 정의, 초월), 성숙한, 정서·사회적 지혜로움, 주관적 행복감, 유연성(융통성) 등과 같은 단어로 표현되기도 한다(Vallant, 2003).

정신건강은 인간의 총체적인 건강에 있어 매우 중요한 부분을 차지하고 있다. 실제로 정신건강을 분리하고서는 인간의 건강을 생각할 수는 없다. 정신건강은 최근 빠른 속도로 증가하는 청소년의 행동장애, HIV 감염과 연관된 정신질환, 새로운 향정신성약물 중독으로 인한 정신질환 등 직접적인 정신건강문제를 통해서 큰 영향을 끼치고 있으며, 신체적 건강이나 사회적 건강에도 많은 영향을 미치고 있다(정인원 외, 2005).

다시 말해 정신건강은 단순히 정신질환이 없는 상태(과거 WHO에서의 정의)라고 말하기 보다는 신체적·사회적·정신적인 행복감의 상태로서 정의 될 수 있다. 이러한 의미에서 정신건강은 대처기술 향상이나 생동감 등의 개인적인 차원으로부터 사회·환경적 차원을 포괄하여 통합하는 방향으로 이동되고 있다. 따라서 정신건강을 극대화하기 위해서는 사회, 경제, 교육, 문화 등의 제반 환경의 변화와

3) 이 장은 이선영 책임연구원(서울대학교 의료관리학연구소)이 집필하였음.

함께, 이에 필요한 권한, 지식, 기술 및 자원이 제공되어야 한다. 정신건강 선진국에서는 1990년대부터 국민의 정신건강을 도모하기 위한 국가단위 정신건강 증진사업 체계 구축 등의 적극적인 국가 정신보건 정책을 마련하고 있다.

정신건강이 개인의 성장과 성숙을 통한 행복감을 도모하는 것이라고 하면, 정신건강 증진은 '전 인구나 개인들 사이에 정신건강과 복지를 최대화하는 행동'이라고 정의할 수 있다. 즉 정신건강 증진은 정신건강에 영향을 끼치는 사회적·감정적·경제적 환경의 개선 측면과 지역사회 구성원들과 개인들의 대처능력 강화 측면에 초점을 두어 개인의 정신건강을 도모하기 위한 다양한 활동과 프로그램 등을 의미하는 것이다. 이러한 정신건강 증진은 대상이 되는 개인이 정신건강 상의 위험요인을 가지고 있는가, 그렇지 않은가와 무관하게 불안, 우울, 약물중독 등의 정신질환의 예방에 효과가 있는 활동들이다. 이는 개인들을 위한 정신건강 증진 활동, 예를 들면, 직장 스트레스의 감소, 학교폭력의 최소화, 녹지의 확대 및 환경공해 개선 등을 통해 정신적 안녕상태를 증진시키며, 동시에 특정 정신질환의 발생을 예방하는 효과도 나타나는 것이다(Gray, 2000).

이러한 정신건강 증진 개념의 도입은 기존의 정신질환자 관리위주의 정신보건사업에서 범위를 넓혀 가족, 학교, 지역사회, 직장 등 다양한 공간에서 정신건강 상의 위험요인에 대한 적극적인 개입과 정신건강을 위협하는 스트레스와 같은 환경적 위험에 대한 개입의 중요성을 더 부각시켰다. 그러므로 현재의 정신건강 증진은 정신질환의 예방 및 치료에 연관된 요인들을 포함하면서 일반 대중의 정신건강 증진을 위한 전반적 정신건강관리까지 영역까지 포괄하여 진행해야 한다.

정신건강 측면에서 예방은 질환으로의 이완(발병)을 감소시키고 사람들에게 확산되는 것을 감소시키는 것으로 목적으로 발병 전에 행해지는 프로그램을 의미한다. 이러한 예방은 다음의 구성요소를 포함한다. 첫째, 전체 인구를 표적으로 하여 새로 발의된 보편적인 프로그램들이며 둘째, 정신건강 문제 발달이나 정신장애의 위험이 있는 대상을 표적으로 하여 새로 발의된 선택적 프로그램들이며 셋째, 정신건강문제들과 정신장애의 위험이 있는 개인을 표적으로 하여 새로 발의된 표적이 있는 프로그램을 포함한다(Mrazek & Haggerty, 1994). 이를 일반적으로 1차 예방, 2차 예방, 그리고 3차 예방이라고 명명한다. 실제로 정신건강영역에 있어 증진과 예방의 개념을 명확히 구별한다는 것은 쉬운 일은 아니다.

정신건강상의 문제는 정상적인 사고와 감정을 저해하는 모든 문제 즉, 사별이나 일시적인 신체질병 등의 일시적인 문제들로부터 장기 실직이나 불평등 등의 장기적인 문제들도 포함된다. 정신건강 증진은 개인이나 가족, 기관, 사회의 정신적 행복감을 향상시키는 모든 행위를 포함한다. 따라서 정신질환의 유무와는 상관없이 모든 사람들은 정신건강의 욕구가 있음을 인정하는 것이 중요하다. 나아가 지역사회 전체를 대상으로 하는 정신건강 증진 프로그램은 정신건강상의 문제를 갖고 있는

사람들을 포함하여 도움을 줄 수가 있다.

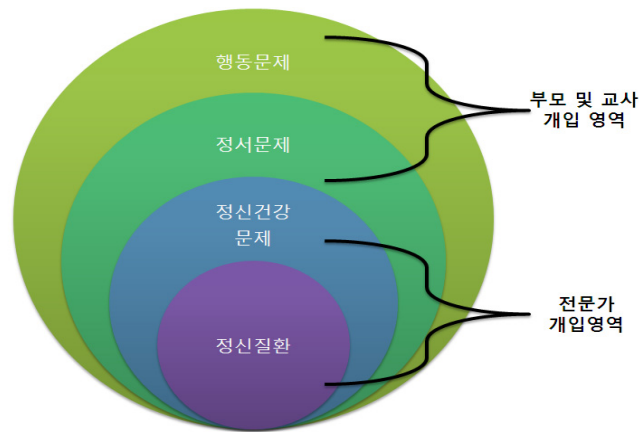
정신건강 증진사업은 정신질환의 예방 효과와 정신건강 증진의 효과 유무에 대해 논란의 대상이 된다. 많은 연구와 조사결과들은 정신건강 증진사업이 정신질환의 예방에는 물론, 기타 정신보건서비스의 개선, 정신장애에 대한 차별의 철폐 등 다양한 측면에서 효율적인 성과를 낼 수 있음을 제시하고 있다. 실제 나타나는 효과는 첫째, 신체적 건강과 안녕감의 증진이다. 실제 우울증과 약물남용은 심혈관계 질환의 위험을 증가시키게 된다. 즉, 정신건강 증진은 신체적 건강의 향상에 도움이 된다는 것이다. 둘째, 특정 정신질환 예방 가능성이다. 직장 증진 프로그램은 근로자들에서 우울증, 불안증, 약물남용과 같은 정신적 문제와 질환을 예방할 수 있다는 것이다. 셋째, 정신적 문제로부터의 회복을 돕는 것이다. 사회적 지지를 높이는 다양한 지역사회 정신건강 증진 프로그램은 정신장애인들의 지역사회복귀를 촉진할 수 있고 정신건강 증진은 정신장애인들의 전반적 삶의 질을 높일 수 있다는 것이다. 넷째, 지역사회의 가능성 및 능력의 증진이다. 다양한 참여를 기반으로 한 지역사회 자조그룹 활동, 참여활동 등은 지역사회에서 정신적 문제를 해결할 수 있는 능력을 증진시킬 수 있다는 것이다. 다섯째, 개인, 조직, 사회의 정신건강 정보인식 등을 고양시켜 그 사회의 정신적 문제에 대한 편견을 없애고 인식을 증진시킬 수 있다는 것이다(정인원 외, 2005에서 재인용).

이러한 정신건강 증진사업의 효과는 외국의 경우, 아동·청소년 정신건강 증진사업을 통해서 찾아볼 수 있다. 청소년들의 정신건강에 일찍부터 관심을 가져온 미국을 비롯한 서구에서는 이들의 정신건강 증진을 위하여 다양한 서비스를 개발하여 도움이 필요한 청소년들에게 효과적으로 전달 할 수 있는 전달체계를 갖추고 있다. 청소년의 정신건강 증진을 통하여 문제를 사전에 예방하고자 하는 목적으로 문제해결능력, 의사결정능력, 스트레스관리능력 등을 함양하는 프로그램들을 실시하여 좋은 성과를 거두고 있다(오경자, 송동호, 하은혜, 2003).

청소년의 정신건강 문제와 연관된 보건영역의 부담에 효과적으로 반응하기 위해서는 예방에 대한 체계적인 접근들이 좀 더 필요하다는 인식이 증가되었다. 예방적 접근은 임상적 접근에 비해 보다 용이하게 진행될 수 있으며 비용면에서도 효과적이다. 아울러 청소년 발달의 다른 영역에서도 다양한 이익을 가져올 수 있다는 인식 전환이 이루어졌다. 청소년 정신장애는 상당 범위의 청소년 행동 및 사회성 문제들과 공통적으로 변화가 가능한 위험요인과 보호요인을 갖고 있다. 예를 들면 학업실패, 학교 탈락 등은 반사회적 행동, 물질남용, 흡연 그리고 정서문제와 연관되어 있고 반대로 높은 수준의 학교와 가정에 대한 애착은 행동 및 정서문제의 보호요인으로 작용한다(Resnick et al., 1997). 이렇게 양면적으로 작용하는 위험요인과 보호요인에 대한 이해는 정신건강의 예방적 접근에 대한 관심을 촉진시켰다. 더불어 우울증과 자살행동과 같은 정신건강문제의 예방에까지 확대 적용되고

있다. 부가적으로 정신건강을 긍정적 증진으로 전환시킬 때, 청소년의 정신건강 증진과 예방에 있어서 전망을 고려하는데 유용한 틀이 될 수 있다(곽영숙, 박순영 공역, 2008).

아래 [그림 II-1]은 청소년 문제 행동과 정신장애의 관계를 도식화한 것으로 청소년의 정신건강영역에서 일반적으로 보이는 행동과 정서적 문제경향은 부모 및 교사가 주로 다룰 수 있는 영역이고, 안쪽의 정신건강문제와 정신질환의 영역은 정신건강 관련 전문가가 다룰 문제로 규명하고 있다 (Atkinson & Hornby, 2002).



【그림 II-1】 청소년 문제행동 및 정신장애의 관계

2) 아동·청소년시기와 정신건강의 관계

정신건강은 인생의 전(全)단계와 관련이 있다. 그러나 특히 정신건강에 영향을 끼치는 사회적 문제들은 실제로 노인보다는 사회화단계에 놓여있는 아동·청소년들에게 더 직접적이고 분명하게 영향을 미치게 된다. 아동·청소년은 건강한 성인이 되기 위한 준비기간으로서 어린 시절의 경험이 인격 성숙과 정신건강 유지에 결정적으로 중요하다는 인식이 확산되면서 최근 아동·청소년의 정신건강에 대한 관심과 염려가 증가하고 있다(이영호, 심경순, 김태준, 2006).

아동·청소년기는 독립성에 대한 욕구 증가, 정체성, 또래관계 형성, 취업 등 성인 역할의 확립에 영향을 주는 시기이며, 우울, 품행장애, 불안, 우울장애 등 정신장애의 첫 삽화가 나타나는 시기임과 동시에, 정신건강의 문제에 취약한 시기이기도 하다. 이러한 정신건강의 문제는 성인기에도 지속적인 영향을 주게 된다(홍연숙, 송진희, 김진학, 2006). Furlong와 Cartmel(1997)은 영국 아동·청소년들의 건강위험들과 전통적인 사회적 불균형과의 연관성 연구에서 아동·청소년이 직면하는 많은 건강위험들

이 여전히 사회적 계층과 성별 같은 특수한 것으로 구분되고 있을지라도 불확실한 과도기의 결과에서 생기는 스트레스와 관련된 개별화의 과정들이 모든 아동·청소년의 건강에 밀접한 연관성을 갖는다고 결론지었다. 특히 청소년 이행기의 순서가 지연되거나 뒤죽박죽되는 것은 아동·청소년들의 정신건강에 매우 부정적인 영향을 끼친다고 보고하고 있다(Furlong & Cartmel, 1997).

일반적으로 인간의 발달단계에서 전환기는 심리내적인 변화와 환경적인 변화로 인해 다양한 문제들이 발생하는 위기 단계라고 할 수 있다. 특히 청소년기는 아동기에서 성인기로의 발달하는 전환기로 다양한 변화와 이에 따른 스트레스를 동반하게 되므로 정신증적 문제가 가장 많이 발생하는 시기이기도 하다. 자살이나 기분장애의 유병률이 갑자기 높아지는 시기이다. 미국에서 시행된 ECA 결과에 의하면 정신질환의 증상이 처음으로 발현하는 나이는 평균 16세였다. 또한 대부분의 정신질환은 25세 이하에서 발병하는 것으로 알려져 있다. Rutter and Smith(1995)는 엄격한 역학조사를 통해 청소년의 경우 지난 50년 동안 12~26세 사이인 청소년, 청년기에 품행장애, 물질남용, 우울증, 자살시도가 증가하였다고 보고하였다(Rutter & Smith, 1995). Steinhausen, Meier와 Angst(1998)에 의하면 정신과적 질환을 경험했던 남아들 중 36세가 되었을 때 4명 중 1명은 정신질환에 이환되어 있었으며, 10명중 3명은 반사회적 문제를 일으키거나 심한 정신질환을 앓고 있었다(Steinhausen, Meier & Angst, 1998).

청소년기의 정신건강 문제가 나타나는 양상은 다양하며 일상생활에서 심각한 지장을 초래하는 심리적 장애의 형태로 나타날 수 있다. 지금까지 알려진 청소년기의 대표적인 정신병리로는 청소년 우울증, 정신증적 장애, 행동장애, 물질남용 장애 등을 들 수 있다. 또한 매사에 흥미가 없어지고 식욕감퇴와 체중감소 혹은 증가, 불면 혹은 수면과다 등 기본적인 신체기능의 변화로 쉽게 피로해지고, 사고나 주의집중력의 감퇴 등과 함께 스스로를 무가치하게 느끼고, 죽음과 자살에 대하여 생각하기도 한다(이시형, 1997). 특히 자살충동은 청소년들이 심한 정서적 혼란과 심리적 고통에서 도피하는 방법으로 나타나는 경우가 많으며 심각한 후유증을 가지게 된다.

우울, 불안 등과 같은 정서장애의 경우 청소년들이 성인보다도 현저히 높은 빈도를 보이고 있어 일반 청소년 중 약 50%가 불안, 우울증상을 호소하는 것으로 보고되어 있다. Zubrick, Silburn, Burton와 Blair(2000)의 연구에서는 최근에 정신과적 문제의 발생 시기가 이전보다 더 빨라지고 있다고 보고하고 있다(Zubrick, Silburn, Burton & Blair, 2000). 모든 선진국가의 아동·청소년의 약물복용, 범죄, 우울증 그리고 자살 행위와 같은 정신장애의 비율이 점차 증가하고 있다(곽영숙, 박순영 공역, 2008).

3) 아동·청소년 정신건강 사업의 필요성 및 중요성

아동·청소년 정신건강사업의 중요성에 대한 연구 중 하나는 Robins(1991)의 연구이다. 그는 어린 시절의 행동문제와 어른이 된 후의 반사회적 행동과의 관계에 대한 연구를 위해 St. Louis 병원의 아동 클리닉의 기록을 이용하여 나이와 성별을 맞추어서 그런 문제가 없는 아이들은 같은 학교에서 통제집단으로 두고 30년 동안 추적 관찰하여 두 집단이 어른이 된 후에 정신과적으로 어떻게 되는지를 보았다. 정신과적 영역의 질환 발병률이 다를 뿐 아니라, 어린 시절의 반사회적 행동이 성인이 된 후에 '사회병적 인격(sociopathic personality)'의 위험인자가 된다는 것을 밝혀냈다. 그의 연구는 성인의 반사회적 행동에 대한 이해 뿐 아니라 미국정신의학회(APA)의 반사회적 인격 장애의 진단기준에도 영향을 끼치기도 하였다(Robins, 1991).

우울장애와 불안장애는 청소년기에 유병률이 급격히 증가하며 본인들에게 심리적 고통을 줄 뿐 아니라 청소년의 인지영역, 대인관계 영역, 학업영역 등 다양한 영역에서 문제를 일으키게 된다. 특히 청소년들의 경우 우울장애나 불안장애를 조기에 발견하지 못하는 경우 만성화되어 장기적으로 심각한 적응의 문제를 야기할 수 있다. 그러나 우울, 불안 등의 정서적 문제는 직접적으로 주위 환경과 마찰을 일으키지 않는 경우가 많으므로 외현화 장애에 비해 좀 더 만성화되고 증상이 심화된 후에야 전문적 도움을 받는 경우가 많다. 따라서 청소년들의 정서문제를 조기에 발견하여 개입할 수 있는 방안을 개발하는 것이 매우 중요하다.

실제로 아동·청소년의 건강과 관련하여 정신건강 등의 정서 발달은 신체 발달 등의 신체 건강에 비해 상대적으로 적은 관심의 대상이었다. 상해, 성병, 물질남용 등의 보건 영역은 몇 십년간 주요 캠페인의 초점이 되었으나 대조적으로 정서와 행동문제는 주된 관심을 받은 경우가 드물었고 체계적인 투자도 적었다. 이와 같이 상대적으로 방치된 이유는 다양하겠으나 청소년 정서문제를 청소년기에 예견할 수 있는 소용돌이의 일부로 보는 경향도 중요한 요소이다. 다시 말해 청소년기에 겪는 사춘기의 특징으로 간주하려고 했기 때문이다. 이러한 견해는 청소년 정서문제에 대한 효과적인 임상적 반응이 발달되는 것을 방해했으며 다른 한편으로는 정신건강의 예방이나 증진에 대한 투자를 제한시켰다(곽영숙, 박순영 공역, 2008).

아동·청소년 정신건강 증진사업을 적극적으로 해야 하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 아동·청소년의 정신장애 및 문제 행동은 매우 흔하기 때문이다. 일반 아동 인구의 14~22%(진단 내릴 정도는 8~10%)가 문제행동을 보인다. 둘째, 아동·청소년에게 흔한 정신장애는 일생에 걸쳐 영향을 미치기 때문이다. 셋째, 급격한 생활환경의 변화로 정신건강상의 어려움을 호소하는 아동·청소년이 증가하고

있다. 넷째, 정신건강 상의 문제가 학교 및 가정, 또래친구와의 관계 등 생활 전반에 심각하게 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 다섯째, 문제 예방적인 측면이다. 정신과적 문제로 인한 학교 내 사고 및 문제를 예방할 수 있고, 조기 개입을 통해 인간관계 기술, 스트레스 대처방법 등 지속적인 정신건강교육으로 성인기 가정 문제, 사회적인 문제를 예방할 수 있으며, 아동·청소년의 정신건강문제 조기발견 조기치료의 어려움으로 부정적인 결과, 즉, 성인으로의 이완 및 정신장애의 만성화를 예방할 수 있는 점이다(김윤, 이선영, 오무경, 이은정, 강미영, 2009).

4) 아동·청소년 정신건강 증진사업의 목표

외국의 경우, 국가 단위 및 지역단위 정신건강 계획에 영유아, 아동·청소년을 대상으로 한 목표를 제시하고 있다. 캐나다 켈거리의 경우 아동·청소년 정신건강 서비스 확대 방안으로 우선순위를 제시하였고, 아동·청소년 정신건강 서비스의 역량 강화 및 질 향상'을 목표로 제시하였다.

호주 빅토리아 주 정신건강 개혁 전략 2009~2019를 보면, 아동, 청소년, 청년(0~25세)과 그들의 가족을 대상으로 하는 전략을 담고 있다. 구체적인 목표로는 첫째, 조기 아동 서비스, 일차의료 및 교육 환경을 포함해서 보편적 서비스를 통해 조기 발견과 개입의 강화, 둘째, 새로운 혹은 기존의 정신건강문제를 가진 아동, 청소년, 청년과 그들의 가족들을 위한 조기의 연령에 적합한 치료의 제공, 셋째, 매우 취약한 청년 집단을 위한 대상화된 정신건강 지원의 제공, 넷째, 정신건강, 약물, 알코올 문제와 관련된 위험이 존재하는 곳에 보다 강한 가족의 형성을 담고 있다. 이상의 목표를 달성하기 위한 전략은 첫째, 0~25세를 위한 서비스를 개선하여 접근성이 높고 조기에 개입할 수 있도록 한다. 이를 통해 치료의 연속성을 높이고 아동 및 청년을 위해 보다 연령에 적합한 대응을 하며, 일차의료, 조기 아동 서비스, 학교, 기타 다양한 지역사회 서비스와의 협력을 형성한다. 둘째, 학교의 보건 및 복지 인력의 기술을 조직하고 향상시킴으로써 정신적 안녕을 증진하고 새로운 정신건강 문제를 발견하며 필요한 전문적 개입으로의 후송을 앞당기고 추후 지원을 제공한다. 셋째, 청소년 서비스 센터, 같은 지역의 일반적 건강, 약물 치료 및 청소년 지원 서비스를 통해 새로운 중등도 혹은 심각한 정신건강 문제에 대해 청소년들(12~25세)에게 쉽게 도움을 제공한다. 넷째, 식이장애를 가진 청소년들에게 지속적인 전문 치료를 제공한다. 이것은 지역적으로 잘 조정된 치료 및 보호의 제공을 통해서 이루어질 수 있을 것이다. 다섯째, 심각한 학대 및 외상을 경험한 취약 청소년들에게 맞춤형의 유용한 서비스를 제공한다. 이러한 대상에는 범죄 청소년, 보호 청소년, 노숙 청소년 등이 포함된다. 마지막으로 정신건강 문제로 가족 관계에 문제가 있고 아동을 위협에 처하게 하는

가족들을 전향적으로 지원한다. 이것은 정신건강을 알코올 및 약물치료 서비스, Child First 지점들과 연결하여 필요시 가족 지원 개입을 제공하는 것을 뜻한다(강은정, 2009).

우리나라의 정신건강계획에서 아동·청소년정신건강과 관련된 부분은 다음과 같이 요약된다. 국가가 5년 동안 정신보건영역에서 수행하여야 하는 6개 영역에서의 16개의 정책적 과제를 제시하고 그에 대한 전략을 제안하고 있다. 6개 영역 중에서 D2 [의료기관에서의 치료와 지역사회기반 서비스의 질 관리] 중에 과제5(아동·청소년 정신질환에 대한 적극적 관리를 통해 성인기 정신질환을 예방할 수 있도록 한다)와 D3 [다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진]에서 과제7(아동·청소년 정신건강 증진과 자살예방을 위한 체계가 마련되어야 한다)에 내용을 담고 있다. 세부적으로 내용을 살펴보면, 과제 5에서는 아동기 정서행동발달문제에 대한 적극적 발견, 관리 및 치료연계 체계 구축(전략 12)과 과제 7에서 발달단계 별 정신건강 검진과 개입체계 구축(전략 15), 지역사회 아동·청소년 관련기관 간 서비스 네트워크 강화(전략 16), 아동기 및 청소년기에 특화된 정신건강 프로그램 제공 모형 개발(전략 17), 청소년 자살예방을 위한 예방적 학교 환경 조성 및 위기개입(전략 18)을 제시하고 있다.

실제로 국가정신건강 증진의 목표로 아동·청소년과 관련된 내용은 다음과 같다. 첫째, 아동·청소년 적극적 사례관리서비스 제공률⁴⁾이다. 내재화/외현화 문제를 가지고 있는 지역 내 취약계층 아동·청소년을 대상으로 적극적 사례관리서비스를 제공하는 비율을 향상시키는 것을 목표로 하는 것이다. 둘째, 생애주기별 아동·청소년 선별검사 시행률 증가이다. 영유아, 학령전기, 초등학교 1학년, 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 대상 생애주기별 아동·청소년 정신건강 선별검사 확대를 실시하여 전체 대상자의 50%를 대상으로 실시하는 것을 목표로 제시하였다. 셋째, 자살률⁵⁾ 감소이다. 2015년의 청소년 자살률을 2010년 대비 50% 감소시키는 것을 목표로 제시하였다(김윤 등, 2010).

4) 정신보건센터에 아동·청소년 정신건강팀 설치가 거의 되어 있지 않은 상황을 감안하여야 하며, 따라서 과제 15의 추진전략인 인구 10만 명당 정신보건전문요원의 확보와 아동·청소년을 비롯한 지역사회의 다양한 욕구를 가진 대상자에 대한 전반적 등록관리율의 향상을 전제로 하고 있음.

5) 자살률은 내재화/외현화 아동·청소년의 정신건강 문제를 반영하는 지표로 해외에서도 아동·청소년 정신건강 모니터링 지표로 삼고 있음.

2. 정신건강 증진사업의 현황

1) 우리나라 아동·청소년 정신건강 증진사업의 현황

국내의 학생정신건강정책은 주로 교육과학기술부(이후 교과부로 기술함), 보건복지부(이후 복지부로 기술함), 여성가족부(이후 여가부로 기술함)를 중심으로 수행되고 있다. 교과부는 ‘학생 정서·행동 발달 선별검사 및 정신보건 관리’, 복지부는 ‘아동·청소년정신보건사업’, 여가부에서는 ‘위기청소년사업’으로 서로 다른 명칭을 사용하고 있지만 실제로 그 내용을 보면, 유사한 형태의 사업임을 알 수 있다. 최근 부처별 통합 서비스를 추진하고 있으나 포괄적 의미의 정신건강문제를 다루고 있지는 못한 실정이다. 아동·청소년의 전반적인 정신건강의 영역이 아닌, 특정 질환 중심으로 예를 들면, 인터넷중독 분야에만 한정되어 있다. 따라서 각 부처의 정신건강정책의 추진방향과 사업 내용을 확인하고, 우리나라 아동·청소년 정신건강정책의 현황과 문제점, 방향에 대해서 생각해보고자 한다.

(1) 교육과학기술부 ‘학생정신건강관리사업’ : 2007, 2010, 2011 매뉴얼 참조

교과부에서는 현재 대두되고 있는 가정적 위기(빈곤, 부모의 이혼 등), 교육적 위기(학습부진, 학업중단), 개인적 위기(범죄, 가출, 폭력, 흡연 등) 등으로 위기 학생이 증가함에 따라 단위학교 차원의 선도와 치유의 한계를 느끼면서 교육청 차원의 지역사회지원망을 통해 ‘진단-상담-치료’ 즉, 학교-교육청-지역사회의 긴밀한 협력으로 위기학생에 대한 종합적인 안전망을 구축하여 운영함으로써 위기 학생에게 종합적 지원서비스를 제공하여 학교적응력을 높이기 위해 2009년부터 Wee 프로젝트를 추진하고 있다. Wee 프로젝트가 정신건강관리사업의 일환으로 진행된 것은 아니지만 위기학생 대부분이 정서적 어려움을 경험하고 있으며 이에 대한 상담 및 개입 내용을 보면, 정신건강관리사업의 수행으로 볼 수 있을 것이다.

교과부는 2007년부터 교육기본법 제 27조(보건 및 복지의 증진), 학교보건법 제2조의 2(국가 및 지방자치단체의 의무), 정신보건법 제4조(국가 등의 의무)와 학교건강검사규칙 제4조의 2(건강조사 항목 및 방법)에 근거하여 학생정신건강 강화를 위한 학생정신건강실태조사를 수행하고 있다. 이는 생활환경의 변화 등으로 우려되고 있는 우울, 불안, 폭력, 비행, 주의력결핍 등 학생정신건강문제에 적극 대처함으로써 조기 진단 및 정신건강문제의 악화를 방지함을 목적으로 한다.

표 II-1 학생정신건강관리의 법적 근거

교육기본법 제27조(보건 및 복지의 증진)
국가와 지방자치단체는 학생과 교직원의 건강 및 복지를 증진하기 위하여 필요한 시책을 수립·실시하여야 한다.
학교보건법 제2조의2(국가와 지방자치단체의 의무)
국가와 지방자치단체는 학생과 교직원의 건강을 보호·증진하기 위한 기본계획을 수립·시행하고, 이에 필요한 시책을 마련하여야 한다.
정신보건법 제4조(국가 등의 의무)
국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방하며, 정신질환자의 치료·재활 및 장애극복과 사회복귀촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.
학교건강검사 규칙 제4조의2(건강조사의 항목 및 방법)
건강조사는 예방접종 및 병력, 식생활 및 비만, 위생관리, 신체활동, 학교생활 및 가정생활, 텔레비전·인터넷 및 음란물의 이용, 안전의식, 학교폭력, 흡연·음주 및 약물의 사용, 성 의식, 사회성 및 정신건강, 건강상담 등에 대하여 실시하여야 한다.

2007년 전국 96개(16개 시도교육청별 초·중고 각 2교씩) 시범학교를 대상으로 2007년 5월 복지부에 서 개발한 정신건강조사도구(CPSQ, AMPQ)를 사용하여 학생정신건강실태조사를 실시하였고, 2008년에 245개교, 2009년 480개교, 2010년 1,100개교, 2011년 4,252개교로 그 수를 확대해 나갔다. 선별검사를 통해 고위험군으로 선별된 학생은 부모 동의에 따라 정신보건센터로 연계하여 심층사정평가를 실시하여 그 정도에 따라 정신의료기관 연계, 개인 및 집단상담 서비스를 제공받을 수 있도록 협의하는 절차를 마련하였다.

(2) 보건복지부 ‘아동·청소년 정신보건사업’ : 2007, 2009, 2010 정신건강사업안내 참조

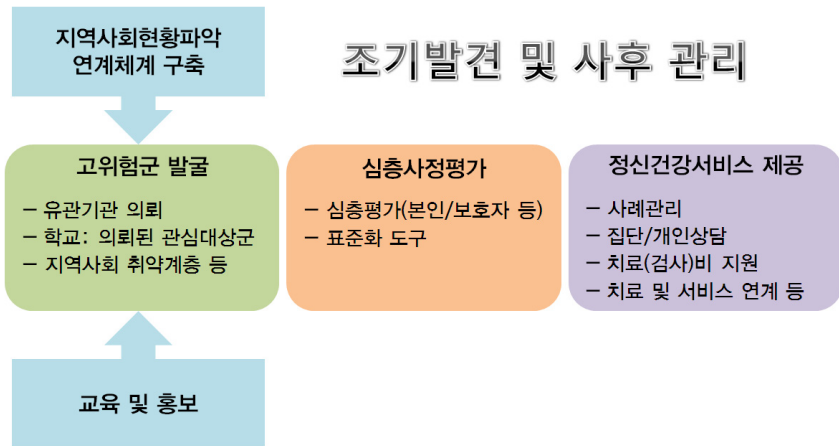
복지부는 아동·청소년 정신보건사업으로 교과부의 학생보다 좀 더 포괄적인 대상에게 정신보건사업을 지원하고 있다. 복지부는 2002년 지역정신보건센터 16개소에 아동·청소년정신보건사업을 별도로 운영하도록 사업예산을 지원하기 시작하였고 사업내용은 정신건강상태검사(개인 및 집단평가)를 통한 조기발견사업, 교사 및 학부모, 지역주민 교육, 홍보사업 등을 하고 있다. 2010년 12월말을 기준으로 전국에 53개소(국비지원 42개소, 지자체 예산확보 11개소)에서 아동·청소년정신보건사업을 수행하고 있으며, 2007년부터는 교과부와 함께 학생 정신건강을 위한 조기발견 및 조기개입 사업을 수행하고 있다.

복지부에서는 아동·청소년 정신보건사업의 목적을 지역사회 내 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계를 구축함으로써 아동·청소년기의 정신건강문제의 예방, 조기발견 및 상담·치료를 통하여 건강한 사회구성원으로서의 성장 발달을 지원하는데 두고 사업을 수행하고 있으며, 그 사업대상을 학생에 한정하지 않고 지역 내 만 18세 이하 아동·청소년 모두를 대상으로 하고 있다. 또한 사업 대상에 있어서도 지역사회 내 취약계층 아동·청소년(북한이탈주민, 다문화가정, 조손가정, 한부모가정, 청소년쉼터[가출청소년 일시보호소], 공동생활가정, 아동복지시설 아동·청소년 등)과 아동·청소년 관계자(부모, 교사, 시설종사자 등) 등을 포괄하고 있다.

이와 같은 사업은 주로 아동·청소년 정신보건사업 예산이 지원되는 정신보건센터(또는 보건소)를 중심으로 추진되고 있으며 아동·청소년 정신보건사업 예산이 지원되고 있지 않은 경우에는 기본적인 성격으로 지역사회 정신보건센터에서 선택적으로 사업을 수행하고 있는 실정이다. 특히, 정신건강문제 조기발견 및 사후관리 서비스를 중심으로 사업을 추진하고 있다. 교과부 지정 초·중·고등학교뿐만 아니라 지역사회 취약계층 아동·청소년 및 정신보건서비스를 필요로 하는 모든 아동·청소년까지 확대하여 사업을 수행하려고 노력 중이다.

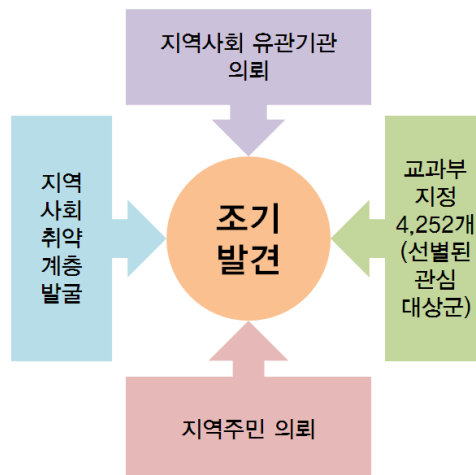
조기발견 체계를 통해 발굴된 아동·청소년을 대상으로 심층사정평가를 시행하고 이후 정신보건서비스(사례관리 및 정신의료기관 연계 등)가 필요하다고 확인된 대상자에 대해 지속적인 사례관리가 이루어질 수 있도록 하고 있다. 정신보건센터는 정신의료기관 및 사회복지시설, 학교 간 연계를 통해 개별상담, 집단프로그램 등을 운영하며 저소득층 아동·청소년에 대하여 지방자치단체의 다른 사회복지사업 또는 청소년지원사업 등과의 연계를 통한 외부자원을 활용하며, 필요할 경우 치료비(진료비) 등을 지원하고 있다.

정신보건센터에서는 복지부의 아동·청소년정신보건사업 추진체계도에 따라 정신건강문제를 조기발견하기 위해 지역 내 교육관련 부서(교육청, 학교 등) 등 유관기관 간 연계협력을 통하여 통합적인 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계 구축을 추진하며, 지역 내 아동·청소년 정신건강관련 기관(정신의료기관 소아청소년정신과전문의, 교육청, 학교, 복지시설, 지역아동센터, 청소년상담복지센터, 시·군·구 아동·청소년 복지담당 등)을 중심으로 한, ‘아동·청소년 정신건강 협의체’를 구성하기도 한다. 이를 통해 고위험군에 대한 발굴 및 자원 연계를 추진하고 있다.



【그림 II-2】 아동·청소년 정신보건사업 추진 체계도

정신건강 증진 및 정신질환 예방교육의 일환으로 교사 및 학부모 대상의 아동·청소년정신건강 문제의 조기발견, 예방 및 대처방법에 대한 교육을 실시하여 정신건강문제의 이해를 돕고 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 파트너십을 구축한다. 또한 지역사회 유관기관 대상(아동·청소년 관련시설 종사자)으로 시설을 직접 방문하거나 공동교육을 진행하고 있다. 이를 통해 취약계층 아동·청소년의 정신건강에 대한 예방 및 관리 등을 안내하고 고위험군 발견 시 정신보건센터로 의뢰할 수 있는 체계를 홍보한다.



【그림 II-3】 조기발견 체계도

특히 주요한 사업으로 정신건강 고위험군 아동·청소년을 대상으로 체계적인 사례관리를 수행하고 있다. 학교나 지역사회를 통해 발굴된 아동·청소년에 대해 심층사정평가를 실시하여 정신보건서비스(사례관리 및 정신의료기관 연계 등)가 필요하다고 확인된 대상자를 중심으로 해당 시설(학교) 및 부모의 요구와 정신건강문제의 종류, 심각성 등을 고려하여 서비스를 제공하고 있다.

이와 같은 사례관리 서비스는 고위험군 아동·청소년에 대한 지속적인 개입을 통해 서비스를 제공하는 것으로 증상 악화 시에는 적절한 치료연계가 이루어질 수 있도록 하고 있다. 사례관리 시 가정방문, 지역사회방문 등을 실시하며 필요에 따라 아동·청소년의 특성에 맞는 집단치료와 개인상담, 그리고 부모대상 교육 및 상담, 자체개발 또는 복지부 개발 사례관리 집단상담 프로그램 등을 활용하여 서비스를 제공하고 있다.

(3) 여성가족부 ‘위기청소년 정신건강사업’ : 제4차 청소년정책(수정·보완)기본계획, 2010 한국청소년상담복지개발원, 2010 전국 청소년 위기 실태조사, 청소년 상담연구 참조

여가부에서는 기존에 운영하고 있는 청소년사업 중 하나로 학교 부적응 학생 및 학업중단 학생 등을 위기청소년으로 정의하고 이들을 중심으로 사업을 수행하고 있다. 위기청소년들의 위험요인은 다양하나, 그 중 개인수준의 위험요인으로 약물, 성, 가출, 폭력 등의品行문제와 우울, 불안과 같은 정신건강상의 문제, 낮은 자존감 및 동기 부족과 같은 심리적 문제 그리고 학습장애 및 학습부진과 같은 학습문제 등을 보고 있다. 이 중 정신건강문제가 대두됨에 따라 다양한 형태의 정신건강사업을 진행하고 있다. 최근 대두되고 있는 자살, 인터넷 중독 등의 문제 등도 정신건강 상의 위기로 보고 이에 대한 사업을 추진하고 있다.

특히, 위기 청소년을 위한 사회안전망 구축을 통해 위기청소년 보호·지원기관 간 연계협력을 통한 지역사회 공동체 차원의 총력 대응체제를 구축하고, 위기청소년의 자기계발과 성공적 사회구성원으로의 복귀를 지원한다. 위기청소년의 요구수준에 부합되는 실질적 서비스를 제공하는 것을 목적으로 지역사회 위기청소년 통합지원 체계 구축을 위해 위기청소년의 현황, 요구, 인적·물적 자원 등에 관한 정보 네트워크를 형성하여 종합적으로 지원·관리할 수 있는 지역사회 위기청소년 통합지원 체계(CYS-Net)를 만들어 24시간 상담·구조·치료·자활 등 원스톱 종합지원서비스를 제공하고 있다.



【그림 II-4】 인터넷 게임 중독 대응추진 체계도

상담·가출신고전화(1588-0924) 등 여러 종류의 청소년 긴급전화를 청소년전화 ‘1388’로 통합 운영하고 있으며, 위험노출 청소년별 특성에 적절하게 부응하고, 가출·인터넷중독 등 청소년문제 발생 초기부터 사회복귀에 이르기까지 전 과정을 원스톱(One-stop)으로 지원할 수 있는 시스템 구축을 위해 「청소년보호종합지원센터」를 설치·운영하고 있다. 가출·폭력·인터넷성 등 위험에 노출된 청소년들의 치료·재활 및 긴급구조와 원스톱(One-stop) 서비스를 제공할 수 있는 시스템을 구축하여 인터넷중독, 학교부적응 등 다양한 정신건강상의 위기상황에 대응하고 있다.

특히, 인터넷 중독의 경우 교과부와 연계하여 초·4·중·1·고·1 학생 전수를 대상으로 선별검사를 진행하고 있으며 학교 내 예방교육을 강화하고 있다. 인터넷 중독 선별검사를 통해 고위험군으로 선별된 학생들에 대해 청소년상담복지센터, 정신보건센터, 치료협력병원들과 연계하여 인터넷 게임 중독 위험단계별 상담·치료서비스를 제공하고 있다.

2) 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책의 한계

(1) 부처 간 중복된 정책

현재 각 부처에서 추진되고 있는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 사업은 다양한 명칭 아래 하나의 통합된 방향 없이 진행되고 있는 것이 현실이다. 또한 부처 간의 ‘실적’이라는 명목으로 교과부와 복지부의 학생정서행동선별검사 이외의 협력은 거의 부재한 상황이다. 최근 이슈가 되고 있는 인터넷중독에 대한 접근도 복지부에서 주관하는 ‘정신보건센터’와 여가부의 ‘청소년상담복지센터’, 행정안전부 한국정보화진흥원에서 ‘정보화 역기능사업’의 하나로 별도로 실시하고 있으며 이에 대한 전문상담사 양성도 이분화되어 이루어지고 있는 실정이다. 또한 위기학생에 대한 접근도 교과부의 ‘Wee 센터’, 복지부의 ‘정신보건센터’, 여가부의 ‘청소년상담복지센터’에서 중복적으로 사업이 이루어지고 있는 상황이다.

각 부처별로 접근방법이나 대상자의 위기의 수준은 다르지만 모두 아동·청소년의 정신건강 증진을 통해 사회구성원으로서의 성장을 돕는다는 것에는 그 목적이 같으나 별도의 사업으로 추진되고 있다. 이처럼 부처 사업간 연계가 되어 있지 않아 결과적으로 효율적이고 일원화된 지원체계를 마련하지 못하고 있어 서비스가 필요한 아동·청소년에게 적절한 서비스가 제공되지 않고 있다는 부작용이 발생한다(이진석, 이선영, 김명정, 최혜원, 한혜민, 2011).

(2) 서비스 제공기관 간 업무 중복

여러 부처에서 지원되고 있는 아동·청소년 정신건강사업은 지역 내 다양한 시설들을 양산해내고 있다. 앞서 언급하였듯이 인터넷 중독사업은 교과부, 복지부, 여가부, 정보화진흥원 등 모든 부서에서 진행하고 있으며 일선의 프로그램도 비슷한 형태로 진행되고 있다. 비슷한 유형의 프로그램이 진행되어 대상자들의 기관 shopping의 결과를 초래하면서 서비스가 중복이 발생하는 결과를 낳고 있다.

특히 최근 청소년상담복지센터에서 진행되고 있는 ‘청소년 동반자 프로그램’의 경우 대부분의 기관에서 진행되고 있는 멘토링 프로그램과 유사한 형태로 진행되고 있으며, 또한 바우처 사업으로 인하여 생겨난 심리상담센터 등에서 시행하는 치료프로그램으로 개입서비스를 제공함에 따라 서비스의 중복이 더 가중되고 있는 것이 현실이다. 이러한 지역사회 내 다양한 시설 간의 연계가 필요함에도 불구하고 이를 연결해줄 수 있는 헤드쿼터(headquarter) 역할을 하는 조직이 부재한 것이 가장 큰 원인이라고 생각된다. 실제로 지역 내에서 정신건강 서비스의 중복과 누락이 발생되고 있다.

따라서 이러한 아동·청소년 정신건강 서비스를 책임지고 추진해나갈 수 있는 주체가 필요하며 이를 위한 기관간의 협력이 절실한 상황이다.

(3) 사후관리체계 부족

아동·청소년 정신건강사업도 다른 사업과 마찬가지로 지속적인 개입과 관리가 필요한 사업이다. 특히 아동·청소년기는 건강한 성장을 통해 건강한 성인으로 성장할 수 있는 기반이 되는 시기이므로 신중하고 질 높은 지속적인 사례관리가 필요하다. 그러나 현실적으로 사업을 진행하는 기관의 상황을 살펴보면, 이러한 관리가 가능하지 않은 상태임을 확인할 수 있다.

정신보건센터의 경우 아동·청소년 사업예산을 별도로 지원받아 운영되는 경우에도 아동·청소년 정신보건사업을 전담하는 인력은 1명 정도이며, 사업예산을 지원받지 못하고 있는 정신보건센터의 경우에는 다른 사업과 동시에 아동·청소년 정신보건사업을 담당하고 있는 경우가 대부분이다. 한 지역의 고위험군 청소년(초등학교 1학년 및 4학년, 중고등학생 1학년을 대상으로 한 2010년 학생선별 검사 주의군)의 비율 2%를 학생 전체의 고위험군으로 확대해보면, 어느 지역의 인구 20만 명으로 가정할 때 학생인구 36,000명(6~19세는 총인구수의 약 18%, 2010년 인구 총 조사) 중 2%인 약 720명의 대상을 1명의 인력이 담당한다고도 볼 수 있다. Wee 센터와 청소년상담복지센터 등에서 함께 관리한다고 가정하여도 각 기관 당 250명 이상을 관리하는 형편이 된다(중앙정신보건사업지원단, 2011).

이렇게 제대로 된 질 높은 사례관리를 제공하지 못하게 될 경우, 대상자들에게 정신건강 서비스에 대한 인지도와 체감도를 떨어뜨리는 부정적인 결과를 가져올 수 있으며, 실제로 정신건강의 문제를 발견만 하는데 그치고 마는 행정편의주의적 사업으로 전락될 수 있다. 이렇게 지속적인 서비스를 제공하지 못하거나, 개입시기가 늦어지는 경우도 생길 경우, 조기발견을 통한 조기개입으로 건강한 성인으로 성장을 도모하고자 하는 원래 목적과는 다른 결과를 낳을 수밖에 없게 된다.

이상의 한계를 해결하기 위해서는 부처 중심이 아니라, 대상자 중심의 부처 간 협력이 이루어져야 하며, 이를 통해 지역 내에 헤드쿼터 역할을 담당할 기관이 지정되어 사업 체계를 갖추어야 할 것이다. 나아가 아동·청소년의 건강한 성장을 위한 적절한 서비스제공과 지속적인 사례관리를 위해 관련 기관의 운영에 대한 정부차원의 보다 실질적이고 적극적인 지원이 마련되어야 할 것이다.

3) 외국의 아동·청소년 정신건강 증진정책 현황

(1) 미국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책

미국은 학교정신보건법이 제정되어 있으며, 2개의 국립학교정신보건센터인 Center for Mental Health in School 과 Center for School Mental Health Assistance를 설치하고 국가차원에서 학교정신보건사업을 적극적으로 실시하고 있다(Columbia University, 2003). 대다수의 주에서는 학교에 전문상담교사가 배치되어 있고 교사들의 정신건강에 대한 이해가 높아 정신건강 서비스를 필요로 하는 학생을 조기 발견하여 의뢰하는 체계가 확립되어 있다. 필요에 따라 다양한 유형의 정신건강 서비스를 제공할 수 있는 기관과 전문 인력이 충분히 확보되어 있을 뿐 아니라 이들 간의 상호의뢰, 협조하는 연결체계를 통하여 정신건강 서비스 연결망에 접촉이 되면 연속적인 서비스를 받을 수 있다.

최근에는 청소년들의 정신건강 증진을 통하여 문제를 사전에 예방하고자 하는 목적으로 문제해결능력, 의사결정능력, 스트레스관리능력 등을 함양하는 프로그램들을 실시하여 좋은 성과를 거두고 있다. 특히 학교에 기반을 둔 ‘정서장애 예방프로그램(PPP: Penn Prevention Program)’이 시행되어 지시적 예방 프로그램의 유용성이 증명되고 있다(Weist, Rubin, Moore, Adelsheim & Wrobel, 2003).

학교 내에서 통합서비스모델인 ‘통합학교보건프로그램’을 실시하고 있다. 즉, 보건교육, 체육, 보건서비스, 영양서비스, 교직원 건강증진, 상담과 심리서비스, 건강한 학교환경, 지역사회 참여 등의 8가지 요소에 정신보건서비스, 가족과 학생 대상 가족복지 및 사회복지 서비스를 포함하여(이정숙 등, 2003), 정신건강에 대한 비중을 높이고 있다. 학교보건 및 안전교육에 대한 국가 지침에서도 보건교육 내용으로 지역사회, 개인, 환경, 정신, 정서건강, 약물남용, 질병, 상해 및 폭력예방, 가정생활, 성, 대중매체 소양, 영양, 응급처치 및 기본적인 응급구조 기술 등을 포함하고 있다. 또한 구체적인 상황에서 건강하고 안전한 결정을 하는데 중요한 사회적 기술인 대인커뮤니케이션, 목표설정, 분노 조절, 옹호 기술 등을 연습할 수 있는 기회를 학생들에게 제공하고 있다(Dowdy, Ritchey & Kamphaus, 2010). 대통령 직속 정신건강 위원회는 아동·청소년 정신건강문제에 대해 5개의 목표와 19개의 권고사항을 통해 학교정신건강의 중요성을 강조하고 있다. 관련 권고사항에서는 학교정신건강 프로그램의 개선 및 확장과 정신장애와 물질사용장애에 대한 선별검사 및 통합치료전략에 대해 언급하였다(Adelman & Taylor, 2002).

(2) 호주 아동·청소년정신보건사업

호주는 전체 학교를 대상으로 정신건강 증진(whole-school approach)을 지원하기 위해 자원 구조화, 교과과정, 학교 및 지역사회 조직 간의 파트너십 구축에 초점을 두고 “Mind Matters”라는 포괄적 학교중심 정신건강 증진 프로그램을 수행하고 있다. “Mind Matters”의 사업 내용은 학교 학풍 및 구조적 변화와 지역사회 파트너십 개발을 위한 전문적 개발 및 지지, 문화적·사회적 다양성을 고려한 교과과정 개발, 학풍 및 파트너십 보장, 자살에 대한 보호요인 강화 및 위험요인에 대한 예방을 중심으로 하는 일차 예방 및 조기개입 프로그램의 연계, 민주적 의사결정, 교사, 학생, 부모 및 지역사회 구성원들의 적극적 참여를 지지하는 참여활동연구 등이다(김봉년 등, 2009).

전체 아동의 약 14%가 불안, 우울, 행동장애 등의 정신건강의 문제를 가지고 있지만 그 중 1/4 정도만이 전문가의 도움을 받고 있다. 이는 부모나 선생님들이 아이들에게 어떤 도움을 제공해야 하는지 정확히 인식하지 못하고 있기 때문이기도 하며 지역사회에서 이러한 정신보건서비스를 제공하는 자원에 접근하지 못하기 때문이기도 하다.

호주의 “Mind Matters”는 청소년의 정신질환에 대한 초기 발병에 보다 적극적으로 대응하기 위한 개입·치료 서비스 강화를 중심으로 한다. “Mind Matters”의 목적은 정신건강의 증진·예방 및 조기개입과 자살예방을 호주 중학교에 확산시키는 한편, 청소년이 안전하고 가치가 있다고 느끼며, 참여의지를 유발하는 학교 환경 및 문화의 개선, 청소년, 교직원, 가족 및 학교공동체의 정신건강을 향상시키고 생활상의 문제에 대처하기 위한 탄력성(resilience)과 자원동원력(resourcefulness), 존경, 상호관계를 향상시키는 사회적·정서적 기술 개발, 학교가 긍정적인 정신건강분위기를 만들 수 있도록 지원하는 등 학교공동체를 돕는 것이다(김윤 등, 2009).

청소년 정신건강 증진을 위한 “Mind Matters”의 학교-기반 정신건강 증진 접근전략은 WHO ‘세계학교보건사업(Global School Health Initiative)’의 원칙과 호주 ‘국가 건강증진학교 전략틀(National Health Promoting Schools framework)’에 기반을 두고 있으며, 총체적이고 광범위한 접근을 시도하고 있다. 건강증진학교 전략 틀을 구성하는 세 가지 중요한 영역은 교과과정, 학교 분위기 및 파트너십으로, 건강증진학교는 학생, 교사, 학교 및 지역사회 구성원의 건강에 가장 좋은 영향을 주는 환경을 만들기 위한 활동이다.

(3) 외국 아동·청소년 정신건강 증진사업의 시사점

아동·청소년 정신건강문제 및 정신장애는 정상발달을 저해하고 다양한 부적응의 문제를 야기하여 추후 성인기 문제로 발전할 수 있다. 또한 아동·청소년기의 우울증과 품행장애는 아동에게 높은 의료비용 지출을 가져오며 이들이 성장하였을 때 정신건강 서비스 이용이 높다는 연구결과(WHO, 2003)와 아동·청소년시기에 적절한 예방이 이루어질 때 정신건강 증진의 효과가 크며 특히 ADHD, 우울증은 조기발견 및 조기치료 시 좋은 치료효과가 있다는 연구결과(김효진 등, 2009)를 통해 알 수 있듯이, 아동·청소년기 정신건강에 대한 조기개입은 건강한 성장을 위해 매우 중요한 사업이다.

결과적으로 성인의 정신건강문제는 아동기에 시작되는 경우가 많기 때문에 조기개입을 통한 아동의 정신건강문제를 예방하는 것은 매우 중요하다. 특히 정신건강의 보호요인인 다양한 지지체계(가족, 학교, 지역사회 등)를 통해 문제발생 가능성을 줄일 수 있다(변보기, 2008).

앞서 살펴본 미국과 호주의 경우 국가적으로 아동·청소년 정신건강을 위해 별도의 법안을 마련하고 다양한 사업을 통합적으로 관리할 수 있는 관리체계를 뒀으로써 사업이 효과적으로 이루어지며, 다양한 영역에서 체계적인 관리가 이루어지고 있다. 특히 호주의 “Mind Matter” 사업의 경우 정신질환의 초기발병에 보다 적극적으로 대응하기 위해 학교에서의 역할, 지역사회의 역할, 정부차원의 역할에 대해 명확하게 제시하고 있어 각 수준에서 보다 적극적인 대처를 할 수 있도록 하고 있다.

미국의 경우도 마찬가지로 학교정신보건법을 통해 국가차원의 정신건강사업을 적극적으로 실천하고 있고, 필요에 따라 다양한 전문가를 확보하여 지원하고 있다.

우리나라 상황에서 아동·청소년 정신건강 증진사업이 효과를 가져 오기 위해서는 선별검사와 예방교육, 통합적인 사례관리 서비스를 위한 현재 시스템에 대한 조정과 함께 특히, 학교측면에서의 교육개혁과 학교-가정-지역사회의 통합이 이루어져야 할 것이다. 통합메커니즘을 통해 학교와 지역사회를 통합하여 학생들에게 서비스를 제공하며, 이를 막는 장벽을 해결하기 위해 학습능력을 높이는 프로그램과 정신건강을 도모하기 위한 프로그램이 함께 제공되어야 할 필요가 있다. 현재 이를 위한 아젠더는 형성되었으나 이를 위한 노력 및 자원은 매우 부족한 실정이다. 학교와 지역사회 영역의 메니지먼트, 권한부여를 통한 자원 통합, 학교 교사 및 관계자들의 타 영역과의 cross-training 등을 통하여 정신건강에 대한 인식을 재구조화할 수 있도록 해야 한다. 더불어 질 향상을 위해 체계에 대한 지속적인 리뉴얼이 요구된다.

3. 아동·청소년 정신건강 증진사업의 연도별 전개과정

우리나라 아동·청소년 정신건강 증진사업의 전개과정을 정리하는데 있어, 복지부와 교과부가 학생을 대상으로 진행하였던 정신건강 선별검사와 이후 서비스 연계를 중심으로 전개과정을 기술하고자 한다.

1) 준비기: 2005~2006년

2005년부터 사회적인 분위기 속에서 학생정신건강 관리의 필요성에 대한 문제가 제기되면서, 언론 및 국회 교육위원회에서 교과부에 학생정신건강관리강화에 대해 촉구하였다. 2006년 1월 매년 전 학생정신건강 관련 기초실태 조사(건강조사) 후 가정과 연계 관리토록 「학교건강검사규칙」을 개정하였다. 교과부는 2006년 11~12월 복지부와 연석회의를 통해 연계방안을 협의하고 학생정신건강관리의 기초를 마련하였다.

2) 사업 추진기: 2007~2011년

2007년 2월 교과부는 「학교 정신건강 강화」 기본방향을 수립하고, 복지부와 의 실무협의를 통해 부처 간 공동추진 방향을 최종 합의하였다. 2007년 4월에는 복지부와 학생정신건강관리방안에 대해 '청와대 합동보고'를 추진하고, 2007년 6월 19일에 국무조정회의와, 8월 1일 국정현안조정회의(186차)에서 학생정신건강 관리강화 대책을 발표하면서 실제적인 사업이 진행되었다.

교과부는 복지부와 학생정신건강 선별검사 중복 및 사각영역을 최소화하기 위하여 부처 간의 역할을 다음과 같이 정립하였다. 교과부는 ① 학교 선정 및 통보, ② 검진도구 배포 및 검진실시, ③ 결과 취합 및 이송, ④ 결과통보, ⑤ 중재프로그램 실시 협조 등을 시행하고, 복지부는 ① 검진도구 선정, ② 기술지원 및 통계분석, ③ 2차 검진, ④ 학교 연계 중재프로그램 실시, ⑤ 고위험군 의료기관 진료 안내를 한다.

선별검사 도구는 복지부에서 개발한 CPSQ(Child Problem - Behavior Screening Questionnaire: 초등학생용)와 AMPQ(Adolescent Mental Problem Questionnaire: 중·고등학생용)를 이용하고, 선별된 아동·청소년에 대해 정신보건센터로 연계하여 추후 서비스 제공에 대한

추진방안이 제시되었다.

정신건강시범학교로 전국 96개교를 선정하여 사업을 수행하였으며, 1·2차 선별검사와 3차 확진검사 과정으로 진행된다. 1차 선별검사는 학교와 센터, 2차 선별검사는 가족, 학교, 센터, 병원에서 실시되고, 정신의료기관에서 3차 확진이 진행되는 것으로 체계를 잡았다. 그러나 지역정신보건센터 연계 및 기술지원 등은 시범사업 초기이기 때문에 학교 내 선별검사 위주로 진행되는데 그쳤다. 1차 선별검사 도구는 AMPQ를 사용하고, 고위험군으로 확인된 청소년을 대상으로 문제영역별 정밀검사 도구로 2차 선별검사를 실시한 후 영역별로 질환의심자를 선별하였다. 2차선별에 사용한 도구에는 공통평가 도구로 간이정신진단검사(SCL-90-R), 가족적응력 및 결속력 평가도구(RACES-III), 내재화 영역 도구로 우울척도(BDI), 상태·특성 불안척도(STAI-X), 외현화 영역 도구로는 충동성(BIS-II, BIS-III), 섭식장애 척도(EAT-26) 등이었다.

2007년 11월에는 정신건강시범학교 및 교육청 담당자, 소아청소년 정신의학회 관계자들이 참석한 가운데 '07년 학생정신건강검진 시범운영 결과 보고를 진행하였고 선별 검사 이후 추구관리의 필요성이 제기되고, AMPQ 절단점(Cut-off point) 확인 및 조정의 필요성이 제기되었다. 2008년 1월 교과부는 복지부에 연계추진방안을 제안하고, 공조체제 구축을 합의하였다. 2008년 2월에는 수립된 '08년 학생정신건강관리 방안을 각 시·도에 시달하면서 사업을 수행하였으며, 복지부와와의 연계체제 구축을 주요 골자로 하여 각 부처는 다음과 같이 역할을 정립하였다. 교과부는 1차 선별검사 실시하고 정밀검진 대상 학생 선별 후 정신보건센터를 안내하며 추구관리를 지원하는 기능을 하고, 복지부는 학교에서 의뢰된 학생을 대상으로 2차 선별검사 및 정밀검진을 실시한 후 결과 분석 및 중재 프로그램을 운영, 고위험군 정신의료기관 진료 안내 등을 하기로 하였다.

정신건강시범학교로 전국 235개교를 선정하여 사업을 수행하였으며, 선별검사체계는 2007년과 동일하였다. 검사도구는 1차선별에서 CPSQ와 AMPQ를 사용하고, 2차선별에는 K-CBCL과 K-YRS를 사용하였다. 정신보건센터의 경우, 교과부 지정 학교에서 의뢰된 학생 대상자 이외에 관내 사회복지 시설에 거주하는 아동·청소년 및 정신질환자 자녀 등 취약계층을 대상으로 선별검사를 실시하는 사업을 별도로 수행하였다. 지역사회 관내 학교로부터 1차선별 검사 수행 업무를 요구를 받게 되면서 정신보건센터의 업무 과중 및 비효율성 등이 제기되었다.

1차 선별검사 도구(AMPQ)의 타당성 검토 및 개선 필요성에 대한 요구로 '학생정신건강 선별검사 시범운영 결과분석 연구'를 추진하여 학생정신건강관리 실태 및 관리체계와 검사도구 등에 대한 개선방안에 대한 논의가 있었다. 2009년 3월 19일 교과부는 복지부 '정신건강정책과' 및 '아동·청소년 매체환경과'와 효율적인 학생정신건강관리방안에 대해 실무협의를 실시하였고 이를 통해 복지부는

학교선별검사 후 의뢰한 위험군 학생을 대상으로 정밀검진 및 추구관리를 지원키로 하였으며, 선별검사 도구는 차후 개선방안 제시 전까지 현행 도구를 사용하기로 하였다. 정신건강시범학교로 전국 480개교를 선정하여 사업을 수행하였으며, 1차 선별검사는 학교에서 전문조사도구를 사용하여 학생 또는 학부모를 통해 조사하였고, 2차에서는 주요 문제(우울·불안, ADHD, 폭력성 등) 유형별 선별검사를, 3차는 전문기관(Wee 센터, 지역정신보건센터, 전문 병원)에서 의뢰받은 고위험 학생을 대상으로 정밀검진 및 사례별 관리 프로그램을 운영하거나 추구관리 하는 과정으로 진행되었다.

검사도구의 경우, 1차선별에서 CPSQ(초)와 AMPQ(중·고)를 사용하였고, 2차선별의 경우 2008년 도구의 비용과 신뢰도가 문제가 되어 특정질환에 대한 선별검사를 중심으로 시행하였다. 초등학생을 대상으로는 ADHD 선별검사 도구인 K-ARS(Korean ADHD Rating Scale)를, 중·고등학생을 대상으로는 우울증 선별검사도구인 BDI(Beck Depression Inventory)만을 사용하였다.

한편, 복지부 주관으로 학생정신건강 선별검사 관련 간담회를 실시하였고 교과부와 복지부 자문위원들이 함께한 가운데 학생정신건강관리체계 및 선별검사 도구의 적합성 여부가 검토되었다. 또한 교과부의 연차적 확대 추진계획에 따른 전수조사의 타당성 여부와 전수조사 진행 방법에 대한 논의가 이루어졌다. 논의 결과 학교 단체검진은 진단이 아닌 선별(screening)로 추진하는 것이 타당하다고 합의되었고, 도구 개선방안을 마련하기로 결정하였다. 이를 토대로 2010년 적용을 목표로 기존의 검사 도구(AMPQ)를 수정·보완하여 AMPQ II를 개발하고, 학교 내 관리 프로그램을 개발하였다.

2010년에도 교과부는 학생정신건강관리의 타당성과 효율성을 확인하고 개선점을 보완·발전시킴으로써 정책의 안정적 파급 및 정착을 도모하기 위하여 초·중고 1·4학년을 대상으로 학생정신건강선별검사를 실시하였다. 2010년 사업의 기본방향을 학생 정서·행동발달 지원체계 구축을 통해 학교 기반을 조성하고, 교육 및 홍보를 통해 담당교사, 학부모 및 교직원 학생의 인식개선 및 담당자의 관리 역량 강화에 두었다. 또한 학생 정서·행동발달 선별검사 및 결과분석을 통해 발견된 주의군 학생을 전문기관에 의뢰하여 심층사정평가 및 치료관리를 지원하는 것으로 하였다.

정신건강시범학교로 전국 1,100개교를 선정하여 사업을 수행하였으며, 2010년도 선별검사 추진체제로 학교는 1차 선별검사를 담당하고 지역정신보건센터, Wee 센터, 병원 등 전문기관에서는 학교에서 의뢰한 학생을 중심으로 2차 선별검사 및 추구관리를 담당하였다. 특히 2010년도에 복지부는 교과부 이외의 학교를 추가로 지정하여 학생정신건강선별검사를 실시하지 않고, 교과부 지정학교에서 의뢰한 학생을 대상으로 2차 선별검사 및 추구관리를 진행하기로 하였다. 이를 통해 학생정신건강관리의 효율성을 제고하기 위하여 교과부와 복지부 관리체계의 단일화를 도모하는 기틀이 되었다. 1차 선별검사에 사용된 도구의 경우 초등학생을 대상으로는 기존과 동일하게 CPSQ를 사용하고, 중·고등학

생을 대상으로는 재개발된 AMPQ II를 사용하여, 기존의 AMPQ의 문제제기 되었던 부분을 개선 및 보완하였다. 2차 선별검사는 1차 선별검사 결과에 따른 내재화·외현화 및 위험문항 관련 도구를 이용하여 조사하고 2차 선별검사도구로는 내재화의 경우 우울(CDI, BDI) 및 불안(SAIC, BAI)에 관한 검사지를 이용하였으며, 외현화의 경우 ADHD(ARS-IV, CASS) 및 반항·품행장애·충동성(DIS), 그리고 고위험 문항의 경우에는 자살(BSI, SIQ)을 선별하는 검사 도구를 사용하였다.

2010년 학교에서는 1·2차 선별검사 및 학교 내 상담·보건교육을 실시하고, Wee 센터, 정신보건센터는 심층사정평가 및 치료를 지원하는 것으로 역할을 재정립하였다. 그러나 학교 밖 전문기관 연계 확충 및 지역사회 협력 강화를 촉구하였으나, 학교와 센터 간 협력이 원활하지 않았다. 특히 Wee 센터의 본 사업에 대한 이해와 인식 부족으로 학교에서 고위험군(주의군)학생에 대한 의뢰에 대해 거부하는 사례가 발생하였고, 2009년 복지부와 합의사항이었던 공동지침이 제대로 시달되지 않는 등의 문제가 발생되었다. 이러한 한계 상황들로 인해 본 사업의 전면 확대 추진에 대한 실효성 검토가 제기되었다.

2011년 교과부는 종전과 동일하게 사업의 기본방향을 정하고, 정신건강시범학교로 전국 4,252개교를 선정하여 사업을 수행하였다. 2011년도 선별검사 추진체계로 학교는 1차 선별검사와 2차 선별검사 및 결과 안내를 담당하고 지역정신보건센터, Wee 센터, 병원 등 전문기관에서는 학교에서 의뢰한 학생을 중심으로 심층사정평가 및 치료지원을 담당하였다. 1·2차 선별검사에서 사용되는 검사 도구는 2010년도와 동일하며, 심층사정 평가 도구의 경우 특별한 지정 없이 지역 전문기관에서 선정한 도구를 기본으로 심층면담을 진행하였다.

3) 2012년 현재

2012년도 학교폭력 문제가 사회문제로 대두되면서 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률(2004.7.30, 제정)이 개정되면서 학교 내 폭력과 정신건강문제를 해결하기 위해 교과부는 모든 초·중·고등학교의 전체 학생을 대상으로 정신건강선별검사를 시행하기로 결정하였다. 현재 학생정서행동발달 검사(선별검사)를 학교폭력 근절대책의 일환으로 수행 중이나 학부모들의 민원, 교사의 업무 과중, 사후 서비스 부재 등의 문제를 해결하지 못한 상태에서 추진되고 있다. 향후 이와 관련한 정확한 문제 진단과 대안 모색이 절실한 상태이다.

제 III 장

아동·청소년 정신건강 실태조사

1. 모집단 분석
2. 표본 설계
3. 실사 설계
4. 조사 표본 수 및 응답자 특성
5. 조사 내용
6. 주요 조사 결과

제 III 장⁶⁾

아동·청소년 정신건강 실태조사

1. 모집단 분석

본 조사의 모집단은 2012년 5~6월 조사시점 기준 전국 초등학교 4~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~3학년에 재학 중인 학생이다. 먼저 16개 광역시·도별, 학교급별, 학년별 학생수를 <표 III-1>에 정리하였다. 전체 조사대상 학생수는 5,548,299명이며 각 학교급별 학생수는 초등학교 1,715,619명(30.9%), 중학교 1,898,699명(34.2%), 고등학교 1,934,011명(34.9%)이다. 고등학교의 경우 일반계 고등학교 1,486,941명(26.8%), 전문계 고등학교 447,070명이다(8.1%).

표 III-1 지역×학교급×학년별 학생수

구분	합계	초등학교			중학교			일반계 고등학교			전문계 고등학교		
		4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
서울	972,475	88,935	102,143	100,759	104,543	110,836	113,083	98,589	98,428	98,593	19,304	18,657	18,605
부산	355,440	31,439	35,701	35,830	38,119	40,428	42,673	31,867	32,838	33,471	11,847	10,312	10,915
대구	298,066	26,763	30,498	31,123	31,949	34,572	35,451	29,197	28,181	28,435	7,536	7,215	7,146
인천	311,455	29,163	32,882	32,992	33,879	36,164	36,542	29,287	28,891	28,578	7,607	7,602	7,868
광주	197,467	18,722	21,442	21,146	22,232	23,220	22,976	18,547	17,569	17,111	4,958	4,734	4,810
대전	183,407	17,360	19,593	19,401	20,414	21,267	21,601	18,195	17,384	17,218	3,910	3,514	3,550
울산	144,355	13,017	14,904	15,036	15,825	16,719	17,122	14,024	13,567	13,600	3,656	3,452	3,433
경기	1,370,560	136,168	154,011	150,814	153,826	158,200	157,711	122,638	117,993	114,314	36,162	34,118	34,605
강원	164,825	15,869	17,877	17,842	18,751	19,190	19,048	11,451	11,000	10,635	8,073	7,533	7,556
충북	176,156	17,030	18,888	18,863	19,743	20,545	20,830	13,752	13,329	13,495	6,799	6,423	6,459
충남	226,148	22,555	25,095	24,500	25,341	25,870	25,873	20,018	19,176	18,722	6,708	6,192	6,098
전북	215,694	20,408	23,008	22,661	24,230	24,756	25,274	17,069	16,816	16,647	8,712	8,111	8,002
전남	207,257	19,449	22,319	22,344	23,033	23,898	24,314	17,250	16,219	16,040	7,654	7,442	7,295
경북	275,191	26,008	29,799	29,791	29,729	31,914	31,795	23,155	22,779	22,367	9,609	9,018	9,227
경남	378,598	36,461	41,066	40,866	42,325	43,667	44,807	35,043	33,420	33,304	9,498	9,220	8,921
제주	71,205	7,220	8,056	7,802	7,880	8,307	8,197	5,688	5,584	5,467	2,479	2,317	2,208
합계	5,548,299	526,567	597,282	591,770	611,819	639,553	647,297	505,770	493,174	487,997	154,512	145,860	146,698

6) 이 장은 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

2. 표본 설계

1) 표본크기 및 층화

본 조사의 전체 목표 표본크기는 조사의 비용 및 시간을 고려하여 <표 III-2>와 같이 8,500명으로 결정하였다. 이 때 모비율의 추정에 대하여 예상되는 표본오차는 단순임의추출을 가정하는 경우 95% 신뢰수준 하에서 $\pm 1.1\%P$ 이다.

층화의 경우 조사내용의 특성과 모집단의 대표성을 높이기 위해 조사모집단을 2011년 교육통계연보에 수록된 전국 초등학교, 중학교, 고등학교 현황을 기초로 지역구분(광역시·도, 16개)과 학교구분(초·중일반계고·전문계고 등 4개)을 학년(초 4~6학년, 중·고 1~3학년) 3개를 층화변수로 고려하였다.

표 III-2 학교급×학년별 모집단크기, 목표 표본크기

학교급		학년	모집단크기		단순비례배분 목표 표본크기		
초등학교	초등학교	4	526,567	1,751,619 (30.9%)		2,628 (30.9%)	
		5	597,282				
		6	591,770				
중학교	중학교	1	611,819	1,898,669 (34.2%)		2,909 (34.2%)	
		2	639,553				
		3	647,297				
고등학교	일반계고	1	505,770	1,486,941 (26.8%)	1,934,011 (34.9%)	2,278 (26.8%)	2,963 (34.9%)
		2	493,174				
		3	487,997				
	전문계고	1	154,512	447,070 (8.1%)		685 (8.1%)	
		2	145,860				
		3	146,698				
합계				5,548,299 (100.0%)		8,500 (100.0%)	

2) 표본 배분

학생 수에 단순비례하도록 지역구분(16개)×학교급(4개)=64개 각 층에 표본크기를 할당하면 <표 III-3>과 같다. 표본으로 선정된 학교에서 한 학년, 한 학급을 선정하여 조사하되 선정된 학급에 속한 학생들을 모두 조사할 것이므로, 각 층에 할당된 표본크기를 각 층의 학급당 평균 학생 수로 나누면 <표 III-3>과 같이 조사될 학교 수가 할당된다.

이 경우 필요 학생 수를 고려하여 학교를 배분하는 과정에서 학교 수가 1개가 되지 않는 지역이 발생할 수 있으며, 최소 3개 학교가 배당되지 않는 지역에 대해서는 어느 학년을 조사할 것인지에 대한 문제가 발생한다. 이에 다음과 같은 원칙을 정하고 표본을 할당하도록 하였다.

- 각 학년별로 지역구분(16개)×학교급(4개)=64개 각 층에 최소 한 개 이상의 학교가 할당되도록 한다.
- 각 지역별로 학년이 균일하게 분포되도록 하되, 3개 학교 미만으로 할당된 경우는 2학년을 우선적으로 할당되도록 한다⁷⁾.
- 각 학년별로 층별 모집단크기에 비례하도록 학교 수를 할당하되 전체 학교 수가 300개가 되도록 한다.

표 III-3 단순비례배분에 의한 표본크기 할당

구분	학생수					학교수				
	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고
서울	1,505	462	509	448	86	47.2	16.8	14.9	12.4	3.1
부산	556	165	191	151	51	18.5	6.6	5.8	4.3	1.9
대구	460	138	159	128	33	14.2	5.1	4.4	3.5	1.1
인천	482	150	166	131	36	16.0	6.2	4.7	3.9	1.2
광주	300	96	103	78	21	9.1	3.6	2.8	2.1	0.6
대전	281	88	97	79	17	9.0	3.4	2.8	2.2	0.6
울산	223	69	77	61	16	7.1	2.7	2.3	1.6	0.5
경기	2,076	685	709	518	163	64.9	25.7	20.2	14.0	5.0
강원	252	82	86	49	36	12.0	5.2	3.5	1.8	1.5
충북	268	85	92	61	28	10.7	4.5	3.4	1.8	0.9
충남	341	113	115	85	28	14.1	6.3	4.1	2.7	1.1
전북	329	105	113	75	37	15.2	6.5	4.7	2.5	1.5
전남	319	103	109	73	34	15.1	6.5	4.5	2.5	1.6
경북	423	135	144	101	43	19.3	8.1	6.1	3.4	1.7
경남	578	188	200	148	44	23.0	9.5	7.2	4.6	1.6
제주	108	36	37	24	12	4.0	1.7	1.2	0.7	0.4
합계	8,500	2,698	2,908	2,208	687	299.4	118.5	92.6	64.1	24.2

7) 1학년은 학교에서의 경험이 상대적으로 낮고, 3학년은 조사를 진행하기 어려운 점을 고려하였음.

3) 표본 추출

각 학교구분과 지역구분별로 할당된 표본학교의 추출은 <표 III-3>에 주어진 표본배분 결과를 이용하여 선정하되, 초등학교의 경우 각 학년별 학급수가 2개 이상, 중·고등학교의 경우 각 학년별 학급수가 3개 이상인 학교가, 학급당 평균 학생수가 20명 이상인 학교가 추출되도록 한다. 그리고 선정된 표본학교 내에서 1개의 표본학급을 무작위로 선정하고, 그 학급의 모든 학생들을 조사하였다.

추출된 학교 측의 조사협조 거절로 조사가 불가능할 경우, 동일한 층 내의 학교 리스트에서 무작위로 대체하였다. 또한 사전 학교 섭외과정에서 우열반, 특수반 등 특별편성이 되어 있는 학급은 제외하며, 지역별 성별 구성비율도 고려하여 최종 조사될 학교 및 학급을 선정하였다.

3. 실사 설계⁸⁾

1) 리스트 정제 및 사전 접촉

이상의 과정을 통해 추출된 표본에 대한 실사를 진행하였다. 실사 진행을 위해 먼저 학교별 리스트의 정확성에 대한 확인을 목적으로 학교명, 연락처, 주소 등 기본정보의 누락 여부 및 휴교중인 학교 등 조사 대상학교의 적절성, 조사 대상 학교의 중복 여부에 대해 사전에 확인하였다. 이후 조사 협조도 제고를 위해 조사 협조 경험이 높은 면접원을 위주로 투입하여 면접원의 전문성을 높이고 조사 협조도를 제고하였다.

한편 조사 대상 학교의 교감 선생님 앞으로 협조 공문과 안내문을 사전에 발송한 후 사전 접촉을 실시하였다. 이를 통해 각 학교에서 조사에 대해 사전 인지하도록 하여 조사 협조도를 제고하였다.

2) 학교 방문 조사원 모집 및 교육

조사에 대한 이해도가 높은 면접원을 선발하기 위해, 2011년도 조사 경험자를 중심으로 면접원을 선발하였다. 또한 조사 진행의 통일성을 위하여 본 조사 담당 연구원이 각 지역별(서울, 부산, 대구,

8) 실사 설계 부문은 본원의 통합조사의 수행을 맡은 전문 리서치 업체에서 기술한 내용을 일부 인용하였음.

대전, 광주)로 집체 교육을 직접 실시하였다. 또한 비표본 오차를 최소화하기 위해 사전 접촉 면접원, 학교 방문 면접원, 코딩 및 에디팅 담당자를 대상으로 조사의 목적, 조사 내용, 학교 접촉 방법 등에 대한 교육을 실시하였다.

3) 실사 진행

사전 접촉 시 지정된 담당 교사에게 연락하여 방문 약속을 잡았으며, 방문 조사원은 약속된 시간에 방문하여 담당 교사의 안내를 받아 직접 학생들을 통솔하여 면접 조사를 진행하였다. 방문 조사원은 학교의 교급에 따라 2인 1조의 시스템과 1인 1조의 시스템을 구성하여 조사를 실시하였다.

- 초등학생의 경우, 집중도와 이해력이 낮아 학생들을 충분히 통제하기 위해 면접원 2인이 1조로 구성하여 조사를 진행함
- 중학생 및 고등학생의 경우, 설문에 대한 이해력이 상대적으로 높고 통제를 싫어하는 경향을 보여 면접원 1인이 1개 학급의 조사를 진행함

1개 학교에서 완료해야 하는 모든 과제를 완료한 학교에 대해서만 해당 샘플의 조사 완료로 보고, 일부 과제의 누락 또는 특정 사유로 인해 조사 대상 학급 학생들의 30% 이상이 조사를 진행할 수 없을 경우에는 해당 학교에서 진행한 모든 설문지를 폐기하고, 다른 학교로 대체하였다.

한편 사전 접촉을 통해 조사 협조해 주겠다고 응답하였으나, 학교 사정 등으로 조사 협조를 철회하는 경우 대체 차수에 따라 순차적으로 접촉하여 실사를 진행하였다.

4) 조사표 검증 및 자료 처리

조사표 검증은 총 3차 검증을 실시하였다. 1차는 현장에서 설문지를 회수하기 전에 무응답 여부, 분기 문항 등을 확인하고, 2차 검증은 조사표를 회수한 뒤 학급을 떠나기 전에 검토하고, 3차 검증은 연관 문항을 중심으로 에디팅을 실시하였다. 연관 문항에서 오류가 발생할 경우 조사표를 재확인하여 처리하였다. 또한 설문지의 모든 문항에 대해 더블펀치를 실시하여 입력 에러율을 최소화하였으며, 자료 입력 시 설문 로직 등을 자료 입력 프로그램에 설정하여 자료 입력 과정에서 설문지 기입 오류를 확인 및 수정하는 절차를 거쳤다. 이후, 모든 문항에 대해 빈도표를 확인하고, 문항 간 논리적 오류를 확인하여 최종적으로 에디팅을 실시하였다.

4. 조사 표본 수 및 응답자 특성

본 조사의 전체 목표 표본크기는 앞서 <표 III-2>와 같이 8,500명으로 결정하였으나, 목표 표본 크기에 따라 단순비례배분에 의해 표본 크기를 할당하였다. 이후 지역별로 할당된 학교 수에 따라 학교별 1개 학년 1개 학급의 학생 전원 조사를 원칙으로 하였기에 실제 목표로 삼은 크기보다 많은 표본이 조사되었다.

이 조사를 통해 조사 완료된 최종 학교 수와 조사 표본 수는 <표 III-4>와 <표 III-5>에 각각 제시되어 있는 것과 같이 조사 완료 학교 수는 총 300개이며, 조사표본수는 총 8,745명이었다.

한편 최종 조사 표본 수에 따른 응답자 특성을 분석한 결과가 <표 III-6>에 제시되어 있다. 응답자 특성에 대한 분석결과를 살펴보면, 총 조사 표본 수 중 남자가 4,494명(51.4%)이었고, 여자는 4,251명(48.6%)이었다. 또한 초등학생은 3,185명(36.4%), 중학생은 2,986명(34.1%), 고등학생은 2,574명(29.4%)이었다.

표 III-4 조사 완료 학교 수

지역	총계	교급 및 학년별 조사대상 학교 수											
		초등학교			중학교			일반계 고등학교			전문계 고등학교		
		4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
합계	300	39	41	39	31	31	31	21	22	21	8	8	8
서울	47	5	6	6	5	5	5	4	4	4	1	1	1
부산	19	2	2	3	2	2	2	1	1	2	0	1	1
대구	14	1	2	2	1	1	2	1	1	2	0	1	0
인천	16	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	0	0
광주	10	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
대전	9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
울산	8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0
경기	65	9	8	9	7	6	7	5	4	5	2	1	2
강원	12	2	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0
충북	11	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1
충남	14	2	2	2	1	2	1	1	1	1	0	1	0
전북	15	2	2	3	2	2	1	0	1	1	0	0	1
전남	14	2	2	2	2	1	2	1	1	0	1	0	0
경북	19	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1
경남	22	3	3	3	2	2	3	2	1	2	0	0	1
제주	5	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0

표 III-5 조사 표본 수

지역	총계	교급 및 학년별 학생 수											
		초등학교			중학교			일반계 고등학교			전문계 고등학교		
		4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
합계	8,745	1,033	1,099	1,053	992	962	1,032	631	687	672	204	184	196
서울	1,300	121	157	144	163	136	148	113	130	117	23	30	18
부산	552	50	53	77	58	66	63	36	31	75	0	16	27
대구	426	22	53	57	30	37	78	23	34	74	0	18	0
인천	446	47	55	41	62	21	69	28	36	59	28	0	0
광주	293	26	51	31	34	33	32	35	31	0	0	20	0
대전	247	26	19	33	32	30	28	25	33	0	0	21	0
울산	221	22	25	27	33	30	0	41	19	0	24	0	0
경기	2,034	260	228	266	237	195	254	164	129	157	54	29	61
강원	343	52	53	30	34	55	32	38	27	0	0	22	0
충북	314	45	53	27	32	26	27	0	37	41	0	0	26
충남	415	63	53	57	24	69	32	27	27	35	0	28	0
전북	426	57	57	81	52	67	32	0	40	22	0	0	18
전남	390	51	57	47	68	38	69	24	20	0	16	0	0
경북	561	80	79	52	66	65	67	22	34	37	28	0	31
경남	633	80	77	83	67	63	101	55	37	55	0	0	15
제주	144	31	29	0	0	31	0	0	22	0	31	0	0

표 III-6 응답자 특성

		사례수(명)	비율(%)
전체		(8,745)	100.0
성별	남자	(4,494)	51.4
	여자	(4,251)	48.6
학교급	초등학교	(3,185)	36.4
	중학교	(2,986)	34.1
	고등학교 ⁹⁾	(2,574)	29.4
학교소재지	서울	(1,300)	14.9
	광역시	(2,185)	25.0
	시군	(5,260)	60.1
가족구성	양부모가정	(7,681)	87.8
	한부모가정	(709)	8.1
	조손가정	(147)	1.7
	기타	(178)	2.0
	무응답	(30)	0.3

9) 고등학교는 일반계고와 전문계고를 합한 수치임.

5. 조사내용

2011년에 활용된 도구를 기본적으로 활용하여 2011년도 조사결과와 비교 분석하여 제시하였다. 다만, 자살관련 문항의 경우 자문회의 등의 절차를 통해 문항 일부를 수정·보완 하였다.

조사영역은 개인영역, 가족영역, 지역사회 영역 및 학교영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하였다. 대 영역 중 개인영역은 다시 우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행 등의 변인들로 구성된 부정적 요인과 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등의 변인들로 구성된 긍정적 요인으로 구성하였다. 가족영역의 경우는 부모의 지원, 가족관계 질 변인들로 구성하였고, 지역사회영역은 지역사회 지원과 지역사회 상호작용 변인으로 구성하였다. 마지막으로 학교영역은 학교수업, 교사관계, 친구관계 및 학교생활 등의 변인들로 구성하였다.

표 III-7 조사영역 및 조사내용

조사영역			조사내용	문항수	α
개인 영역	부정적 요인	우울	우울의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상의 정도	21	.904
		불안	인지적, 정서적, 신체적 영역에서의 불안의 정도	21	.908
		게임중독	게임지향적 생활, 내성과 통제력 상실, 금단과 정서경험 경향성	20	.933
		자살	자살 생각, 자살 생각 이유, 자살 시도 경험	3	-
		스트레스	부모, 형제자매, 외모, 건강, 경제, 친구, 이성, 선후배, 선생님 관계, 진로, 학업문제에서의 스트레스 정도	12	.862
		비행	흡연, 음주, 절도, 폭행, 강탈, 무단결석, 가출, 음란물, 도박, 공공기물 파손 경험	10	.785
	긍정적 요인	생활만족도	부모, 친구, 선생님과의 관계, 경제적인 생활수준, 여가 생활, 학교생활, 학업성적, 건강의 만족도 정도	8	.876
		자아존중감	자기 자신에 대한 긍정적 태도의 정도	5	.920
		자기효능감	자신이 효율적으로 기능할 수 있다는 신념의 정도	3	.884
		정서조절	부적 정서 체험 후에도 감정에 휩쓸리지 않고, 자신의 감정을 적절하게 조절할 수 있는 정도	3	.834
		낙관주의	자신의 인생과 세상을 긍정적이며, 희망적으로 보고, 또 통제 할 수 있을 것이라는 신념의 정도	3	.825
가족영역	부모의 지원		정서, 정보, 경제적 지원의 정도	14	.946
	가족관계 질		가족구성원간의 유대감이나 친밀의 정도	5	.933
지역사회 영역	지역사회 지원		가족, 친구, 선생님 이외에 지역사회의 돌봄과 지원의 정도	3	.840
	지역사회 상호작용		지역사회의 단체나 기관 등의 활동에 참여하는 정도	3	.771
학교영역	학교수업		학업에 대한 유능감을 갖고 있는 정도	3	.846
	교사관계		교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류를 하는 정도	3	.903
	친구관계		친구와 긍정적인 교류를 하고 도움을 주고받는 정도	3	.872
	학교생활		학교시설과 물건을 아끼고 규칙을 잘 지키려고 하는 정도	3	.754

* 주: 각 변인에 대한 세부 문항내용은 부록에 제시되어 있음.

6. 주요 조사 결과¹⁰⁾

1) 개인영역

(1) 부정적 요인

① 우울 - 요인별 및 항목별 평균

우울에 대한 요인별 평균에서는 ‘정서적 표현/부정적 인지(M=0.45)’가 가장 높게 나타났고, ‘부정적 자기상/정신운동지연(M=0.38)’, ‘죄책감/자기혐오(M=0.37)’, ‘신체적 측면(M=0.36)’의 순으로 나타남. 2011년도와의 결과를 비교해보면, 모든 요인에서 2012년의 점수가 더 낮게 나타나, 우울과 관련된 모든 요인이 전반적으로 감소하였음.

표 III-8 2011~2012년도 우울의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
죄책감 /자기혐오	1	지난 일주일 간의 상태 - 슬픔	0.31	0.29
	3	지난 일주일 간의 상태 - 실패	0.35	0.34
	5	지난 일주일 간의 상태 - 죄책감	0.31	0.29
	6	지난 일주일 간의 상태 - 벌	0.44	0.40
	7	지난 일주일 간의 상태 - 자신에 대한 실망	0.48	0.45
	8	지난 일주일 간의 상태 - 자책	0.47	0.42
	9	지난 일주일 간의 상태 - 자살	0.46	0.41
소계			0.40	0.37
부정적 자기상 /정신운동 지연	12	지난 일주일 간의 상태 - 타인에 대한 관심	0.38	0.36
	13	지난 일주일 간의 상태 - 결정	0.55	0.50
	14	지난 일주일 간의 상태 - 자신의 매력	0.51	0.46
	15	지난 일주일 간의 상태 - 일할 의욕	0.40	0.34
	21	지난 일주일 간의 상태 - 성욕	0.27	0.26
소계			0.42	0.38
신체적 측면	16	지난 일주일 간의 상태 - 잠	0.33	0.33
	17	지난 일주일 간의 상태 - 피곤함	0.74	0.72
	18	지난 일주일 간의 상태 - 식욕	0.32	0.30
	19	지난 일주일 간의 상태 - 체중변화	0.22	0.22
	20	지난 일주일 간의 상태 - 건강에 대한 염려	0.24	0.21
소계			0.37	0.36
정서적인 표현 /부정적 인지	2	지난 일주일 간의 상태 - 앞날에 대한 기대	0.42	0.41
	4	지난 일주일 간의 상태 - 일상생활 만족	0.55	0.50
	10	지난 일주일 간의 상태 - 울기	0.24	0.23
	11	지난 일주일 간의 상태 - 짜증	0.69	0.66
소계			0.48	0.45
우울 영역(전체)			0.41	0.38

10) 이 절에서는 응답자 특성에 따른 각 세부영역별 집단 간 차이에 대한 분석결과만을 제시하였고, 전체항목에 대한 세부 분석결과는 2권 “조사결과 자료집”에 수록하였음.

□ 응답자의 특성에 따른 우울 영역의 요인별 차이 분석

우울에 대한 요인별 차이를 분석한 결과는 <표 III-9>와 같다. 구체적으로 살펴보면 우울을 구성하는 세부요인인 죄책감/자기혐오, 부정적 자기상/정신운동지연, 신체적 측면, 정서적인 표현/부정적 인지 모두에서 거주지 변수를 제외한 성별, 교급별, 가족구성별 변수의 각 수준 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 즉 여자가 남자보다 모든 세부요인에서 평균점수가 더 높았고, 초등학교에서 중·고등학생으로 올라갈수록 모든 요인에서 평균점수가 더 높았다. 또한 가족구성별로 살펴보면 한부모가정의 응답자가 양부모가정의 응답자에 비해 평균점수가 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우울의 세부요인을 합산한 전체에서도 나타나, 거주지 변수를 제외한 성별, 교급별 및 가족구성별 각 수준에 따라 유의한 차이가 나타났다.

표 III-9 응답자의 특성에 따른 우울의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		죄책감 /자기혐오		부정적 자기상 /정신운동지연		신체적 측면		정서적인 표현 /부정적 인지		우울(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	0.33 (0.40)	-9.914 ***	0.36 (0.43)	-4.663 ***	0.33 (0.38)	-6.331 ***	0.38 (0.44)	-15.047 ***	0.35 (0.35)	-10.286 ***
	여자 (n=4,251)	0.42 (0.46)		0.41 (0.44)		0.38 (0.38)		0.53 (0.52)		0.43 (0.39)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	0.25 (0.36)	221,052 *** (ab,ac, bc)	0.29 (0.39)	131,734 *** (ab,ac, bc)	0.28 (0.34)	122,596 *** (ab,ac, bc)	0.32 (0.42)	184,167 *** (ab,ac, bc)	0.28 (0.31)	235,763 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	0.42 (0.46)		0.42 (0.44)		0.39 (0.39)		0.50 (0.50)		0.42 (0.38)	
	고등학교 (n=2,574)	0.47 (0.46)		0.46 (0.45)		0.42 (0.39)		0.55 (0.50)		0.47 (0.38)	
거주지	서울 (n=1,300)	0.36 (0.42)	0.819	0.36 (0.42)	2.880	0.36 (0.40)	0.623	0.44 (0.47)	1.582	0.38 (0.36)	1.268
	광역시 (n=2,185)	0.36 (0.41)		0.37 (0.42)		0.35 (0.37)		0.44 (0.47)		0.38 (0.35)	
	사군 (n=5,260)	0.38 (0.45)		0.39 (0.44)		0.36 (0.38)		0.46 (0.50)		0.39 (0.38)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	0.36 (0.43)	14,489 *** (gh)	0.38 (0.43)	12,320 *** (gh)	0.35 (0.37)	13,030 *** (gh)	0.44 (0.48)	11,792 *** (gh)	0.38 (0.36)	17,726 *** (gh)
	한부모가정 (n=709)	0.45 (0.46)		0.45 (0.46)		0.42 (0.43)		0.53 (0.50)		0.46 (0.40)	
	조손가정 (n=147)	0.41 (0.45)		0.44 (0.49)		0.37 (0.40)		0.48 (0.53)		0.41 (0.38)	
전체 M(SD)		0.37(0.44)		0.38(0.43)		0.36(0.38)		0.45(0.49)		0.38(0.37)	

***p<.001

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

② 불안 - 요인별 및 항목별 평균

불안에 대한 요인별 평균에서는 ‘자율신경계적 불안요인(M=0.48)’이 가장 높게 나타났으며, ‘주관적 불안요인(M=0.39)’, ‘신경생리학적 불안요인(M=0.38)’, ‘공황적 불안요인(M=0.22)’의 순으로 나타남.
2011년도와의 결과를 비교해보면, 4개의 모든 요인의 평균점수가 더 낮게 나타나 불안 수준이 2011년에 비해 감소하였음.

표 III-10 2011~2012년도 불안의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
신경 생리학적 불안요인	1	나는 가끔씩 몸이 저리고 쓰시며 감각이 마비된 느낌을 받는다	0.45	0.41
	3	나는 가끔씩 다리가 떨리곤 한다	0.50	0.49
	6	나는 어지러움(현기증)을 느낀다	0.69	0.64
	8	나는 침착하지 못하다	0.60	0.53
	12	나는 자주 손이 떨린다	0.26	0.25
	13	나는 안절부절 못한다	0.27	0.26
	19	나는 가끔씩 기절할 것 같다	0.11	0.09
소계			0.41	0.38
주관적 불안요인	4	나는 편안하게 쉴 수가 없다	0.45	0.40
	5	매우 나쁜 일이 일어날 것 같은 두려움을 느낀다	0.53	0.49
	9	나는 자주 겁을 먹고 무서움을 느낀다	0.57	0.55
	10	나는 신경이 과민되어 있다	0.51	0.44
	14	나는 미칠 것 같은 두려움을 느낀다	0.17	0.16
	17	나는 불안한 상태에 있다	0.33	0.31
소계			0.43	0.39
자율 신경계적 불안요인	2	나는 흥분된 느낌을 받는다	0.39	0.34
	18	나는 자주 소화가 잘 안되고 뱃속이 불편하다	0.52	0.47
	20	나는 자주 얼굴이 붉어지곤 한다	0.33	0.31
	21	나는 땀을 많이 흘린다	0.85	0.79
소계			0.52	0.48
공황적 불안요인	7	나는 가끔씩 심장이 두근거리고 빨리 뛴다	0.51	0.46
	11	나는 가끔씩 숨이 막히고 질식 할 것 같다	0.16	0.13
	15	나는 가끔씩 숨쉬기가 곤란할 때가 있다	0.20	0.18
	16	나는 죽을 것 같은 두려움을 느낀다	0.13	0.12
소계			0.25	0.22
불안 영역(전체)			0.40	0.37

□ 응답자의 특성에 따른 불안 영역의 요인별 차이 분석

불안의 요인별 차이를 분석한 결과가 <표 III-11>에 제시되어 있다. 세부요인별 분석결과를 보면, 신경생리학적 불안요인, 주관적 불안요인 및 세부요인을 합산한 불안 전체의 경우 거주지 특성을 제외한 성별, 교급별, 가족구성별 영역에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다. 즉 여자가 남자보다 높았고, 초등학생에서 고등학생으로 올라갈수록 높았으며, 양부모가정에 비해 한부모가정 응답자의 평균점수가 더 높았다. 자율신경계적 불안요인의 경우 교급별 및 가족구성별에서 유의한 차이가 나타나, 초등학생에서 고등학생으로 교급이 올라갈수록, 한부모가정이 양부모가정보다 평균점수가 더 높았다. 공황적 불안요인에서는 성별, 교급별, 거주지별 및 가족구성별 모두에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났는데, 즉 여자가 남자보다, 교급수준이 높아질수록, 서울이 광역시보다, 한부모가정이 양부모가정보다 공황적 불안요인의 평균점수가 더 높았다. 집단 간 차이가 나타나는 각 항목에 대한 평균과 사후검증결과가 <표 III-11>에 제시되어 있다.

표 III-11 응답자의 특성에 따른 불안의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		신경생리학적 불안요인		주관적 불안요인		자율신경계적 불안요인		공황적 불안요인		불안(전체)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (<i>n</i> =4,494)	0.35 (0.40)	-6.284 ***	0.33 (0.46)	-11.710 ***	0.47 (0.47)	-0.655	0.20 (0.36)	-6.513 ***	0.34 (0.36)	-7.943 ***
	여자 (<i>n</i> =4,251)	0.41 (0.43)		0.45 (0.55)		0.48 (0.50)		0.25 (0.41)		0.40 (0.41)	
교급별	초등학교 (<i>n</i> =3,185)	0.28 (0.36)	166.077 *** (ab,ac)	0.29 (0.45)	100.461 *** (ab,ac, bc)	0.40 (0.44)	77.858 *** (ab,ac, bc)	0.16 (0.32)	73.154 *** (ab,ac)	0.28 (0.33)	149.323 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (<i>n</i> =2,986)	0.43 (0.44)		0.42 (0.52)		0.49 (0.50)		0.25 (0.40)		0.40 (0.40)	
	고등학교 (<i>n</i> =2,574)	0.45 (0.43)		0.47 (0.55)		0.56 (0.51)		0.27 (0.42)		0.44 (0.41)	
거주지	서울 (<i>n</i> =1,300)	0.40 (0.45)	1.925	0.38 (0.52)	0.248	0.50 (0.50)	2.267	0.24 (0.42)	3.917* (de)	0.38 (0.41)	1.027
	광역시 (<i>n</i> =2,185)	0.37 (0.40)		0.39 (0.50)		0.46 (0.47)		0.20 (0.35)		0.36 (0.37)	
	시군 (<i>n</i> =5,260)	0.38 (0.41)		0.39 (0.51)		0.48 (0.49)		0.23 (0.39)		0.37 (0.39)	
가족 구성	양부모가정 (<i>n</i> =7,681)	0.37 (0.41)	12.233 *** (gh)	0.38 (0.50)	9.101 *** (gh)	0.47 (0.48)	7.752 ** (gh)	0.22 (0.38)	10.690 *** (gh)	0.36 (0.38)	13.515 *** (gh)
	한부모가정 (<i>n</i> =709)	0.45 (0.46)		0.47 (0.57)		0.55 (0.52)		0.29 (0.44)		0.44 (0.44)	
	조손가정 (<i>n</i> =147)	0.42 (0.42)		0.43 (0.57)		0.46 (0.49)		0.23 (0.41)		0.40 (0.41)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		0.38(0.42)		0.39(0.51)		0.48(0.48)		0.22(0.39)		0.37(0.39)	

* α .05, ** α .01, *** α .001

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

③ 게임 중독 - 요인별 및 항목별 평균

게임 중독에 대한 요인별 평균에서는 ‘게임 내성과 통제력 상실(M=1.24)’이 가장 높게 나타났으며 ‘게임지향적 생활(M=1.20)’, ‘게임 금단과 정서경험(M=1.13)’의 순으로 나타남.
2011년도와의 결과를 비교해보면, 모든 항목 및 요인의 평균점수가 더 낮게 나타나 게임 중독 수준이 2011년에 비해 전반적으로 낮아졌음.

표 III-12 2011~2012년도 게임 중독의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
게임 지향적 생활	1	게임을 하는 것이 친한 친구들과 어울리는 것보다 더 좋다	1.42	1.35
	2	게임공간에서의 생활이 실제생활보다 더 좋다	1.25	1.21
	3	게임 속의 내가 실제의 나보다 더 좋다	1.18	1.13
	4	게임에서 사귀 친구들이 실제 친구들보다 나를 더 알아준다	1.16	1.13
	5	게임에서 사람을 사귀는 것이 더 편하고 자신 있다	1.20	1.16
	6	밤 늦게까지 게임을 하느라 시간 가는 줄 모른다	1.27	1.20
소계			1.25	1.20
게임 내성과 통제력 상실	7	게임을 하느라 해야 할 일을 못한다	1.38	1.28
	8	갈수록 게임을 하는 시간이 길어진다	1.31	1.24
	9	점점 더 오랜 시간 게임을 해야 만족하게 된다	1.23	1.19
	10	게임을 그만두어야 하는 경우에도 게임을 그만두는 것이 어렵다	1.34	1.26
	11	게임 하는 시간을 줄이려고 노력하지만 실패한다	1.28	1.22
	12	게임을 안 하겠다고 마음먹고도 다시 게임을 하게 된다	1.37	1.28
	13	게임 생각 때문에 공부에 집중하기 어렵다	1.24	1.20
소계			1.31	1.24
게임 금단과 정서경험	14	게임을 못한다는 것은 견디기 힘든 일이다	1.19	1.15
	15	게임을 하지 않을 때에도 게임 생각을 하게 된다	1.26	1.22
	16	게임으로 인해 생활에 문제가 생기더라도 게임을 해야 한다	1.07	1.06
	17	게임을 하지 못하면 불안하고 초조하다	1.08	1.06
	18	다른 일 때문에 게임을 못하게 될까봐 걱정된다	1.12	1.09
	19	누가 게임을 못하게 하면 신경질이 난다	1.28	1.21
	20	게임을 못하게 되면 화가 난다	1.18	1.14
소계			1.17	1.13
게임 중독 영역(전체)			1.24	1.19

▣ 응답자의 특성에 따른 게임 중독 영역의 요인별 차이 분석

게임 중독에 대한 요인별 차이를 살펴보기 위해 세부요인인 게임지향적 생활, 게임내성과 통제력 상실, 게임금단과 정서경험에 대해 응답자별 특성에 따라 그 차이를 분석한 결과, 게임 내성과 통제력 상실에 대한 거주지별 집단 간 차이를 제외한 전 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 살펴보면 여자보다 남자가 게임중독의 모든 세부요인의 평균점수가 더 높았고, 중학생이 초등학생과 고등학생에 비해 모든 요인의 평균점수가 더 높게 나타났다. 또한 서울이 광역시에 비해 게임내성과 통제력 상실을 제외한 전 요인에서 평균점수가 높았으며, 한부모가정이 양부모가정에 비해 모든 세부요인의 평균점수가 높았다. 게임중독별 세부요인을 합산한 전체에서도 성별, 교급별, 거주지별 및 가족구성에 따른 집단 수준 간 차이가 유의한 것으로 나타났다. 각 세부항목별 평균과 사후검증 결과는 <표 III-13>에 제시되어 있다.

표 III-13 응답자의 특성에 따른 게임 중독의 요인별 차이 분석

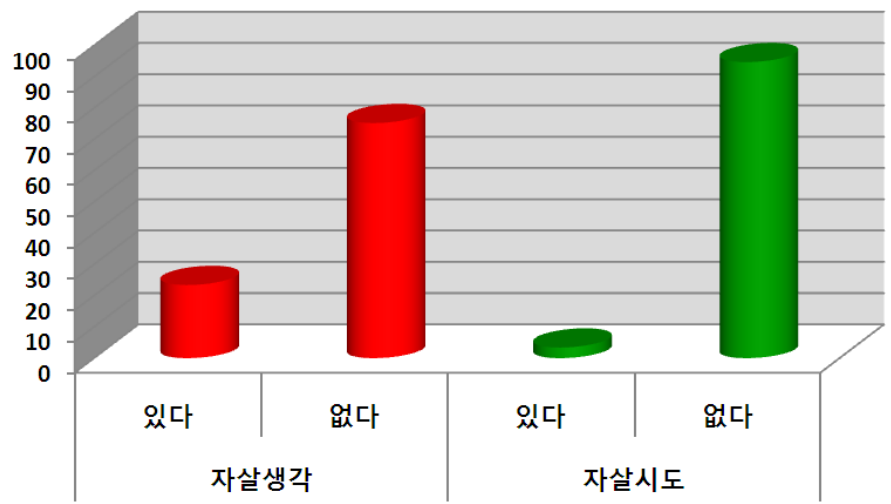
응답자의 특성		게임 지향적 생활		게임 내성과 통제력 상실		게임 금단과 정서경험		게임 중독 (전체)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	1.25 (0.41)	14.807***	1.35 (0.50)	26.548***	1.20 (0.39)	21.163***	1.27 (0.38)	24.271***
	여자 (n=4,251)	1.14 (0.32)		1.11 (0.30)		1.06 (0.22)		1.10 (0.24)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	1.17 (0.37)	21.460*** (ab,bc)	1.19 (0.39)	36.071*** (ab,ac, bc)	1.11 (0.31)	18.606*** (ab,ac, bc)	1.15 (0.31)	34.182*** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	1.23 (0.40)		1.28 (0.46)		1.16 (0.35)		1.22 (0.35)	
	고등학교 (n=2,574)	1.19 (0.36)		1.25 (0.44)		1.13 (0.32)		1.19 (0.33)	
거주지	서울 (n=1,300)	1.22 (0.44)	11.775*** (de,ef)	1.24 (0.45)	0.662	1.15 (0.37)	3.857* (de)	1.20 (0.37)	4.089* (de)
	광역시 (n=2,185)	1.16 (0.33)		1.23 (0.42)		1.12 (0.30)		1.17 (0.31)	
	시군 (n=5,260)	1.20 (0.38)		1.24 (0.43)		1.13 (0.32)		1.19 (0.33)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	1.19 (0.36)	26.196*** (gh,gi)	1.23 (0.42)	9.791*** (gh,gi)	1.13 (0.32)	5.130** (gh)	1.18 (0.32)	15.640*** (gh,gi)
	한부모가정 (n=709)	1.28 (0.46)		1.29 (0.51)		1.17 (0.40)		1.24 (0.41)	
	조손가정 (n=147)	1.30 (0.49)		1.31 (0.50)		1.16 (0.33)		1.25 (0.36)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		1.20(0.38)		1.24(0.43)		1.13(0.33)		1.19(0.33)	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

④ 자살 - 항목별 백분율

자살에 대한 항목별 분석결과 전체 응답자(N=8,745) 중 '자살생각을 해 본 적이 있다'가 23.4%(N=2,043), '자살을 시도해 본 적이 있다'는 3.4%(N=294)로 나타남



【그림 III-1】 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율

표 III-14 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율

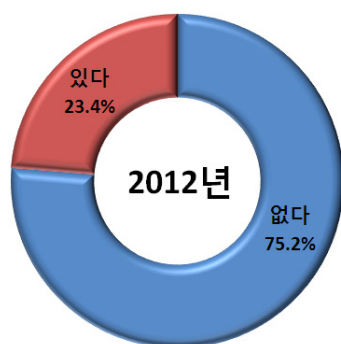
문항		전체(N)	있다	없다	무응답
1	자살에 대해 생각해본 적이 있다	8,745 (100.0%)	2,043 (23.4%)	6,575 (75.2%)	127 (1.5%)
2	자살을 시도해본 적이 있다		294 (3.4%)	8,281 (94.7%)	170 (1.9%)

④-1 자살 - 최근 1년간 자살 생각 경험

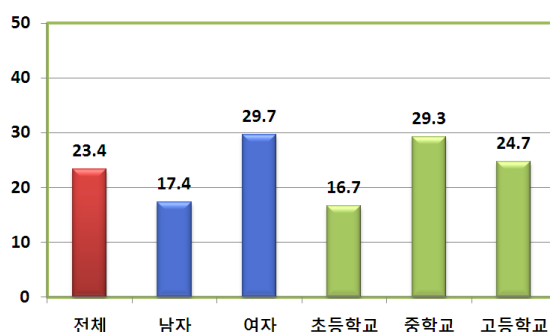
**최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 경험에 대해서
전체 응답자 중 23.4%가 '있다', 75.2%가 '없다'라고 응답함**

- 최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 적이 있는지에 대해 질문한 결과, 전체 응답자 중 23.4%가 '있다' 고 응답했으며 '없다' 고 응답한 비율은 75.2%였다.
- '있다' 라는 응답을 중심으로 살펴보면, 성별의 경우에는 여학생(29.7%)이 남학생(17.4%)보다 자살을 생각해본 적이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났으며, 교급별로 살펴보면 중학생(29.3%)이 자살생각을 해본 적이 있다고 응답한 비율이 가장 높았고 고등학생(24.7%), 초등학생(16.7%)의 순으로 나타났다.

전체 기준 결과



응답자 특성에 따른 결과



【그림 III-2】 최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 경험

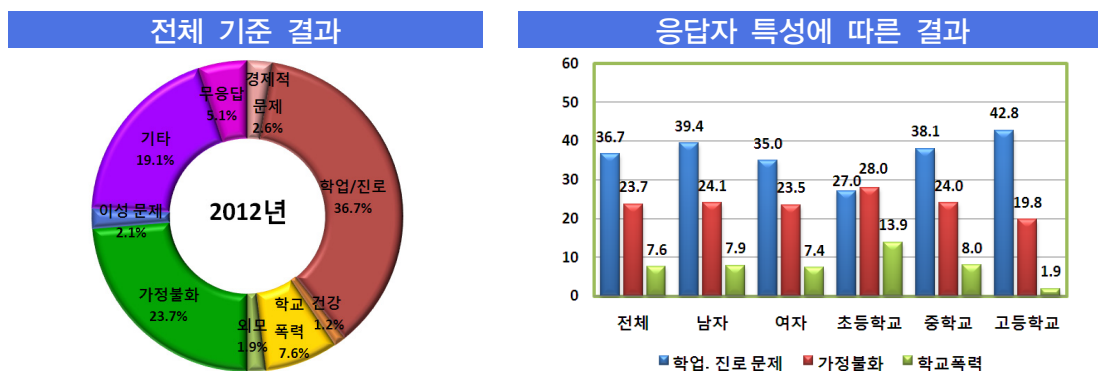
표 III-15 최근 1년간 자살에 대해 생각해 본 경험

응답자의 특성		사례수	있다	없다	무응답
전체		8,745	23.4	75.2	1.5
성별	남	4,494	17.4	81.1	1.6
	여	4,251	29.7	69.0	1.3
교급별	초	3,185	16.7	81.5	1.8
	중	2,986	29.3	69.5	1.2
	고	2,574	24.7	74.0	1.3

④-2 자살 - 최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유

최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유에 대해서 ‘학업·진로문제(36.7%)’가 가장 높았고, ‘가정불화(23.7%)’, ‘기타(19.1%)’, ‘학교폭력(7.6%)’ 등의 순으로 나타남

- 최근 1년간 자살을 생각해본 적이 있다고 응답한 학생들을 대상으로 자살을 하고 싶었던 이유에 대해 질문한 결과, ‘학업 및 진로문제(36.7%)’ 라고 응답한 비율이 가장 높았으며, ‘가정불화(23.7%)’, ‘기타(19.1%)’, ‘학교폭력(7.6%)’ 등의 순으로 나타났다.
- 응답률 상위 3가지(기타 항목은 제외) 항목을 중심으로 응답자 특성에 따른 결과를 살펴보면, 먼저 성별과 관련하여 학업 및 진로, 가정불화, 학교폭력의 모든 항목에 대해서 남학생이 여학생보다 응답한 비율이 높았다. 교급별로 살펴보면, 교급이 높아질수록 학업 및 진로 때문에 자살을 생각하게 되었다고 응답한 비율이 높아졌으나, 가정불화 및 학교폭력의 경우에는 교급이 올라갈수록 응답률이 낮아졌다. 한 가지 특이한 사항은 초등학교생의 경우에는 중·고등학생과 달리 자살을 하고 싶었던 이유로 가장 높은 응답률을 보인 항목이 ‘가정불화’ 라는 점이다.



【그림 III-3】 최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유

표 III-16 최근 1년간 자살을 하고 싶었던 이유

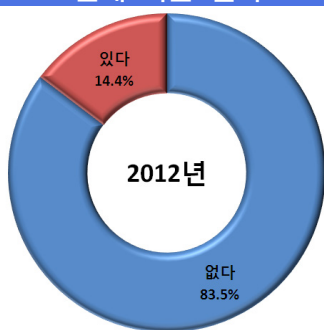
응답자의 특성	사례수	경제적 문제	학업·진로 문제	건강 문제	학교폭력	외모 문제	가정불화	이성 문제	기타	무응답
전체	2,043	2.6	36.7	1.2	7.6	1.9	23.7	2.1	19.1	5.1
성별	남	780	2.3	39.4	1.3	7.9	24.1	2.3	16.4	4.5
	여	1,263	2.8	35.0	1.1	7.4	23.5	2.0	20.7	5.5
교급별	초	533	2.4	27.0	2.3	13.9	28.0	0.9	21.2	2.1
	중	875	1.9	38.1	0.7	8.0	24.0	1.9	18.4	5.1
	고	635	3.6	42.8	0.9	1.9	19.8	3.3	18.3	7.6

④-3-1 자살 - 자살 생각 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

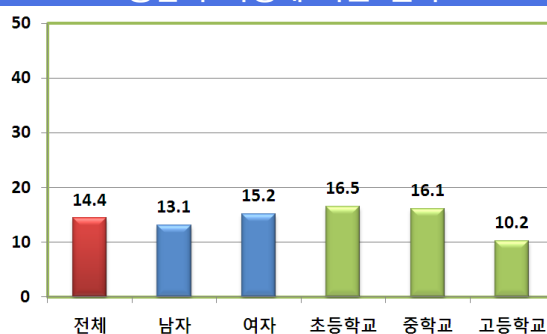
**최근 1년간 자살 시도 경험에 대해서
자살 생각 경험자 중 14.4%가 '있다', 83.5%가 '없다'고 응답함**

- 최근 1년간 자살을 생각해본 적이 있다고 응답한 학생들을 대상으로 최근 1년 간 자살을 시도한 경험이 있는지에 대해 질문한 결과, 응답한 청소년들의 14.4%가 '있다' 라고 응답하였으며, '없다' 고 응답한 비율은 83.5%이었다.
- 성별 응답결과를 살펴보면 여학생(15.2%)이 남학생(13.1%)보다 자살 시도를 더 많이 한 것으로 나타났으며, 교급별로는 초등학생(16.5%)에서 중(16.1%)·고등학생(10.2%)으로 올라갈수록 자살 시도를 경험한 비율이 낮았다.

전체 기준 결과



응답자 특성에 따른 결과



【그림 III-4】 자살 생각 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

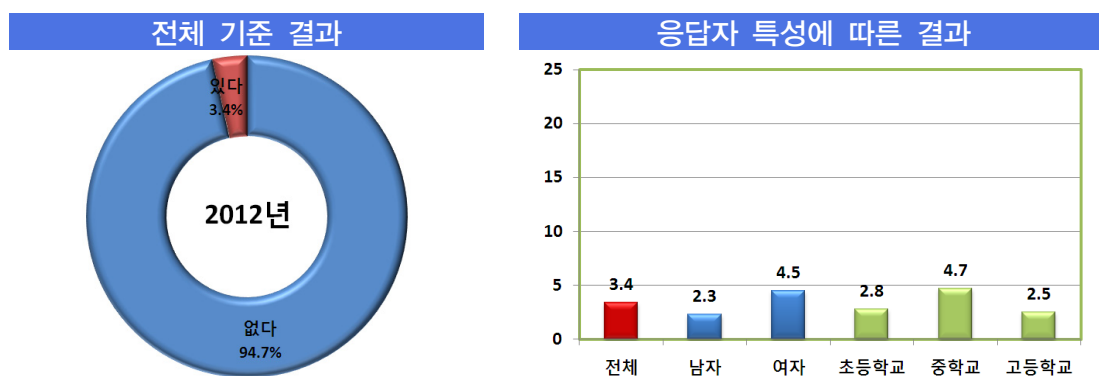
표 III-17 자살 생각 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

응답자의 특성		사례수	있다	없다	무응답
성별	전체	2,043	14.4	83.5	2.1
	남	780	13.1	85.0	1.9
교급별	여	1,263	15.2	82.6	2.2
	초	533	16.5	80.9	2.6
	중	875	16.1	82.5	1.4
	고	635	10.2	87.1	2.7

④-3-2 자살 - 전체 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

**최근 1년간 자살 시도 경험에 대해서
전체 청소년 중 3.4%가 '있다', 94.7%가 '없다'고 응답함**

- 전체 청소년에 대해 최근 1년 간 자살을 시도한 경험이 있는지를 살펴본 결과, 전체 청소년 중 '있다' 라고 응답한 청소년은 3.4%였으며, '없다' 고 응답한 비율은 94.7%이었다.
- '있다' 라는 응답을 중심으로 살펴보면, 여학생(4.5%)이 남학생(2.3%)보다 2배 가까이 자살 시도를 더 많이 한 것으로 나타났다. 교급별로는 중학생의 자살 시도율이 4.7%로 가장 높았으며 초등학생(2.8%)이 고등학생(2.5%)의 자살 시도 경험 비율은 거의 비슷하나 초등학생이 조금 더 높은 것으로 나타났다.



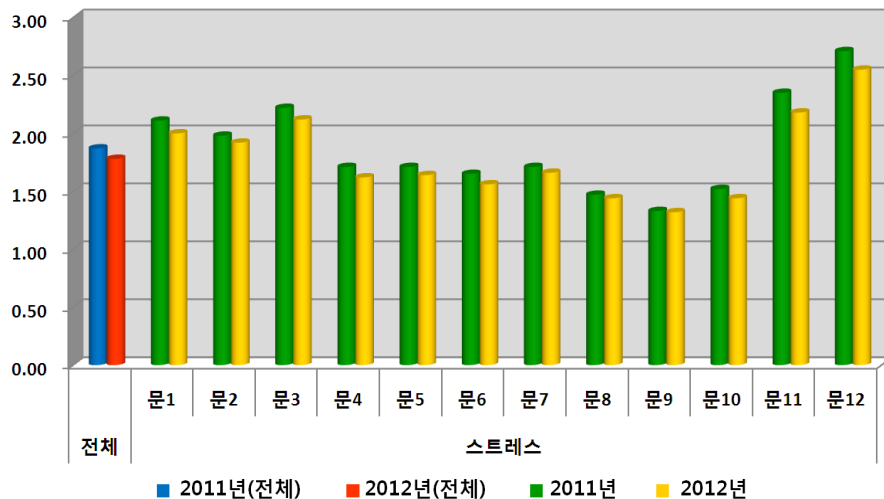
【그림 III-5】 전체 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

표 III-18 전체 청소년 대비 최근 1년간 자살 시도 경험

응답자의 특성		사례수	있다	없다	무응답
전체		8,745	3.4	94.7	1.9
성별	남	4,494	2.3	95.8	1.9
	여	4,251	4.5	93.5	2.0
교급별	초	3,185	2.8	95.0	2.2
	중	2,986	4.7	93.6	1.6
	고	2,574	2.5	95.5	2.0

⑤ 스트레스 - 항목별 평균

스트레스에 대한 항목별 평균에선 ‘학업문제(시험, 성적문제 등)(M=2.55)’가 가장 높았고 ‘진로문제(M=2.18)’, ‘외모(M=2.12)’ 등의 순으로 나타났으며, ‘선·후배 관계(M=1.32)’가 가장 낮았음. 2011년과의 결과를 비교해보면, 모든 스트레스 항목에서 2011년에 비해 2012년의 평균점수가 낮아 스트레스 수준이 전반적으로 낮아진 것으로 나타남.



【그림 III-6】 2011~2012년도 스트레스의 항목별 평균

표 III-19 2011~2012년도 스트레스의 항목별 평균 비교

문항		평균	
		2011년	2012년
1	부모님과의 관계	2.11	2.00
2	형제·자매와의 관계	1.98	1.92
3	외모(키, 몸매, 생김새 등)	2.22	2.12
4	신체건강	1.71	1.62
5	심리건강	1.71	1.64
6	가정형편(경제적 문제)	1.65	1.56
7	친구와의 관계(친구갈등, 폭력 등)	1.71	1.66
8	이성과의 관계	1.47	1.44
9	선·후배 관계	1.33	1.32
10	선생님과의 관계	1.52	1.44
11	진로문제(장래 또는 미래)	2.35	2.18
12	학업문제(시험, 성적문제 등)	2.71	2.55
스트레스 영역(전체)		1.87	1.78

□ 응답자의 특성에 따른 스트레스 영역의 항목별 차이 분석

응답자의 특성에 따라 스트레스 영역의 12개 세부요인별 차이를 분석한 결과, 성별, 교급별, 거주지별 및 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났다. 구체적으로 살펴보면 성별 비교에서는 스트레스에 대한 12개의 모든 세부영역에서 그 차이가 유의하여 여학생이 남학생보다 평균점수가 높았는데 즉, 여학생이 남학생보다 모든 영역에 대한 스트레스를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 교급별 비교에서도 모든 스트레스 영역에서 유의한 집단 간 차이가 나타났는데, 부모관계, 친구관계, 선·후배관계 및 선생님관계를 제외한 8개 영역에서 초등학교에서 중·고등학교로 올라갈수록 평균점수가 더 높게 나타났다.

표 III-20 응답자의 특성에 따른 스트레스의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		부모 관계		형제·자매관계		외모		신체건강		심리건강		가정형편	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	1.91 (0.96)	-8.854 ***	1.84 (0.98)	-7.954 ***	1.87 (0.94)	-24.077 ***	1.52 (0.80)	-11.657 ***	1.47 (0.79)	-18.294 ***	1.46 (0.77)	-10.848 ***
	여자 (n=4,251)	2.09 (1.00)		2.01 (1.01)		2.37 (0.98)		1.73 (0.88)		1.81 (0.96)		1.66 (0.88)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	1.73 (0.92)	191.758 *** (ab,ac)	1.95 (1.05)	42.255 *** (ab,ac, bc)	1.73 (0.94)	430.509 *** (ab,ac, bc)	1.41 (0.76)	193.207 *** (ab,ac, bc)	1.33 (0.72)	370.133 *** (ab,ac, bc)	1.29 (0.65)	358.525 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	2.15 (0.99)		2.02 (1.02)		2.27 (0.96)		1.68 (0.85)		1.71 (0.90)		1.59 (0.83)	
	고등학교 (n=2,574)	2.15 (0.98)		1.78 (0.90)		2.42 (0.94)		1.83 (0.90)		1.93 (0.96)		1.85 (0.92)	
거주지	서울 (n=1,300)	2.02 (0.97)	1.449	1.86 (0.99)	5.730 ** (df)	2.13 (1.00)	3.534* (ef)	1.64 (0.87)	0.626	1.62 (0.88)	1.717	1.59 (0.87)	1.620
	광역시 (n=2,185)	2.02 (0.99)		1.89 (0.98)		2.16 (0.99)		1.61 (0.84)		1.67 (0.91)		1.57 (0.83)	
	사군 (n=5,260)	1.98 (0.98)		1.95 (1.01)		2.09 (0.99)		1.62 (0.85)		1.63 (0.89)		1.54 (0.83)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	2.02 (0.97)	-5.196 ***	1.91 (0.99)	1.875	2.11 (0.98)	10.063 *** (gh,hi)	1.61 (0.84)	11.977 *** (gh,hi)	1.63 (0.88)	10.796 *** (gh,hi)	1.52 (0.80)	119.394 *** (gh,hi)
	한부모가정 (n=709)	2.23 (1.03)		1.99 (1.06)		2.27 (1.03)		1.77 (0.94)		1.79 (0.98)		2.02 (1.01)	
	조손가정 (n=147)	-		1.97 (1.01)		1.97 (1.05)		1.58 (0.87)		1.59 (0.95)		1.59 (0.90)	
전체 M(SD)		2.00(0.98)		1.92(1.00)		2.12(0.99)		1.62(0.85)		1.64(0.89)		1.56(0.83)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		친구관계		이성관계		선·후배관계		선생님관계		진로문제		학업문제		전체	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	1.49 (0.79)	-18.683 ***	1.39 (0.73)	-6.144 ***	1.27 (0.61)	-6.269 ***	1.41 (0.78)	-3.446 **	2.04 (1.11)	-11.927 ***	2.39 (1.14)	-13.687 ***	1.67 (0.53)	-19.054 ***
	여자 (n=4,251)	1.84 (0.94)		1.49 (0.79)		1.36 (0.69)		1.47 (0.76)		2.33 (1.15)		2.72 (1.09)		1.90 (0.60)	
교급 별	초등학교 (n=3,185)	1.49 (0.82)	98.089 ***	1.22 (0.58)	247.858 ***	1.28 (0.67)	8.463 ***	1.29 (0.68)	93.321 ***	1.42 (0.79)	1840. 674 ***	1.97 (1.06)	819.643 ***	1.50 (0.50)	720.679 ***
	중학교 (n=2,986)	1.76 (0.92)	(ab,ac)	1.49 (0.79)	(ab,ac ,bc)	1.33 (0.65)	(ab,ac)	1.51 (0.81)	(ab,ac)	2.36 (1.07)	(ab,ac ,bc)	2.79 (1.06)	(ab,ac ,bc)	1.89 (0.56)	(ab,ac ,bc)
	고등학교 (n=2,574)	1.76 (0.88)		1.64 (0.87)		1.35 (0.64)		1.54 (0.80)		2.93 (0.99)		3.00 (0.99)		2.01 (0.54)	
거주 지	서울 (n=1,300)	1.65 (0.87)	0.088	1.47 (0.80)	1.431	1.31 (0.64)	1.569	1.43 (0.77)	3.224 * (ef)	2.22 (1.11)	8.029 *** (ef)	2.57 (1.11)	4.911 ** (ef)	1.79 (0.57)	0.676
	광역시 (n=2,185)	1.66 (0.87)		1.43 (0.76)		1.30 (0.63)		1.41 (0.73)		2.26 (1.15)		2.61 (1.12)		1.80 (0.57)	
	사군 (n=5,260)	1.67 (0.89)		1.43 (0.76)		1.33 (0.67)		1.46 (0.79)		2.14 (1.14)		2.52 (1.14)		1.78 (0.58)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	1.65 (0.87)	6.326 ** (gh)	1.42 (0.75)	16.826 *** (gh,hi)	1.31 (0.64)	5.727 ** (gh)	1.43 (0.76)	4.718 ** (gh)	2.17 (1.14)	10.405 *** (gh)	2.55 (1.13)	1.919	1.78 (0.57)	29.597 ***
	한부모가정 (n=709)	1.76 (0.93)		1.60 (0.87)		1.39 (0.70)		1.52 (0.81)		2.38 (1.14)		2.64 (1.09)		1.95 (0.62)	
	조손가정 (n=147)	1.80 (1.05)		1.39 (0.76)		1.36 (0.74)		1.51 (0.87)		2.15 (1.18)		2.58 (1.18)		-	
전체 M(SD)		1.66(0.88)		1.44(0.76)		1.32(0.65)		1.44(0.77)		2.18(1.14)		2.55(1.13)		1.78(0.58)	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

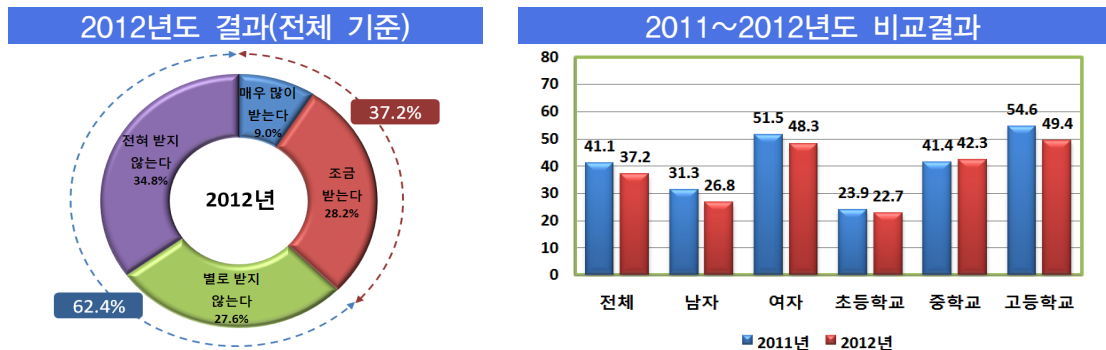
*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

거주지별로는 형제·자매관계, 외모, 선생님관계, 진로문제, 학업문제 스트레스 만이 지역별 평균차이가 유의하게 나타났는데, 형제·자매관계 및 선생님과 관계와 관련된 스트레스는 사군 지역의 아동·청소년들이 가장 많이 받고 있었고, 외모, 진로 및 학업관련 스트레스는 광역시 지역의 아동·청소년들이 가장 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 가족구성별로는 스트레스의 모든 세부영역에서 그 차이가 유의하게 나타났는데, 친구관계 영역에서는 조손가정의 점수가 가장 높은 것을 제외하고는 전 영역에서 한부모가정의 스트레스 평균점수가 가장 높았다. 각 세부요인별 평균과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 <표 III-20>에 제시되어 있다.

⑤-1 스트레스 - 외모(키, 몸매, 생김새 등)¹¹⁾

**현재 느끼는 스트레스 정도 중 ‘외모(키·몸매·생김새)’에 대해서
전체 응답자 중 37.2%가 ‘받는다’, 62.4% ‘받지 않는다’라고 응답**

- ‘외모 때문에 경험하는 스트레스’에 대해서, 전체 응답자 중 62.4%가 ‘받지 않는다’라고 응답하였고, 37.2%는 ‘받는다’라고 응답하였다.
- 성별 비교에서는 여학생(48.3%)이 남학생(26.8%)보다 교급별 비교에서는 초등학교(22.7%)에서 중학생(42.3%), 고등학생(49.4%)으로 올라갈수록 더 높게 나타났다.
- 2011년과 2012년의 결과를 비교해보면 2012년(37.2%)이 2011년(41.1%)에 비해 외모 관련 스트레스를 받는다고 응답한 비율이 3.9%p 더 낮아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷하게 나타났다. 교급별 비교에서는 중학생의 경우만 2011년에 비해 외모 스트레스를 받는다는 응답이 조금 더 높아졌을 뿐 초등학교 및 고등학생의 경우는 조금씩 더 낮아졌다.



【그림 III-7】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 외모

표 III-21 현재 느끼는 스트레스 정도 - 외모

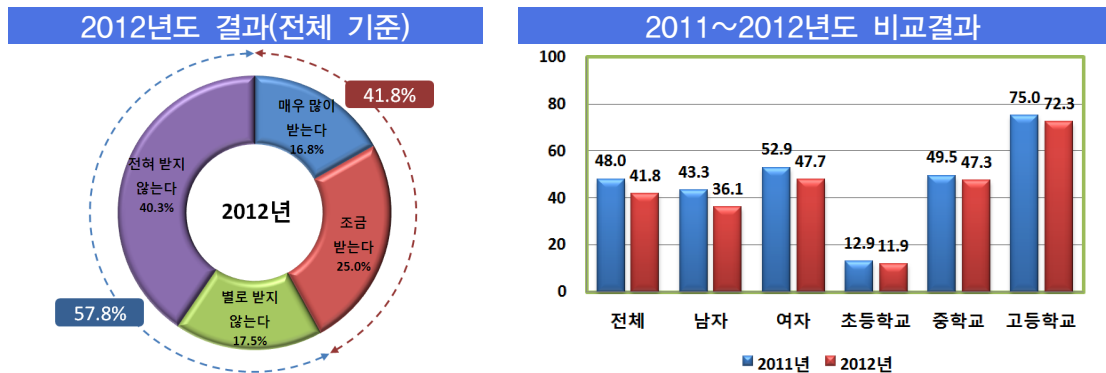
응답자의 특성	2011년						2012년						
	사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답	사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답	
전체	9,435	11.2	29.9	28.3	30.1	0.6	8,745	9.0	28.2	27.6	34.8	0.4	
성별	남	4,874	7.8	23.5	29.2	39.0	0.5	4,494	5.7	21.1	27.9	44.9	0.5
	여	4,561	14.8	36.7	27.3	20.6	0.7	4,251	12.6	35.7	27.3	24.1	0.3
교급별	초	2,943	6.8	17.1	24.9	50.9	0.3	3,185	5.7	17.0	21.8	55.2	0.3
	중	2,844	11.1	30.3	31.4	26.6	0.6	2,986	10.2	32.1	31.5	25.8	0.4
	고	3,648	14.7	39.9	28.6	16.0	0.8	2,574	11.8	37.6	30.3	19.9	0.4

11) 평균점수가 높은 항목들을 3가지 제시하였음(이하 비행, 생활만족도 영역도 동일함).

⑤-2 스트레스 - 진로문제(장래 또는 미래)

**현재 느끼는 스트레스 정도 중 ‘진로문제(장래 또는 미래)’에 대해서
전체 응답자 중 41.8%가 ‘받는다’, 57.8%가 ‘받지 않는다’라고 응답**

- ‘진로문제 때문에 경험하는 스트레스’에 대해서, 전체 응답자 중 41.8%가 ‘받는다’라고 응답하였고, 57.8%는 ‘받지 않는다’고 응답하였다.
- 진로문제와 관련된 스트레스를 받는다는 응답을 중심으로 살펴보면, 여학생(47.7%)이 남학생(36.1%)보다 관련 응답률이 더 높게 나타났다. 교급별 비교에서 초등학교생의 경우에는 11.9%로 스트레스를 받는 비율이 높지 않았으나 중학생의 경우 47.3%로 초등학교생에 비해 4배 이상 높게 나타났으며, 고등학생(72.3%)의 진로문제 관련 스트레스가 가장 높았다.
- 2011년과 2012년의 결과를 비교해보면, 2012년(41.8%)이 2011년(48.0%)에 비해 진로문제 관련 스트레스를 받는다고 응답한 비율이 6.2%p 더 낮아졌고, 이는 성별 및 교급별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다.



【그림 III-8】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 진로문제

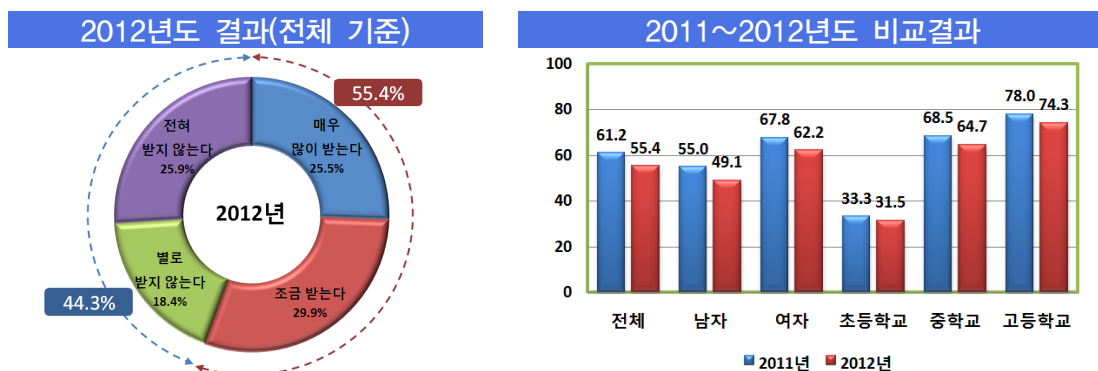
표 III-22 현재 느끼는 스트레스 정도 - 진로문제

응답자의 특성	2011년						2012년						
	사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답	사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답	
전체	9,435	20.8	27.2	16.9	34.5	0.7	8,745	16.8	25.0	17.5	40.3	0.4	
성별	남	4,874	17.8	25.5	17.4	38.7	0.7	4,494	13.8	22.3	17.9	45.6	0.4
	여	4,561	24.0	28.9	16.3	30.0	0.7	4,251	20.0	27.7	17.1	34.7	0.4
교급	초	2,943	4.6	8.3	14.9	71.6	0.6	3,185	3.7	8.2	14.4	73.4	0.3
	중	2,844	18.5	31.0	22.0	27.7	0.7	2,986	17.1	30.2	23.4	28.8	0.5
	고	3,648	35.6	39.4	14.5	9.8	0.7	2,574	32.8	39.5	14.6	12.7	0.3

⑤-3 스트레스 - 학업문제(시험, 성적문제 등)

**현재 느끼는 스트레스 정도 중 ‘학업문제(시험, 성적문제 등)’에 대해서
전체 응답자 중 55.4%가 ‘받는다’, 44.3%가 ‘받지 않는다’라고 응답**

- ‘학업문제 때문에 경험하는 스트레스’에 대해서, 응답자의 55.4%가 ‘받는다’라고 응답한 반면, 44.3%는 ‘받지 않는다’라고 응답하였다.
- 학업스트레스를 받는 경우를 중심으로 구체적으로 살펴보면, 여학생(62.2%)이 남학생(49.1%)보다 학업으로 인한 스트레스를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 교급별 비교를 살펴보면 초등학생이 학업 스트레스를 받는 경우는 31.5%이었으나 중학생의 경우에는 2배 이상 높은 64.7%로 나타났고 고등학생(74.3%)의 경우 학업 스트레스를 받는 비율이 가장 높았다.
- 2011년도와의 결과를 비교해보면, 2012년(55.4%)이 2011년(61.2%)에 비해 학업 스트레스를 받는다고 응답한 비율이 5.8%p 더 낮았고, 이러한 경향은 성별 및 교급별 비교에서도 비슷하게 나타났다.



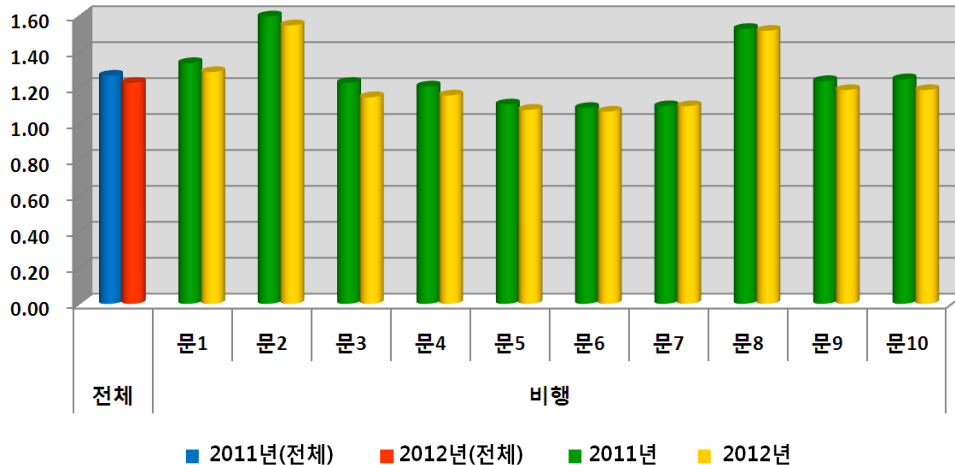
【그림 III-9】 현재 느끼는 스트레스 정도 - 학업문제

표 III-23 현재 느끼는 스트레스 정도 - 학업문제

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답	사례수	매우 많이 받는다	조금 받는다	별로 받지 않는다	전혀 받지 않는다	무응답
전체		9,435	30.2	31.0	17.6	20.7	0.6	8,745	25.5	29.9	18.4	25.9	0.3
성별	남	4,874	26.0	29.0	19.2	25.2	0.5	4,494	21.6	27.5	19.2	31.4	0.4
	여	4,561	34.7	33.1	15.8	15.8	0.6	4,251	29.7	32.5	17.6	20.0	0.2
교급별	초	2,943	12.8	20.5	23.2	43.2	0.3	3,185	11.5	20.0	22.2	46.1	0.3
	중	2,844	33.0	35.5	17.3	13.5	0.7	2,986	30.8	33.9	18.4	16.5	0.3
	고	3,648	42.1	35.9	13.2	8.1	0.7	2,574	36.7	37.6	13.7	11.6	0.3

⑥ 비행 - 항목별 평균

비행영역의 항목별 평균에서는 ‘술을 마신 적이 있다(M=1.55)’가 가장 높게 나타났고, ‘음란물을 본 적이 있다(M=1.52)’, ‘담배를 피운 적이 있다(M=1.29)’의 순으로 나타남. 2011년도와의 결과를 비교해보면, 2011년과 동일한 평균점수가 나타난 가출을 제외한 모든 항목에서 평균점수가 낮게 나타나 전체적으로 2011년에 비해 비행이 감소하였음.



【그림 III-10】 2011~2012년도 비행의 항목별 평균

표 III-24 2011~2012년도 비행의 항목별 평균 비교

문항		평균	
		2011년	2012년
1	담배를 피운 적이 있다	1.34	1.29
2	술을 마신 적이 있다	1.60	1.55
3	남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다	1.23	1.15
4	다른 사람을 심하게 때린 적이 있다	1.21	1.16
5	남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다	1.11	1.08
6	학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다	1.09	1.07
7	가출을 한 적이 있다	1.10	1.10
8	음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다	1.53	1.52
9	돈내기 도박을 해본 적이 있다	1.24	1.19
10	공공장소에 있는 기물이나 다른 사람의 물건을 파손시킨 적이 있다	1.25	1.19
비행 영역(전체)		1.27	1.23

□ 응답자의 특성에 따른 비행 영역의 항목별 차이

응답자의 특성에 따른 비행영역의 항목별 차이를 분석한 결과는 <표 III-25>와 같다. 구체적으로 살펴보면, 먼저 성별의 경우 비행영역의 모든 항목에서 남녀차이가 유의하였는데, 남자가 여자보다 평균점수가 더 높게 나타나 남학생들이 여학생보다 비행 경험이 더 많음을 알 수 있다.

교급별 비교에서도 비행영역의 모든 항목에서 교급수준에 따른 차이가 유의하게 나타났는데, 흡연과 음주, 무단결석, 음란물 접촉, 도박 등의 항목은 초등학생에서 중·고등학생으로 올라갈수록 평균점수가 높았고, 절도, 폭력, 갈취경험, 기물파손의 항목에서는 중학생의 점수가 초등학생이나 고등학생들에 비해 더 높게 나타났다.

표 III-25 응답자의 특성에 따른 비행의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		흡연		음주		절도		폭력		갈취	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	1.42 (0.97)	16.052 ***	1.65 (1.01)	10.249 ***	1.20 (0.54)	8.400 ***	1.23 (0.59)	14.831 ***	1.10 (0.41)	7.096 ***
	여자 (n=4,251)	1.15 (0.59)		1.45 (0.83)		1.11 (0.40)		1.08 (0.34)		1.05 (0.26)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	1.03 (0.22)	360.618 *** (ab,ac, bc)	1.26 (0.63)	495.358 *** (ab,ac, bc)	1.11 (0.40)	25.197 *** (ab,ac, bc)	1.15 (0.46)	11.705 *** (ab,bc)	1.04 (0.22)	33.714 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	1.30 (0.81)		1.48 (0.84)		1.20 (0.55)		1.19 (0.54)		1.11 (0.42)	
	고등학교 (n=2,574)	1.59 (1.13)		1.99 (1.15)		1.16 (0.49)		1.13 (0.47)		1.08 (0.36)	
거주지	서울 (n=1,300)	1.36 (0.91)	6.004** (de,df)	1.61 (1.01)	5.579** (de)	1.18 (0.52)	2.752	1.17 (0.51)	1.813	1.09 (0.39)	2.541
	광역시 (n=2,185)	1.26 (0.78)		1.51 (0.88)		1.15 (0.45)		1.14 (0.45)		1.06 (0.31)	
	사군 (n=5,260)	1.28 (0.81)		1.55 (0.93)		1.15 (0.48)		1.16 (0.51)		1.08 (0.35)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	1.27 (0.80)	20.206 *** (gh)	1.53 (0.92)	18.679 *** (gh,hi)	1.15 (0.47)	7.856 *** (gh,gi)	1.15 (0.47)	10.552 *** (gh)	1.07 (0.33)	6.121** (gh)
	한부모가정 (n=709)	1.47 (1.01)		1.75 (1.03)		1.20 (0.56)		1.23 (0.58)		1.11 (0.42)	
	조손가정 (n=147)	1.33 (0.87)		1.47 (0.83)		1.26 (0.63)		1.24 (0.59)		1.12 (0.43)	
전체 M(SD)		1.29(0.82)		1.55(0.93)		1.15(0.48)		1.16(0.49)		1.08(0.35)	

p<.01, *p<.001

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		무단결석		가출		음란물 접촉		도박		기물파손		비행(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	1.09 (0.42)	3.025 **	1.12 (0.44)	6.049 ***	1.82 (1.18)	31.389 ***	1.30 (0.78)	18,816 ***	1.26 (0.59)	12,641 ***	1.32 (0.44)	24,147 ***
	여자 (n=4,251)	1.06 (0.34)		1.07 (0.33)		1.20 (0.57)		1.06 (0.34)		1.12 (0.38)		1.13 (0.25)	
교급 별	초등학교 (n=3,185)	1.02 (0.15)	75.932 *** (ab,ac, bc)	1.05 (0.27)	30.005 *** (ab, ac)	1.06 (0.33)	844.438 *** (ab,ac, bc)	1.04 (0.29)	169,721 *** (ab,ac, bc)	1.09 (0.34)	98,224 *** (ab,ac, bc)	1.09 (0.17)	511,113 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	1.08 (0.39)		1.12 (0.43)		1.56 (0.97)		1.21 (0.64)		1.26 (0.57)		1.25 (0.38)	
	고등학교 (n=2,574)	1.14 (0.53)		1.12 (0.46)		2.04 (1.24)		1.33 (0.82)		1.23 (0.57)		1.38 (0.46)	
거주 지	서울 (n=1,300)	1.11 (0.48)	7.444 ** (de,df)	1.11 (0.42)	0.880	1.64 (1.08)	23,791 *** (df,ef)	1.18 (0.61)	0.978	1.21 (0.55)	1.324	1.26 (0.42)	7.170 ** (de,df)
	광역시 (n=2,185)	1.07 (0.36)		1.09 (0.39)		1.59 (1.03)		1.17 (0.58)		1.19 (0.50)		1.22 (0.36)	
	시군 (n=5,260)	1.07 (0.36)		1.10 (0.39)		1.46 (0.94)		1.19 (0.64)		1.18 (0.49)		1.22 (0.36)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	1.06 (0.35)	30.433 *** (gh,gi)	1.09 (0.38)	9.795 *** (gh)	1.51 (0.98)	8.440 ** (gh)	1.18 (0.61)	3,898* (gh)	1.19 (0.50)	2.201	1.22 (0.36)	25,315 *** (gh)
	한부모가정 (n=709)	1.17 (0.59)		1.16 (0.52)		1.67 (1.06)		1.25 (0.69)		1.22 (0.54)		1.32 (0.44)	
	조손가정 (n=147)	1.17 (0.53)		1.11 (0.37)		1.49 (0.92)		1.20 (0.61)		1.24 (0.54)		1.26 (0.42)	
전체 M(SD)		1.07(0.38)		1.10(0.39)		1.52(0.99)		1.19(0.62)		1.19(0.50)		1.23(0.37)	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

거주지별로는 흡연, 음주, 무단결석, 음란물 접촉의 항목에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타났는데, 이들 항목 모두 서울지역이 광역시나 시·군지역보다 평균점수가 더 높았다. 가족구성별에서는 기물파손을 제외한 전 영역에서 그 차이가 유의미하였는데, 흡연, 음주, 가출, 음란물 접촉, 도박의 경우에는 한부모가정의 평균점수가 가장 높았으며, 절도, 폭력, 갈취 항목은 조손가정의 평균점수가 가장 높았다. 무단결석의 경우 한부모가정과 조손가정의 평균점수는 차이가 없었다.

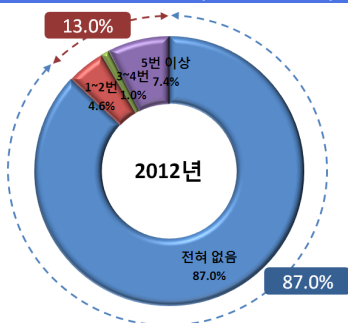
비행영역(전체)을 합산한 결과를 살펴보면, 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고($t=24.147$, $p<.001$), 교급수준이 높아질수록 비행경험이 증가하는 것으로 나타났다($F=511.113$, $p<.001$). 또한 거주지별로는 서울의 평균점수가 가장 높았고($F=7.170$, $p<.01$), 가족구성별 비교에서는 한부모 가정의 경우 양부모가정이나 조손가정보다 더 높은 평균점수를 보였다($F=25.315$, $p<.001$). 각 세부항목별 평균과 사후검증 결과는 <표 III-25>에 제시되어 있다.

⑥-1 비행 - 흡연

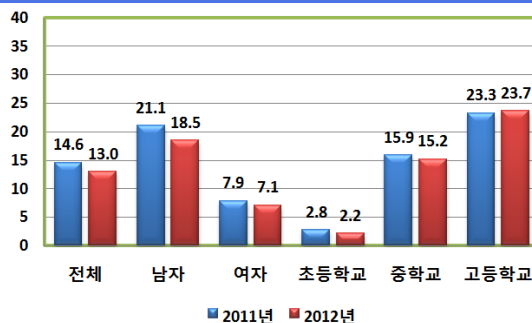
**최근 1년간 '담배를 피운 적이 있다'에 대해서
전체 응답자 중 13.0%가 '있다', 87.0%가 '전혀 없다'고 응답**

- '최근 1년간 담배를 피운 적이 있다'에 대해서, 전체 응답자 중 13.0%가 '있다'라고 응답한 반면, 87.0%는 '전혀 없다'고 응답하였다.
- 흡연경험이 있는 경우를 중심으로 살펴보면, 남학생(18.5%)이 여학생(7.1%)보다 흡연경험 비율이 약 2.6배 정도 더 높았다. 교급별 비교에서는 초등학교의 경우 2.2%에 불과한 반면 중학생(15.2%)으로 올라가면서 급증하였고 고등학생(23.7%)의 흡연경험이 가장 높게 나타났다.
- 2011년도와의 결과를 비교해보면, 2012년(13.0%)이 2011년(14.6%)에 비해 흡연경험이 있다고 응답한 비율이 1.6%p 낮아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상이었다. 교급별 비교에서는 초등학교 및 중학생의 경우에는 2011년과 비교해 각각 0.8%p 및 0.6%p씩 더 낮아진 반면, 고등학생의 경우 흡연경험률이 0.4%p 더 높아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-II】 담배를 피운 적이 있다

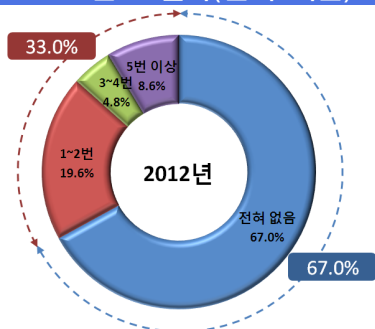
표 III-26 담배를 피운 적이 있다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답	사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답
전체		9,435	85.2	4.9	1.0	8.7	0.1	8,745	87.0	4.6	1.0	7.4	0.0
성별	남	4,874	78.9	6.7	1.3	13.1	0.1	4,494	81.4	6.2	1.2	11.1	0.0
	여	4,561	92.0	3.0	0.8	4.1	0.0	4,251	92.9	2.9	0.7	3.5	0.0
교급	초	2,943	97.1	2.3	0.2	0.3	0.1	3,185	97.7	1.7	0.3	0.2	0.0
	중	2,844	84.0	6.9	1.4	7.6	0.1	2,986	84.8	6.8	1.5	6.9	0.0
	고	3,648	76.7	5.4	1.5	16.4	0.0	2,574	76.2	5.6	1.2	16.9	0.0

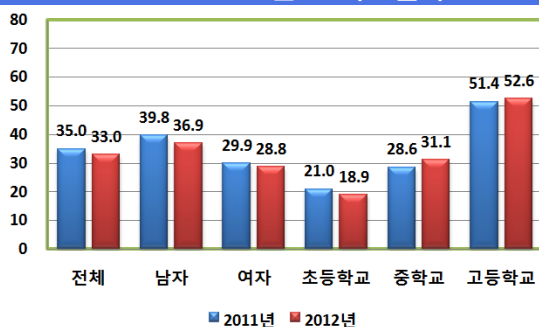
**최근 1년간 ‘술을 마신 적이 있다’에 대해서
전체 응답자 중 33.0%가 ‘있다’, 67.0%가 ‘전혀 없다’고 응답**

- ‘최근 1년간 술을 마신 적이 있다’에 대해서, ‘있다’라고 응답한 경우는 전체 응답자 중 33.0%, ‘전혀 없다’의 경우에는 67.0%로 나타났다.
- 음주경험이 있는 경우를 중심으로 살펴보면, 남학생(36.9%)이 여학생(28.8%)보다 음주경험률이 더 높았다. 교급별로는 초등학생(18.9%)에서 중학생(31.1%), 고등학생(52.6%)으로 올라갈수록 음주경험이 더 많았는데, 고등학생의 음주경험률은 초등학생에 비해 3배 가까운 수치였다.
- 2011년과 2012년의 음주경험률을 비교해보면, 2012년(33.0%)이 2011년(35.0%)에 비해 2.0%p 낮아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생의 경우 2011년과 비교해 2.1%p 더 낮아진 반면, 중학생 및 고등학생의 경우에는 각각 2.5%p 및 1.2%p씩 더 높아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-12】 술을 마신 적이 있다

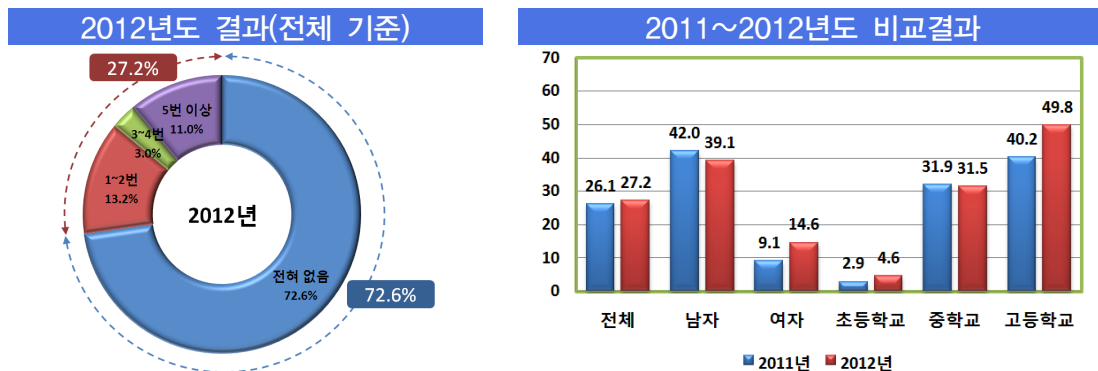
표 III-27 술을 마신 적이 있다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답	사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답
전체		9,435	64.9	20.0	5.3	9.7	0.1	8,745	67.0	19.6	4.8	8.6	0.1
성별	남	4,874	60.1	21.2	5.4	13.2	0.1	4,494	63.0	20.3	5.4	11.2	0.1
	여	4,561	70.0	18.8	5.1	6.0	0.0	4,251	71.2	18.9	4.0	5.9	0.0
교급별	초	2,943	78.9	16.6	2.3	2.1	0.1	3,185	80.9	13.9	2.6	2.4	0.1
	중	2,844	71.4	18.4	4.5	5.7	0.0	2,986	68.9	20.4	4.6	6.1	0.1
	고	3,648	48.5	24.1	8.3	19.0	0.1	2,574	47.4	25.7	7.7	19.2	0.0

⑥-3 비행 - 음란물(영상, 사진, 서적) 접촉

**최근 1년간 ‘음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다’에 대해서
전체 응답자 중 27.2%가 ‘있다’, 72.6%가 ‘전혀 없다’고 응답**

- ‘최근 1년간 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다’에 관해서, 전체 응답자 가운데 27.2%가 ‘있다’라고 응답하였고 72.6%는 ‘전혀 없다’라고 응답하였다.
- 구체적으로 살펴보면, 남학생(39.1%)이 여학생(14.6%)보다 음란물을 보았던 경험률이 3배 가까이 더 높았다. 교급별 비교에서는 초등학생은 4.6%에 불과하였으나 중학생의 경우 초등학생과 비교해 7배 가까이 높았고(31.5%) 고등학생(49.8%)은 음란물 접촉 경험률이 가장 높았다.
- 2011년도와의 비교결과를 살펴보면, 2012년(27.2%)이 2011년(26.1%)에 비해 음란물 접촉 경험률이 1.1%p 더 높아졌고, 성별 비교에서 남학생은 2011년보다 2.9%p 더 낮은 응답률이 나타난 데 비해 여학생은 5.5%p 더 높아졌다. 교급별 비교에서는 중학생만 미미하게 더 낮아졌고 초등학생 및 고등학생은 2011년에 비교해 음란물 접촉경험이 있다는 응답률이 높아졌다.



【그림 III-13】 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다

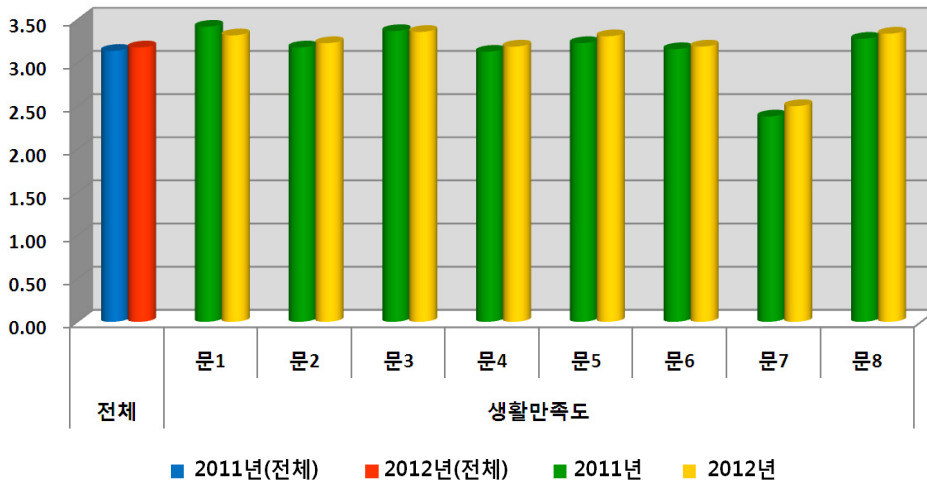
표 III-28 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답	사례수	전혀 없음	1~2번	3~4번	5번 이상	무응답
성별	전체	9,435	73.8	11.7	2.7	11.7	0.1	8,745	72.6	13.2	3.0	11.0	0.3
	남	4,874	57.8	16.3	4.0	21.7	0.2	4,494	60.6	15.4	4.3	19.4	0.4
교급별	여	4,561	90.8	6.8	1.3	1.0	0.1	4,251	85.3	10.8	1.6	2.2	0.1
	초	2,943	97.0	2.1	0.4	0.4	0.0	3,185	95.2	3.5	0.5	0.6	0.2
	중	2,844	67.9	16.0	4.1	11.8	0.2	2,986	68.1	17.6	3.5	10.4	0.3
	고	3,648	59.6	16.0	3.5	20.7	0.2	2,574	49.9	20.0	5.3	24.5	0.3

(2) 긍정적 요인

① 생활만족도 - 항목별 평균

생활만족도 영역의 항목별 평균에서는 '친구와의 관계(M=3.36)'가 가장 높게 나타났고, 다음으로 '건강(M=3.34)', '부모님과의 관계(M=3.32)' 등의 순으로 나타남. 2011년도와의 결과를 비교해보면, 부모님과의 관계 및 친구와의 관계를 제외한 모든 항목에서 생활만족도의 평균점수가 더 높아졌음.



【그림 III-14】 2011~2012년도 생활만족도의 항목별 평균

표 III-29 2011~2012년도 생활만족도의 항목별 평균 비교

문항		평균	
		2011년	2012년
1	부모님과의 관계	3.42	3.32
2	경제적인 생활수준	3.18	3.23
3	친구와의 관계	3.37	3.36
4	여가 생활	3.13	3.19
5	선생님과의 관계	3.23	3.31
6	학교생활	3.16	3.19
7	학업성적	2.38	2.50
8	건강	3.28	3.34
생활만족도(전체)		3.14	3.18

▣ 응답자의 특성에 따른 생활만족도 영역의 항목별 차이 분석

응답자의 특성에 따른 생활만족도 영역의 항목별 차이를 분석한 결과가 아래 <표 III-30>에 제시되어 있다. 구체적으로 살펴보면, 먼저 성별의 경우 선생님과 관계를 제외한 모든 항목에서 남녀 차이가 유의하게 나타나, 남학생이 여학생보다 경제적인 생활수준, 친구와의 관계, 여가생활, 학교생활, 학업성적, 건강과 관련하여 더 높은 만족도를 가지고 있었다. 교급별로는 모든 세부항목에서 집단 간 차이가 유의하여, 교급이 올라갈수록 평균점수가 낮아지는 경향이 나타났다. 다음으로 거주지별 분석에서는 학교생활을 제외하고는 모든 세부항목에서 유의한 차이가 나타나지 않았는데, 학교생활의 경우 서울지역의 평균점수가 가장 높았다. 가족구성별로 살펴보면 모든 세부항목에서 유의한 차이가 나타났는데 부모와의 관계, 경제적인 생활수준, 친구와의 관계, 학교생활, 학업성적 및 건강의 영역에서는 양부모가정의 평균점수가 가장 높았고, 여가생활 및 선생님과 관계의 경우에는 조손가정의 평균점수가 가장 높았다. 한부모가정의 경우에는 모든 영역에서 평균점수가 가장 낮게 나타났다.

표 III-30 응답자 특성에 따른 생활만족도의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		부모와의 관계		경제적인 생활수준		친구와의 관계		여가 생활	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (<i>n</i> =4,494)	3.37 (0.87)	5.433***	3.29 (0.88)	6.466***	3.46 (0.78)	12.508***	3.29 (0.93)	10.055***
	여자 (<i>n</i> =4,251)	3.26 (0.90)		3.17 (0.89)		3.24 (0.86)		3.09 (0.96)	
교급별	초등학교 (<i>n</i> =3,185)	3.58 (0.75)	227.430 *** (ab,ac)	3.59 (0.74)	528.178 *** (ab,ac, bc)	3.53 (0.79)	119.826 *** (ab,ac, bc)	3.57 (0.79)	530.225 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (<i>n</i> =2,986)	3.19 (0.93)		3.16 (0.88)		3.29 (0.86)		3.12 (0.95)	
	고등학교 (<i>n</i> =2,574)	3.14 (0.93)		2.88 (0.90)		3.22 (0.80)		2.80 (0.96)	
거주지	서울 (<i>n</i> =1,300)	3.29 (0.90)	1.067	3.18 (0.91)	2.747	3.36 (0.81)	0.988	3.24 (0.89)	2.458
	광역시 (<i>n</i> =2,185)	3.32 (0.89)		3.24 (0.88)		3.38 (0.81)		3.17 (0.95)	
	시군 (<i>n</i> =5,260)	3.33 (0.89)		3.24 (0.88)		3.35 (0.84)		3.19 (0.96)	
가족 구성	양부모가정 (<i>n</i> =7,681)	3.34 (0.88)	6.738***	3.27 (0.86)	95.466 *** (gh,hi)	3.37 (0.82)	7.189** (gh)	3.20 (0.95)	13.112*** (gh,hi)
	한부모가정 (<i>n</i> =709)	3.09 (0.97)		2.80 (0.99)		3.25 (0.85)		3.02 (0.94)	
	조손가정 (<i>n</i> =147)	—		3.15 (1.00)		3.28 (0.93)		3.31 (0.90)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		3.32(0.89)		3.23(0.88)		3.36(0.83)		3.19(0.95)	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		선생님과의 관계		학교생활		학업성적		건강		생활만족도 (전체)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	3.32 (0.89)	0.887	3.25 (0.92)	6.786 ***	2.58 (1.09)	6.767 ***	3.41 (0.85)	7.921 ***	3.24 (0.66)	9.328 ***
	여자 (n=4,251)	3.30 (0.85)		3.12 (0.93)		2.42 (1.06)		3.26 (0.87)		3.11 (0.67)	
교급 별	초등학교 (n=3,185)	3.60 (0.77)	306.624 *** (ab,ac, bc)	3.52 (0.80)	380.004 *** (ab,ac, bc)	3.17 (0.94)	1345.750 *** (ab,ac, bc)	3.62 (0.73)	370.797 *** (ab,ac, bc)	3.52 (0.60)	822.495 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	3.19 (0.90)		3.10 (0.94)		2.27 (0.99)		3.31 (0.86)		3.08 (0.64)	
	고등학교 (n=2,574)	3.09 (0.85)		2.89 (0.92)		1.94 (0.88)		3.02 (0.90)		2.88 (0.59)	
거주 지	서울 (n=1,300)	3.30 (0.87)	1.148	3.26 (0.88)	4.194* (df)	2.49 (1.07)	2.423	3.33 (0.87)	0.168	3.19 (0.65)	0.172
	광역시 (n=2,185)	3.33 (0.84)		3.19 (0.92)		2.46 (1.06)		3.35 (0.85)		3.18 (0.66)	
	사군 (n=5,260)	3.30 (0.88)		3.17 (0.93)		2.52 (1.08)		3.33 (0.87)		3.18 (0.68)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	3.32 (0.86)	17.572 *** (gh,hi)	3.21 (0.92)	20.461 *** (gh)	2.52 (1.07)	21.950 *** (gh)	3.35 (0.85)	14.734 *** (gh)	3.20 (0.66)	9.134 ***
	한부모가정 (n=709)	3.13 (0.91)		2.99 (0.95)		2.25 (1.01)		3.17 (0.94)		2.96 (0.68)	
	조손가정 (n=147)	3.37 (0.84)		3.07 (1.07)		2.36 (1.18)		3.31 (0.95)		—	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		3.31(0.87)		3.19(0.92)		2.50(1.08)		3.34(0.86)		3.18(0.67)	

* $p<.05$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

생활만족도 영역 전체를 합산한 결과를 살펴보면, 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높게 나타나 ($t=9.328$, $p<.001$) 생활만족도 수준이 더 높았다, 교급별로는 초등학생에서 중·고등학생으로 올라갈수록 평균점수가 낮게 나타나($F=822.495$, $p<.001$), 교급수준이 높아질수록 전반적인 생활만족도 수준이 더 낮아졌다. 또한 거주지별로는 집단 간 차이가 유의하지 않았으며($F=0.172$, $p>.05$), 가족구성별 비교에서는 양부모가정이 한부모가정에 비해 평균점수가 더 높게 나타나($t=9.134$, $p<.001$), 양부모가정 내 아동·청소년들의 생활만족도 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

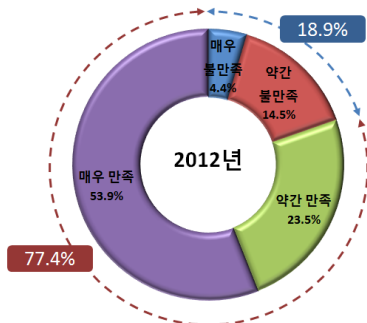
①-1 생활만족도 - 부모와의 관계

‘부모님과의 관계에 얼마나 만족합니까?’의 문항에 대해서

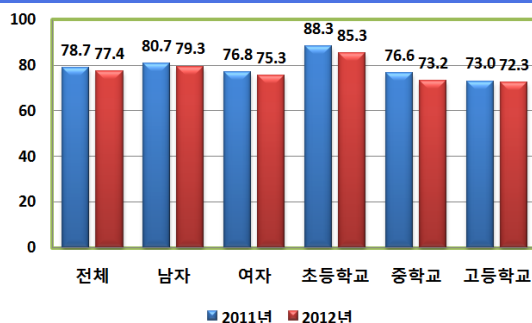
전체 응답자 중 77.4%가 ‘만족한다고 응답

- ‘부모님과의 관계에 얼마나 만족합니까?’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자 가운데 77.4%가 ‘만족한다’ 라고 응답한 반면, 18.9%는 ‘불만족한다’ 라고 응답하였다.
- ‘만족한다’ 는 응답을 중심으로 성별 응답결과를 살펴보면, 남학생(79.3%)이 여학생(75.3%)보다 부모님과의 관계에 만족한다고 응답한 비율이 더 높게 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학교가 85.3%로 가장 높았고 중학생(73.2%), 고등학생(72.3%)의 순으로 나타나, 교급이 올라갈수록 부모님과의 관계에서 만족한다고 응답한 비율이 점점 더 낮아졌다.
- 2011년도와의 결과를 비교해볼 때, 2012년(77.4%)이 2011년(78.7%)에 비해 부모님과의 관계에 만족한다고 응답한 비율이 1.3%p 더 낮아졌고, 이는 성별 및 교급별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-15】 부모와의 관계에 대한 만족도

표 III-31 부모와의 관계에 대한 만족도

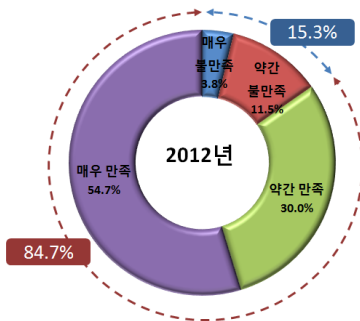
응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답	사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답
성별	전체	9,435	4.0	15.3	25.0	53.7	1.9	8,745	4.4	14.5	23.5	53.9	3.8
	남	4,874	3.9	13.5	24.9	55.8	1.9	4,494	4.3	12.3	22.8	56.5	4.1
	여	4,561	4.2	17.2	25.2	51.6	1.8	4,251	4.4	16.8	24.2	51.1	3.4
교급별	초	2,943	2.5	7.2	17.0	71.3	2.1	3,185	2.7	7.2	17.1	68.2	4.8
	중	2,844	4.1	17.5	27.5	49.1	1.8	2,986	5.2	18.1	25.9	47.3	3.6
	고	3,648	5.2	20.1	29.7	43.3	1.8	2,574	5.4	19.5	28.6	43.7	2.7

①-2 생활만족도 - 친구와의 관계

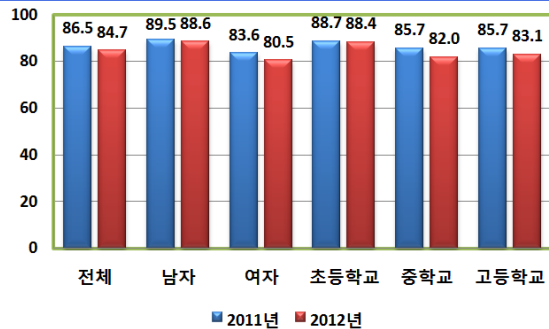
‘친구와의 관계에 얼마나 만족합니까?’의 문항에 대해서
전체 응답자 중 84.7%가 ‘만족한다’고 응답

- ‘친구와의 관계에 얼마나 만족합니까?’에 관해서, 전체 응답자 중 대다수인 84.7%가 ‘만족한다’라고 응답한 반면, 15.3%는 ‘만족하지 않는다’라고 응답하였다.
- ‘만족한다’ 응답을 중심으로 성별 응답결과를 살펴보면, 여학생(80.5%)보다 남학생(88.6%)의 경우 친구와의 관계에 만족한다고 응답한 비율이 더 높았다. 교급별 비교에서는 초등학교(88.4%)에게서 가장 높은 긍정응답률이 나타났고 고등학교(83.1%), 중학생(82.0%)의 순으로 나타났다.
- 2011년도의 결과와 비교해보면, 2012년(84.7%)이 2011년(86.5%)에 비해 친구와의 관계에 만족한다는 응답률이 1.8%p 더 낮아졌고, 성별 비교에서도 이러한 경향은 마찬가지였다. 교급별 비교에서 초등학교는 연도별로 큰 차이가 없었고 중학생과 고등학교의 경우에는 2011년과 비교해볼 때 각각 3.7%p와 2.6%p씩 더 낮아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-16】 친구와의 관계에 대한 만족도

표 III-32 친구와의 관계에 대한 만족도

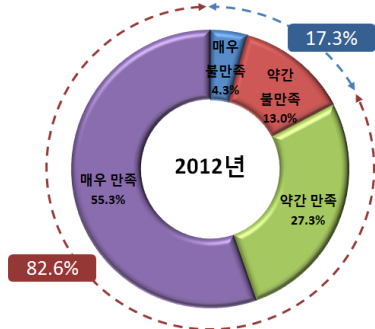
응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답	사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답
전체		9,435	3.3	10.0	33.2	53.3	0.1	8,745	3.8	11.5	30.0	54.7	0.1
성별	남	4,874	2.9	7.5	31.0	58.5	0.1	4,494	3.4	7.9	27.5	61.1	0.1
	여	4,561	3.7	12.7	35.7	47.9	0.1	4,251	4.1	15.3	32.6	47.9	0.1
교급별	초	2,943	3.7	7.3	22.0	66.7	0.2	3,185	3.6	7.9	20.1	68.3	0.2
	중	2,844	3.8	10.5	33.1	52.6	0.0	2,986	4.4	13.4	30.9	51.1	0.1
	고	3,648	2.5	11.8	42.5	43.2	0.0	2,574	3.1	13.7	41.1	42.0	0.0

①-3 생활만족도 - 건강

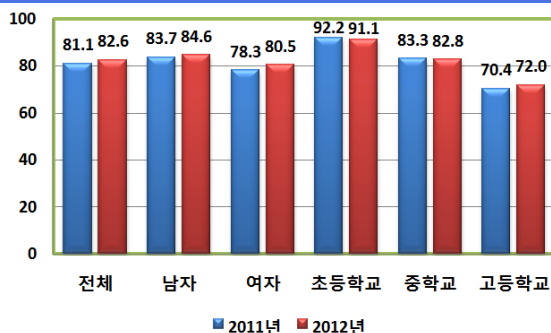
‘건강에 얼마나 만족하십니까?’의 문항에 대해서
전체 응답자 중 82.6%가 ‘만족한다’, 17.3%가 ‘만족하지 않는다’라고 응답

- ‘건강에 얼마나 만족하십니까?’의 문항에 대해서, 전체 응답자의 대다수인 82.6%가 ‘만족한다’라고 응답한 반면, 17.3%는 ‘만족하지 않는다’라고 응답하였다.
- ‘만족한다’는 응답을 중심으로 살펴보면, 남학생(84.6%)이 여학생(80.5%)보다 건강에 더 만족하는 것으로 나타났다. 교급별 비교의 경우에는 초등학교(91.1%)에서 중학생(82.8%), 고등학교(72.0%)으로 갈수록 만족한다는 응답을 한 비율이 점점 더 낮아졌다.
- 2011년도와 2012년도의 결과를 비교하면, 2012년(82.6%)이 2011년(81.1%)에 비해 건강에 만족한다고 응답한 비율이 1.5%p 더 높아졌고, 이러한 양상은 성별 비교에서도 비슷하였다. 단, 교급별 비교에서는 초등학교와 중학생의 긍정응답 비율은 2012년의 경우 조금씩 더 낮아진 반면, 고등학교가 건강에 만족한다고 응답한 비율은 2011년에 비해 1.6%p 더 높아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-17】 건강에 대한 만족도

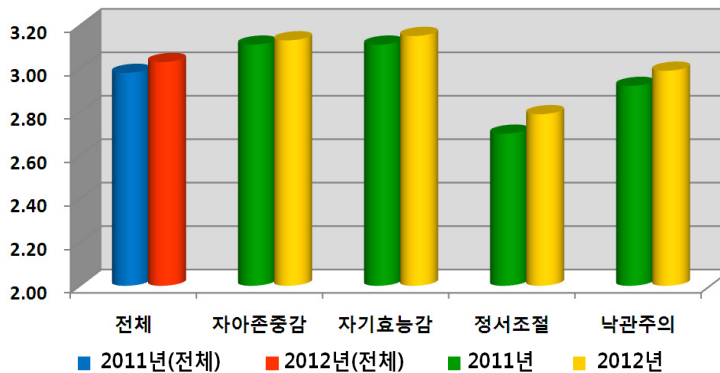
표 III-33 건강에 대한 만족도

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답	사례수	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족	무응답
전체		9,435	4.3	14.6	29.6	51.5	0.0	8,745	4.3	13.0	27.3	55.3	0.1
성별	남	4,874	3.8	12.5	28.0	55.7	0.1	4,494	4.5	10.7	24.1	60.5	0.1
	여	4,561	4.8	16.9	31.3	47.0	0.0	4,251	4.1	15.3	30.7	49.8	0.1
교급별	초	2,943	2.7	5.1	17.9	74.3	0.1	3,185	3.1	5.7	17.3	73.8	0.1
	중	2,844	3.6	13.1	31.4	51.9	0.0	2,986	4.6	12.5	30.3	52.5	0.1
	고	3,648	6.1	23.5	37.7	32.7	0.0	2,574	5.5	22.4	36.3	35.7	0.0

- ② 개인 내(內) 적응적 심리요인(2-1 자아존중감/2-2 자기효능감/2-3 정서조절/2-4 낙관주의) - 요인별 및 항목별 평균

개인 내(內) 적응적 심리요인에 대한 요인별 평균에서는 ‘자기효능감($M=3.15$)’이 가장 높았으며, ‘자아존중감($M=3.13$)’, ‘낙관주의($M=2.99$)’, ‘정서조절($M=2.79$)’의 순으로 나타남.

2011년도와의 결과를 비교해보면, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절 및 낙관주의 등 모든 요인에서 평균점수가 더 높게 나타나, 개인 내 적응적 심리요인 수준이 전반적으로 증가함.



【그림 III-18】 2011~2012년도 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 평균

표 III-34 2011~2012년도 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
자아 존중감	1	나는 내가 다른 사람들처럼 가치있는 사람이라고 생각한다	3.09	3.11
	2	나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다	3.00	3.03
	3	나는 대부분의 사람들과 같이 일을 잘 할 수가 있다	3.20	3.22
	4	나는 내 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다	3.11	3.13
	5	나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다	3.13	3.16
소계			3.11	3.13
자기 효능감	1	나는 노력하면 대부분의 일들을 잘 할 수 있다	3.22	3.25
	2	내가 잘 할 수 있는 일들이 많다	3.09	3.14
	3	나는 어려운 일이 있어도 잘 극복할 수 있는 능력이 있다	3.02	3.06
소계			3.11	3.15
정서 조절	1	감정에 휩쓸리지 않고 일이나 공부에 집중할 수 있다	2.59	2.69
	2	슬프거나 힘들 때에도 좌절하지 않는다	2.73	2.81
	3	화가 나거나 기분이 상했을 때에도 나의 감정을 조절할 수 있다	2.79	2.87
소계			2.70	2.79
낙관 주의	1	어떤 일에 실패했을 때에도 크게 실망하지 않는다	2.73	2.83
	2	내가 원하는 대로 일이 이루어질 것이라고 생각한다	2.97	3.02
	3	목표를 이루는데 실패하더라도 기운을 내어 새로 시작할 수 있다	3.07	3.11
소계			2.92	2.99
개인 내(內) 적응적 심리요인(전체)			2.98	3.03

□ 응답자의 특성에 따른 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석

개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이를 분석한 결과가 <표 III-35>에 제시되어 있다. 세부 요인별 분석결과를 구체적으로 살펴보면, 먼저 성별차이에서는 자아존중감을 제외한 자기효능감, 정서조절, 낙관주의의 요인에서 남녀차이가 유의미하게 나타났으며, 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았다. 교급별에서는 모든 요인에서 집단 간 차이가 유의하였는데 교급수준이 높아질수록 각 요인의 평균점수는 더 낮게 나타났다. 거주지별로는 자아존중감, 자기효능감, 정서조절 요인에서 유의한 차이를 보였는데, 서울지역의 평균점수가 가장 높았다. 가족구성별에서는 모든 요인의 차이가 유의미하였는데 양부모가정의 평균점수가 가장 높게 나타났다.

개인 내(內) 적응적 심리요인을 합산한 전체에서도 성, 교급, 거주지, 그리고 가족구성에 따른 집단 간 차이가 유의한 것으로 나타났다. 사후검증 결과는 아래 <표 III-35>와 같다.

표 III-35 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		자아존중감		자기효능감		정서조절		낙관주의		개인 내(內) 적응적 심리요인(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	3.15 (0.74)	1.910	3.18 (0.69)	3.798 ***	2.88 (0.77)	10.882 ***	3.03 (0.74)	5.230 ***	3.07 (0.65)	5.744 ***
	여자 (n=4,251)	3.12 (0.71)		3.12 (0.69)		2.70 (0.79)		2.95 (0.73)		2.99 (0.64)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	3.27 (0.78)	94.917 *** (ab,ac)	3.34 (0.69)	201.352 *** (ab,ac,bc)	3.09 (0.78)	447.203 *** (ab,ac,bc)	3.24 (0.75)	317.001 *** (ab,ac,bc)	3.24 (0.67)	288.590 *** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,986)	3.07 (0.71)		3.08 (0.68)		2.70 (0.75)		2.89 (0.70)		2.96 (0.63)	
	고등학교 (n=2,574)	3.04 (0.65)		3.01 (0.64)		2.52 (0.70)		2.79 (0.66)		2.87 (0.57)	
거주지	서울 (n=1,300)	3.19 (0.70)	8.050*** (df)	3.22 (0.68)	11.379*** (df,ef)	2.85 (0.78)	4.169* (df)	3.02 (0.72)	2.525	3.09 (0.64)	7.442** (df)
	광역시 (n=2,185)	3.15 (0.71)		3.18 (0.67)		2.79 (0.79)		3.01 (0.72)		3.05 (0.64)	
	시군 (n=5,260)	3.11 (0.74)		3.13 (0.70)		2.78 (0.79)		2.97 (0.74)		3.02 (0.65)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	3.16 (0.72)	30.035 *** (gh,gi)	3.17 (0.68)	33.001 *** (gh,hi)	2.81 (0.78)	21.547 *** (gh)	3.01 (0.73)	25.549 *** (gh)	3.05 (0.64)	35.207 *** (gh)
	한부모가정 (n=709)	2.95 (0.73)		2.96 (0.69)		2.61 (0.75)		2.80 (0.74)		2.85 (0.65)	
	조손가정 (n=147)	2.97 (0.84)		3.10 (0.79)		2.74 (0.86)		2.95 (0.82)		2.94 (0.74)	
전체 M(SD)		3.13(0.73)		3.15(0.69)		2.79(0.78)		2.99(0.73)		3.03(0.65)	

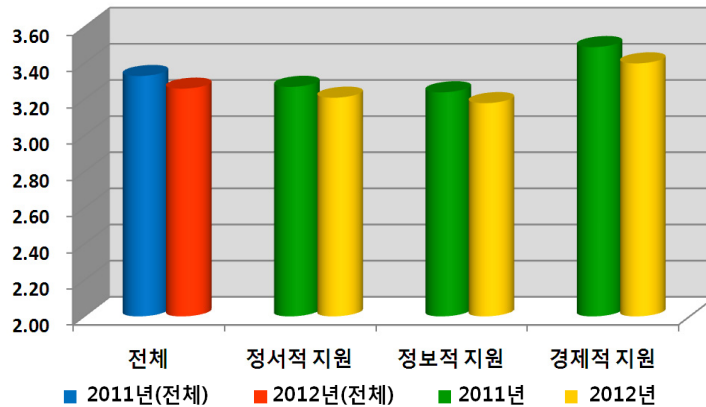
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

2) 가족영역

(1) 부모의 지원 - 항목별 평균

부모의 지원에 대한 요인별 평균에서는 '경제적 지원($M=3.40$)'이 가장 높았으며, '정서적 지원($M=3.21$)', '정보적 지원($M=3.18$)'의 순으로 나타남. 2011년도와의 결과를 비교해보면, 정서적 지원, 정보적 지원, 경제적 지원 모두 2011년에 비해 평균점수가 낮았음. 즉, 아동·청소년이 지각하는 부모의 지원은 2012년에 감소하였음.



【그림 III-19】 2011~2012년도 부모의 지원의 요인별 평균

표 III-36 2011~2012년도 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
정서적 지원	1	정신적으로 편안하게 해 주신다	3.23	3.17
	2	나를 잘 알고 이해해 주신다	3.22	3.17
	3	따뜻하게 대해 주신다	3.40	3.32
	4	고민을 들어 주신다	3.17	3.12
	5	힘들고 어려울 때 도와 주신다	3.34	3.28
	6	실망하거나 좌절할 때 위로해 주신다	3.26	3.20
소계			3.27	3.21
정보적 지원	7	진학이나 진로문제에 대해 조언해 주신다	3.26	3.19
	8	공부에 도움이 되는 말씀을 해 주신다	3.28	3.22
	9	좋은 책이나 필요한 정보를 알려 주신다	3.12	3.09
	10	올바른 공부 태도와 사는 방식에 대해 가르쳐 주신다	3.31	3.24
소계			3.24	3.18
경제적 지원	11	용돈을 주신다	3.37	3.27
	12	공부에 필요한 것들을 사 주신다	3.58	3.48
	13	준비물이 필요할 때 돈을 주신다	3.62	3.51
	14	경제적인 걱정 없이 생활하게 해 주신다	3.41	3.33
소계			3.49	3.40
부모의 지원 영역(전체)			3.33	3.26

□ 응답자의 특성에 따른 부모의 지원 영역의 요인별 차이 분석

부모의 지원의 요인별 차이를 분석한 결과는 다음 <표 III-37>과 같다. 먼저 부모의 지원의 세부요인별 분석결과를 보면, 정서적 지원과 정보적 지원의 경우 성별, 교급별 및 가족구성별로 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 살펴보면 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별로는 교급수준이 높아질수록 평균점수가 낮아졌다. 가족구성별 비교에서는 양부모가정이 한부모가정보다 평균점수가 더 높은 것으로 나타났다. 경제적 지원의 경우 교급별($F=106.469$, $p<.001$), 거주지별($F=7.415$, $p<.01$) 및 가족구성별($t=7.621$, $p<.001$)에서 유의한 집단 간의 차이가 나타나, 교급수준이 올라갈수록 평균점수는 낮아졌고, 광역시가 서울이나 시군지역에 비해 평균점수가 더 높았으며, 양부모가정이 한부모가정보다 평균점수가 더 높게 나타났다.

부모의 지원 각 세부요인을 합산한 전체에서도 성별($t=2.583$, $p<.05$), 교급별($F=420.503$, $p<.001$) 및 가족구성별($t=9.634$, $p<.001$)에서 집단 간 차이가 유의한 것으로 나타났다.

표 III-37 부모의 지원의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		정서적 지원		정보적 지원		경제적 지원		부모의 지원(전체)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (<i>n</i> =4,494)	3.24 (0.75)	3.942***	3.21 (0.77)	3.136**	3.39 (0.62)	-1.610	3.27 (0.64)	2.583*
	여자 (<i>n</i> =4,251)	3.18 (0.75)		3.16 (0.76)		3.41 (0.57)		3.24 (0.62)	
교급별	초등학교 (<i>n</i> =3,185)	3.49 (0.68)	389.154 *** (ab,ac,bc)	3.49 (0.68)	494.165 *** (ab,ac,bc)	3.52 (0.57)	106.469 *** (ab,ac,bc)	3.50 (0.58)	420.503 *** (ab,ac,bc)
	중학교 (<i>n</i> =2,986)	3.11 (0.74)		3.13 (0.75)		3.36 (0.60)		3.19 (0.62)	
	고등학교 (<i>n</i> =2,574)	2.98 (0.73)		2.88 (0.75)		3.29 (0.60)		3.04 (0.61)	
거주지	서울 (<i>n</i> =1,300)	3.20 (0.77)	1.205	3.23 (0.77)	2.742	3.37 (0.62)	7.415** (de,ef)	3.26 (0.65)	1.549
	광역시 (<i>n</i> =2,185)	3.23 (0.74)		3.19 (0.76)		3.44 (0.58)		3.28 (0.62)	
	시군 (<i>n</i> =5,260)	3.20 (0.75)		3.17 (0.76)		3.39 (0.60)		3.25 (0.63)	
가족 구성	양부모가정 (<i>n</i> =7,681)	3.23 (0.74)	7.848***	3.21 (0.76)	9.601***	3.41 (0.59)	7.621***	3.28 (0.62)	9.634***
	한부모가정 (<i>n</i> =709)	3.00 (0.78)		2.92 (0.81)		3.22 (0.66)		3.04 (0.67)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		3.21(0.75)		3.18(0.77)		3.40(0.60)		3.26(0.63)	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

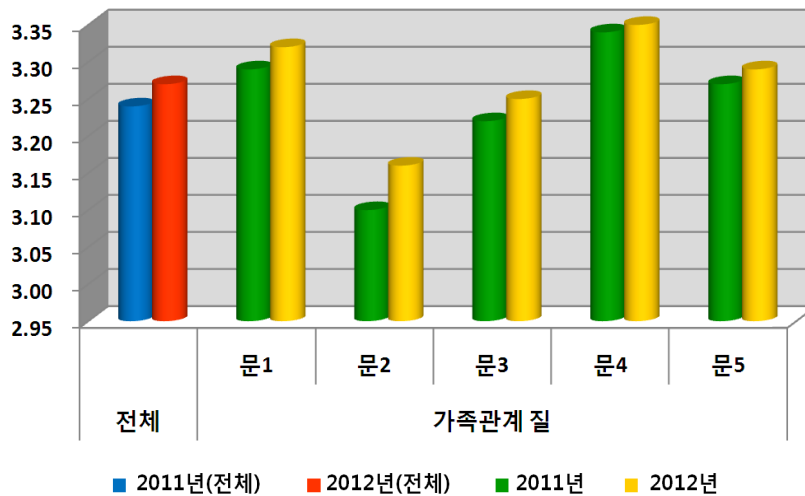
*주1: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정

*주2: 가족구성의 조손가정은 무응답으로 처리

(2) 가족관계 질 - 항목별 평균

가족관계 질에 대한 요인별 평균에서는 ‘우리 가족은 서로 친하다(M=3.35)’가 가장 높았고, ‘우리 가족은 서로 아껴준다(M=3.32)’, ‘우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다(M=3.29)’의 순으로 나타남.

2011년도와의 결과를 비교해보면, 모든 항목에서 평균점수가 2011년에 비해 더 높아져, 2012년의 경우 가족관계의 질이 향상된 것으로 나타남.



【그림 III-20】 2011~2012년도 가족관계 질의 항목별 평균

표 III-38 2011~2012년도 가족관계 질의 항목별 평균 비교

문항		평균	
		2011년	2012년
1	우리 가족은 서로 아껴준다	3.29	3.32
2	우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다	3.10	3.16
3	우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다	3.22	3.25
4	우리 가족은 서로 친하다	3.34	3.35
5	우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다	3.27	3.29
가족관계 질 영역(전체)		3.24	3.27

□ 응답자의 특성에 따른 가족관계 질의 항목별 차이 분석

가족관계 질의 항목별 차이를 분석한 결과는 <표 III-39>와 같다. 구체적으로 살펴보면, ‘우리 가족은 서로 아껴준다’와 ‘우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다’는 항목에 대해 교급별 및 가족구성별로 집단 간에 유의한 차이가 나타났는데, 교급수준이 올라갈수록 평균점수는 낮았으며 양부모가정이 한부모가정 및 조손가정에 비해 평균점수가 더 높게 나타났다. ‘우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다’ 항목의 경우에는 성별($t=2.249$, $p<.05$), 교급별($F=237.955$, $p<.001$) 및 가족구성별($F=33.400$, $p<.001$)에서 집단 간 차이가 통계적으로 유의미하였는데, 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고 초등학생이 중·고등학생에 비해 평균점수가 더 높았으며 양부모가정이 한부모가정 및 조손가정에 비해 평균점수가 더 높은 것으로 나타났다.

표 III-39 가족관계 질의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		서로 아껴줌		함께 시간을 보냄		서로 의지하고 도와줌	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (<i>n</i> =4,494)	3.33 (0.75)	1.035	3.16 (0.87)	0.053	3.27 (0.79)	2.249*
	여자 (<i>n</i> =4,251)	3.31 (0.72)		3.16 (0.86)		3.23 (0.80)	
교급별	초등학교 (<i>n</i> =3,185)	3.53 (0.68)	214.068*** (ab,ac,bc)	3.44 (0.77)	309.777*** (ab,ac,bc)	3.48 (0.73)	237.955*** (ab,ac,bc)
	중학교 (<i>n</i> =2,986)	3.23 (0.75)		3.08 (0.86)		3.17 (0.79)	
	고등학교 (<i>n</i> =2,574)	3.17 (0.73)		2.91 (0.88)		3.05 (0.80)	
거주지	서울 (<i>n</i> =1,300)	3.32 (0.73)	0.831	3.16 (0.86)	0.100	3.25 (0.80)	1.768
	광역시 (<i>n</i> =2,185)	3.34 (0.71)		3.16 (0.86)		3.28 (0.77)	
	시군 (<i>n</i> =5,260)	3.31 (0.75)		3.15 (0.87)		3.24 (0.80)	
가족 구성	양부모가정 (<i>n</i> =7,681)	3.34 (0.72)	34.653*** (gh)	3.18 (0.85)	31.659*** (gh)	3.27 (0.78)	33.400*** (gh)
	한부모가정 (<i>n</i> =709)	3.11 (0.79)		2.92 (0.91)		3.02 (0.84)	
	조손가정 (<i>n</i> =147)	3.24 (0.83)		3.05 (0.96)		3.17 (0.87)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		3.32(0.74)		3.16(0.86)		3.25(0.80)	

* $p<.05$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=사군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		친밀함		서로에게 관심이 많음		가족관계 질 (전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	3.35 (0.77)	0.113	3.31 (0.80)	2.530*	3.28 (0.71)	1.377
	여자 (n=4,251)	3.35 (0.76)		3.26 (0.81)		3.26 (0.70)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	3.56 (0.68)	199.308*** (ab,ac,bc)	3.49 (0.74)	173.751*** (ab,ac,bc)	3.50 (0.63)	288.350*** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,986)	3.27 (0.79)		3.21 (0.81)		3.19 (0.71)	
	고등학교 (n=2,574)	3.19 (0.78)		3.12 (0.81)		3.09 (0.70)	
거주지	서울 (n=1,300)	3.34 (0.76)	0.320	3.29 (0.79)	0.603	3.27 (0.70)	0.700
	광역시 (n=2,185)	3.36 (0.76)		3.30 (0.79)		3.29 (0.69)	
	시군 (n=5,260)	3.35 (0.77)		3.28 (0.81)		3.27 (0.71)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	3.37 (0.75)	32.273*** (gh,gi)	3.31 (0.78)	37.882*** (gh)	3.30 (0.69)	42.677*** (gh)
	한부모가정 (n=709)	3.14 (0.84)		3.05 (0.87)		3.05 (0.75)	
	조손가정 (n=147)	3.22 (0.87)		3.16 (0.93)		3.18 (0.79)	
전체 M(SD)		3.35(0.76)		3.29(0.80)		3.27(0.70)	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

‘우리 가족은 서로 친하다’ 항목에서는 교급별($F=199.308$, $p<.001$) 및 가족구성별($F=32.273$, $p<.001$)로 집단 간 유의한 차이가 나타났다. 즉, 교급수준이 높아질수록 평균점수는 낮았고, 가족구성별에서는 양부모가정이 한부모가정 및 조손가정에 비해 평균점수가 높았다.

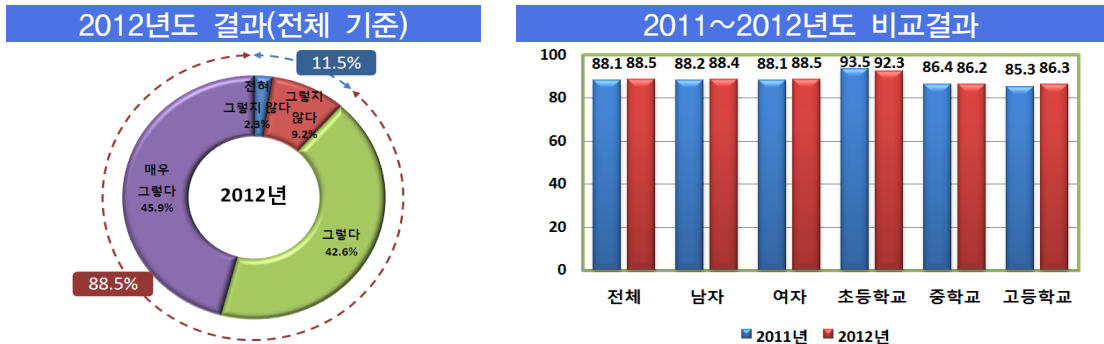
‘우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다’ 항목의 경우에는 성별($t=2.530$, $p<.05$), 교급별($F=173.751$, $p<.001$), 가족구성별($F=37.882$, $p<.001$)에서 집단 간 차이가 유의하게 나타났는데, 즉 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 초등학생에서 고등학생으로 갈수록 평균점수가 낮아졌으며, 양부모가정이 다른 유형의 가정에 비해 평균점수가 더 높게 나타났다.

가족관계 질의 각 항목을 합산한 전체의 경우, 교급별($F=288.350$, $p<.001$) 및 가족구성별($F=42.677$, $p<.001$) 변인의 집단 간 차이가 통계적으로 유의하였다. 각 세부항목별 평균의 차이와 사후검증 결과는 다음 <표 III-39>에 제시되어 있다.

(2)-1 가족관계 질¹²⁾

**‘우리 가족은 서로 아껴준다’에 대해서
전체 응답자 중 88.5%가 ‘그렇다’고 응답**

- ‘우리 가족은 서로 아껴준다’에 대해, 88.5%가 ‘그렇다’, 11.5%는 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.
- 성별의 경우 남학생(88.4%)과 여학생(88.5%)이 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 교급별에서 우리 가족은 서로 아껴준다고 응답한 경우를 살펴보면 초등학교(92.3%)의 응답률이 가장 높았으며, 중학생(86.2%)과 고등학생(86.3%)의 응답률은 거의 비슷했다.
- 2011년과 2012년의 결과를 비교해보면, 2012년(88.5%)이 2011년(88.1%)에 비해 긍정응답한 비율이 0.4%p 높아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상이었다. 교급별 비교에서는 초등학교 및 중학생의 경우에는 2012년의 긍정응답률이 미미하게나마 낮아졌으나, 고등학생의 경우에는 2011년에 비해 응답률이 1.0%p 더 높아졌다.



【그림 III-21】 우리 가족은 서로 아껴준다

표 III-40 우리 가족은 서로 아껴준다

응답자의 특성	2011년						2012년						
	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	
전체	9,435	2.5	9.3	44.8	43.3	0.1	8,745	2.3	9.2	42.6	45.9	0.1	
성 별	남	4,874	2.8	8.9	43.6	44.6	0.1	4,494	2.7	8.8	41.3	47.1	0.1
	여	4,561	2.3	9.6	46.1	42.0	0.1	4,251	1.9	9.5	44.0	44.5	0.1
교 급 별	초	2,943	1.5	5.0	32.6	60.9	0.1	3,185	1.5	6.0	30.5	61.8	0.2
	중	2,844	2.9	10.8	47.9	38.5	0.0	2,986	2.7	11.1	46.9	39.3	0.1
	고	3,648	3.1	11.5	52.2	33.1	0.1	2,574	2.9	10.8	52.5	33.8	0.0

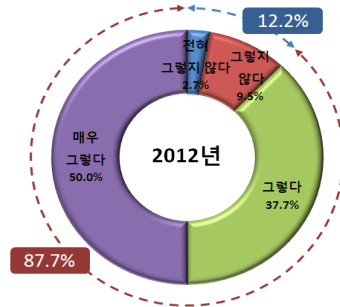
12) 가장 높은 두 개의 항목을 제시함

(2)-2 가족관계 질

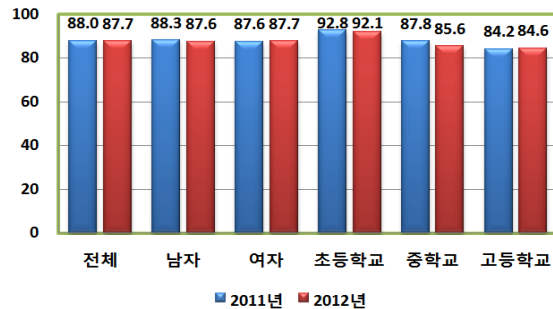
‘우리 가족은 서로 친하다’에 대해서
전체 응답자 중 87.7%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘우리 가족은 서로 친하다’ 와 관련하여, 전체 응답자의 87.7%가 ‘그렇다’ , 12.2%는 ‘그렇지 않다’ 라고 응답하였다.
- 구체적으로 살펴보면, 성별 비교에서는 남학생(87.6%)과 여학생(87.7%)이 ‘그렇다’ 고 응답한 비율의 차이가 거의 없었고, 교급별 비교에서는 초등학생(92.1%)에서 중(85.6%)·고등학생(84.6%)으로 교급이 올라갈수록 긍정응답한 비율이 낮아지는 것으로 나타났다.
- 2011년과 2012년의 결과를 비교해보면, 2012년(87.7%)과 2011년(88.0%)의 긍정응답률의 차이가 거의 없었고, 성별 비교에서는 남자는 2012년에 0.7%p 더 낮아진데 비해 여자는 연도별 긍정응답비율이 비슷했다. 교급별 비교에서는 초등학생과 중학생의 경우 2012년에 긍정응답률이 조금씩 낮아진 반면 고등학생의 경우에는 0.4%p 더 높아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-22】 우리 가족은 서로 친하다

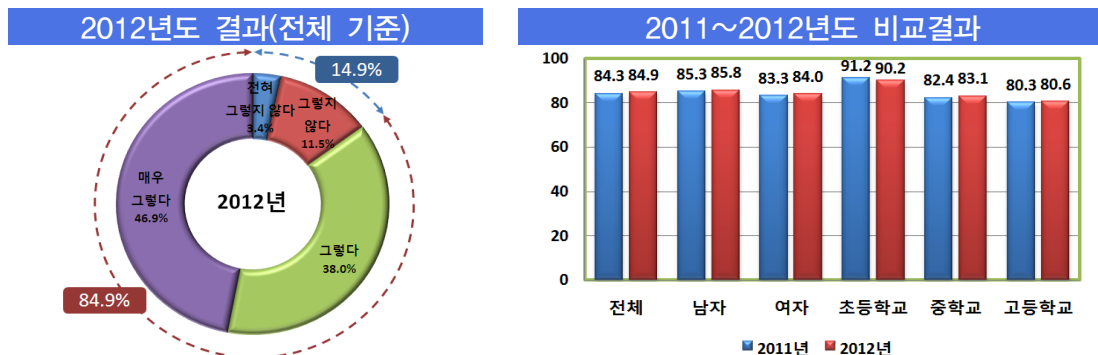
표 III-41 우리 가족은 서로 친하다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성별	전체	9,435	2.7	9.2	40.1	47.9	0.1	8,745	2.7	9.5	37.7	50.0	0.1
	남	4,874	2.9	8.7	41.1	47.2	0.2	4,494	2.9	9.3	37.4	50.2	0.1
교 급 별	여	4,561	2.5	9.8	39.0	48.6	0.1	4,251	2.5	9.7	38.0	49.7	0.1
	초	2,943	1.6	5.6	28.6	64.2	0.1	3,185	1.4	6.3	27.3	64.8	0.2
	중	2,844	2.5	9.6	43.5	44.3	0.1	2,986	3.3	11.0	41.0	44.6	0.1
	고	3,648	3.8	11.8	46.7	37.5	0.2	2,574	3.6	11.8	46.7	37.9	0.0

(2)-3 가족관계 질

‘우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다’에 대해서 전체 응답자 중 84.9%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다’에 대해서, 전체 응답자 중 84.9%가 ‘그렇다’라고 응답한 반면, 14.9%는 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.
- 긍정응답을 중심으로 성별비교를 먼저 살펴보면, 남학생(85.8%)이 여학생(84.0%)보다 ‘그렇다’고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 교급별로는 초등학생(90.2%)에서 중학생(83.1%), 고등학생(80.6%)으로 올라갈수록 가족이 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다고 응답한 비율이 낮아졌다.
- 2011년도와의 비교결과를 살펴보면, 2012년(84.9%)이 2011년(84.3%)에 비해 긍정응답률이 0.7%p 더 높아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생의 긍정응답률은 2012년에 1.0%p 더 낮아진 반면, 중학생은 0.7%p 더 높아졌고, 고등학생의 경우에는 연도별 차이가 거의 나타나지 않았다.



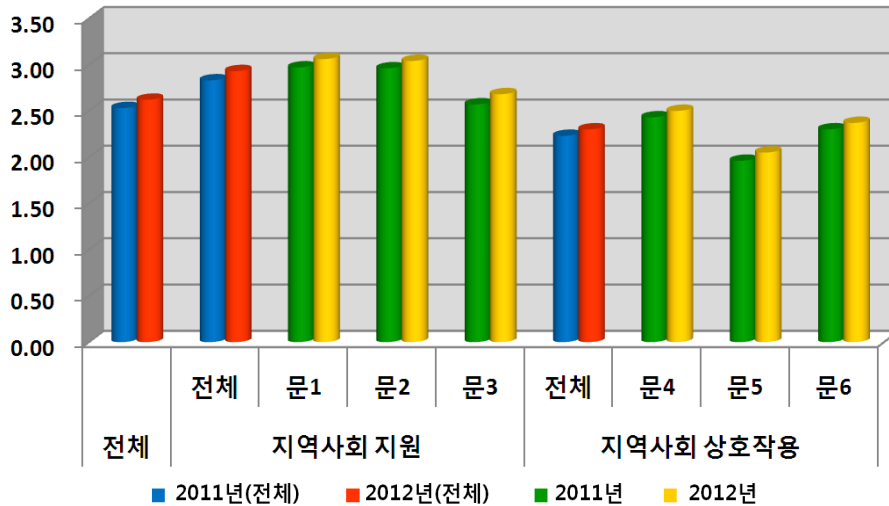
【그림 III-23】 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다

표 III-42 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성별	전체	9,435	3.2	12.4	39.4	44.9	0.1	8,745	3.4	11.5	38.0	46.9	0.1
	남	4,874	3.2	11.5	39.5	45.8	0.1	4,494	3.4	10.7	37.7	48.1	0.1
교급	여	4,561	3.2	13.5	39.3	44.0	0.1	4,251	3.4	12.5	38.4	45.6	0.1
	초	2,943	2.2	6.6	29.6	61.6	0.1	3,185	2.7	7.0	29.3	60.9	0.1
	중	2,844	3.2	14.4	40.9	41.5	0.0	2,986	3.7	13.1	41.1	42.0	0.1
	고	3,648	4.0	15.6	46.1	34.2	0.2	2,574	4.0	15.3	45.3	35.3	0.0

3) 지역사회 영역 - 요인별 및 항목별 평균

지역사회에 대한 요인별 평균에서는
 ‘지역사회 지원(M=2.93)’, ‘지역사회 상호작용(M=2.30)’의 순으로 나타남.
 2011년도와의 결과를 비교해보면, 2012년의 평균점수가 전반적으로 높아져,
 지역사회 지원 및 상호작용이 증가한 것으로 나타남.



【그림 III-24】 2011~2012년도 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균

표 III-43 2011~2012년도 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항	평균	
		2011년	2012년
지역사회 지원	1 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	2.97	3.06
	2 가족, 친구, 선생님 외에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다	2.96	3.04
	3 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다	2.57	2.68
소계		2.83	2.93
지역사회 상호작용	4 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다	2.43	2.50
	5 나는 지역사회 각종 단체에 가입하여 활동한다	1.96	2.05
	6 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다	2.30	2.37
소계		2.23	2.30
지역사회 영역(전체)		2.53	2.62

□ 응답자의 특성에 따른 지역사회 영역의 요인별 차이 분석

지역사회 영역의 요인별 차이를 분석한 결과는 다음 <표 III-44>와 같다. 먼저 지역사회 지원의 경우, 성별($t=7.977$, $p<.001$), 교급별($F=381.084$, $p<.001$), 가족구성별($F=16.335$, $p<.001$) 각 항목에 대해서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났다. 즉, 남학생($M=3.00$)이 여학생($M=2.86$)보다 평균점수가 더 높았고, 초등학생($M=3.22$)에서 중($M=2.86$)·고등학생($M=2.65$)으로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌다. 또한 양부모가정의 평균점수가 다른 유형의 가정보다 더 높게 나타났다. 지역사회 상호작용에서는 교급별($F=188.351$, $p<.001$) 및 가족구성별($F=4.164$, $p<.05$) 변인에서 유의한 차이가 나타나, 교급수준이 높아질수록 평균점수가 더 낮았고, 가족구성별로는 한부모가정의 평균점수가 가장 낮았다. 각 세부 요인별 사후검증 결과는 다음 <표 III-44>에 제시되어 있다.

표 III-44 지역사회 영역의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		지역사회 지원		지역사회 상호작용		지역사회 영역(전체)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	3.00 (0.82)	7.977***	2.31 (0.88)	0.786	2.66 (0.73)	5.222***
	여자 (n=4,251)	2.86 (0.85)		2.30 (0.78)		2.58 (0.69)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	3.22 (0.79)	381.084*** (ab,ac,bc)	2.52 (0.87)	188.351*** (ab,ac,bc)	2.87 (0.71)	381.995*** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,986)	2.86 (0.81)		2.23 (0.79)		2.55 (0.67)	
	고등학교 (n=2,574)	2.65 (0.81)		2.12 (0.76)		2.38 (0.66)	
거주지	서울 (n=1,300)	2.94 (0.86)	0.180	2.32 (0.85)	0.329	2.63 (0.73)	0.250
	광역시 (n=2,185)	2.92 (0.85)		2.30 (0.85)		2.61 (0.72)	
	시군 (n=5,260)	2.93 (0.83)		2.30 (0.82)		2.62 (0.70)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	2.94 (0.83)	16.335*** (gh)	2.31 (0.83)	4.164* (gh)	2.63 (0.71)	12.886*** (gh)
	한부모가정 (n=709)	2.76 (0.81)		2.21 (0.78)		2.48 (0.67)	
	조손가정 (n=147)	2.92 (0.91)		2.32 (0.88)		2.62 (0.77)	
전체 <i>M</i> (<i>SD</i>)		2.93(0.84)		2.30(0.83)		2.62(0.71)	

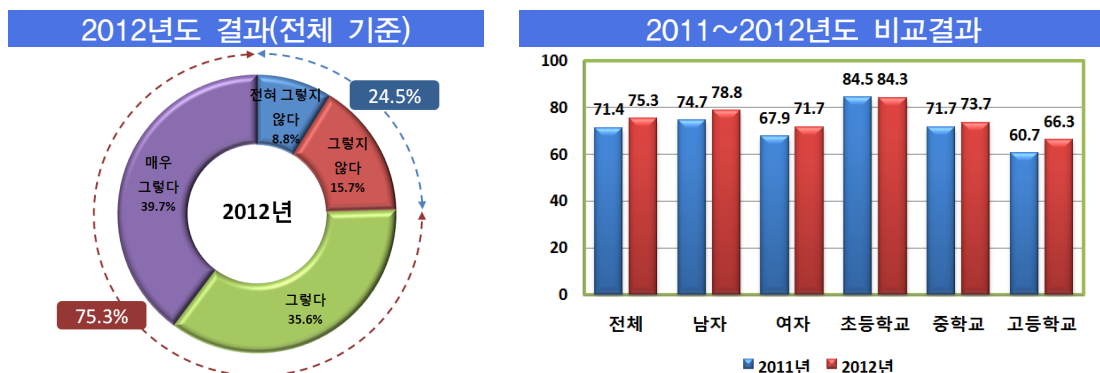
* $p<.05$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

3)-1 지역사회 지원¹³⁾

‘가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을만한 사람이 있다’에 대해서 전체 응답자 중 75.3%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을만한 사람이 있다’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자의 75.3%가 ‘그렇다’ 라고 응답한 반면, 24.5%는 ‘그렇지 않다’ 고 응답하였다.
- 성별비교에서는 남학생(78.8%)이 여학생(71.7%)보다 더 높았고, 교급별 비교에서는 초등학교(84.3%)에서 고등학생(66.3%)으로 교급수준이 높아질수록 긍정응답률이 낮아졌다.
- 2012년이 2011년에 비해 ‘그렇다’ 고 응답한 비율이 조금씩 더 높았다. 교급별 비교에서는 중·고등학생은 2011년에 비해 긍정응답률이 조금 더 높아진데 반해, 초등학교의 경우 연도별 차이가 거의 나타나지 않았다.



【그림 III-25】 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다

표 III-45 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다

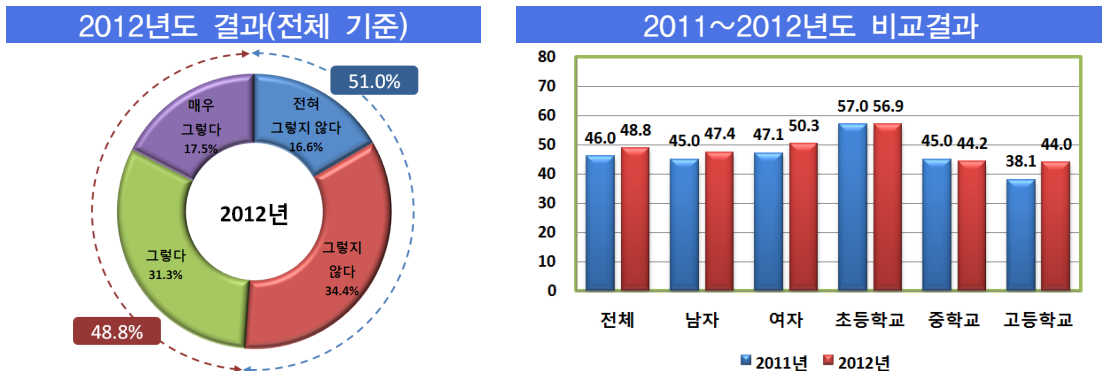
응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
전체		9,435	11.2	17.3	35.3	36.1	0.0	8,745	8.8	15.7	35.6	39.7	0.1
성 별	남	4,874	10.3	15.0	37.5	37.2	0.0	4,494	7.7	13.3	36.4	42.4	0.1
	여	4,561	12.2	19.8	33.0	34.9	0.0	4,251	9.9	18.3	34.8	36.9	0.1
교 급 별	초	2,943	6.5	9.0	32.3	52.2	0.0	3,185	6.3	9.3	29.6	54.7	0.1
	중	2,844	10.1	18.2	37.4	34.3	0.0	2,986	9.0	17.3	39.8	33.9	0.0
	고	3,648	15.9	23.3	36.2	24.5	0.1	2,574	11.6	21.9	38.3	28.0	0.2

13) 각 요인에서 평균점수가 가장 높은 항목을 제시하였음.

3)-2 지역사회 상호작용

‘나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람을 돕는 일에 참여한다’에 대해서 전체 응답자 중 ‘그렇다’는 48.8%, ‘그렇지 않다’는 51.0%가 응답

- ‘나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람을 돕는 일에 참여한다’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자 중에서 48.8%가 ‘그렇다’ 라고 응답한 반면, 51.0%는 ‘그렇지 않다’ 고 응답하였다.
- ‘그렇다’ 를 중심으로 성별 응답결과를 살펴보면, 여학생(50.3%)이 남학생(47.4%)보다 긍정응답 비율이 높은 것으로 나타났다. 교급별로는 어려운 사람을 돕는 일에 참여한다는 응답이 초등학생이 56.9%로 가장 높았고 중학생(44.2%)과 고등학생(44.0%)의 차이는 거의 없었다.
- 2011년도와 2012년도를 비교해보면, 2012년(48.8%)이 2011년(46.0%)에 비해 어려운 사람을 돕는 일에 참여한다고 응답한 비율이 2.8%p 높았고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생의 경우 연도별 차이가 거의 나타나지 않았고 중학생은 긍정응답률이 0.8%p 더 낮아진 반면, 고등학생은 5.9%p 더 높아졌다.



【그림 III-26】 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다

표 III-46 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다

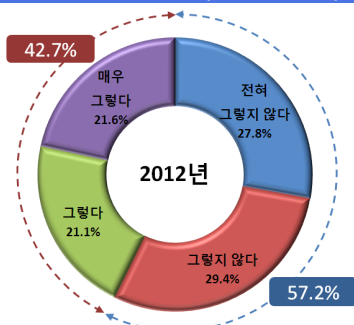
응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성별	전체	9,435	18.2	35.7	31.4	14.6	0.1	8,745	16.6	34.4	31.3	17.5	0.2
	남	4,874	20.0	34.9	29.3	15.7	0.1	4,494	18.6	33.8	28.8	18.6	0.3
교급별	여	4,561	16.1	36.6	33.6	13.5	0.1	4,251	14.5	35.1	33.9	16.4	0.1
	초	2,943	13.9	29.1	33.2	23.8	0.1	3,185	14.7	28.1	31.2	25.7	0.3
	중	2,844	18.0	37.0	31.5	13.5	0.0	2,986	16.6	39.0	30.7	13.5	0.2
	고	3,648	21.7	40.1	29.9	8.2	0.2	2,574	18.9	36.9	31.9	12.1	0.2

3)-3 지역사회 상호작용

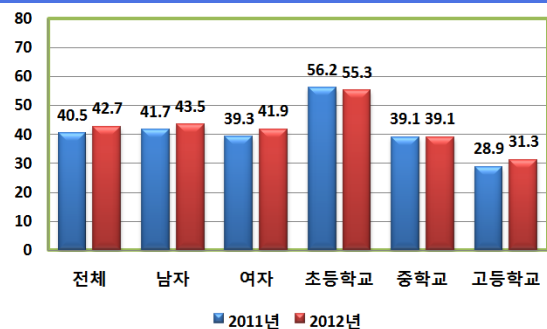
**‘나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다’에 대해서
전체 응답자 중 ‘그렇다’의 응답률은 42.7%, ‘그렇지 않다’는 57.2%로 응답**

- ‘나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다’의 문항에 대해서, 전체 응답자의 42.7%가 ‘그렇다’라고 응답한 반면, 57.2%는 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.
- ‘그렇다’ 응답을 중심으로 살펴보면, 남학생(43.5%)이 여학생(41.9%)보다 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생(55.3%)에서 고등학생(31.3%)으로 올라갈수록 긍정응답률이 낮았다.
- 2011년도와 비교해보면, 2012년(42.7%)이 2011년(40.5%)에 비해 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다고 응답한 비율이 2.2%p 더 높았고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상이 나타났다. 교급별로는 초등학생은 2011년에 비해 2012년의 경우 조금 더 낮은 긍정응답률이 나타났고 중학생은 같았으며 고등학생은 긍정응답률이 2012년에 2.4%p 더 높았다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



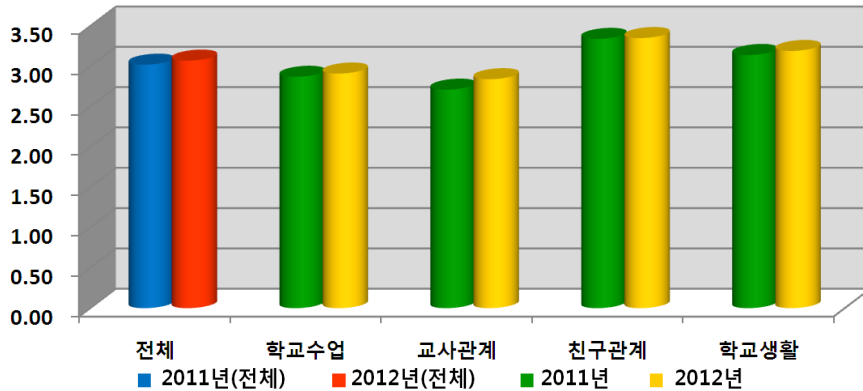
【그림 III-27】 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다

표 III-47 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성별 교급별	전체	9,435	29.6	29.8	21.7	18.8	0.1	8,745	27.8	29.4	21.1	21.6	0.1
	남	4,874	31.2	27.1	22.1	19.6	0.1	4,494	29.7	26.6	20.6	22.9	0.2
	여	4,561	27.9	32.8	21.3	18.0	0.0	4,251	25.7	32.3	21.7	20.2	0.1
	초	2,943	20.5	23.2	25.2	31.0	0.0	3,185	22.8	21.7	22.0	33.3	0.2
	중	2,844	31.6	29.3	21.9	17.2	0.0	2,986	27.9	32.8	21.5	17.6	0.1
고	3,648	35.4	35.6	18.7	10.2	0.1	2,574	33.7	35.0	19.7	11.6	0.0	

4) 학교영역 - 요인별 및 항목별 평균

학교영역에 대한 요인별 평균에서는 ‘친구관계(M=3.35)’가 가장 높게 나타났고, ‘학교생활(M=3.19)’, ‘학교수업(M=2.91)’, ‘교사관계(M=2.84)’의 순으로 나타남. 2011년도와의 결과를 비교해보면, 학교수업, 교사관계, 친구관계, 학교생활의 모든 요인에서 평균점수가 증가하여, 2012년에 학교에서의 적응수준이 전반적으로 높아졌음.



【그림 III-28】 2011~2012년도 학교영역의 요인별 평균

표 III-48 2011~2012년도 학교영역의 요인별 및 항목별 평균 비교

요인	문항		평균	
			2011년	2012년
학교 수업	1	나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력 한다	3.16	3.21
	2	나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 한다	2.78	2.81
	3	나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고, 집중하여 잘 듣는다	2.65	2.71
소계			2.87	2.91
교사 관계	4	학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	2.89	3.00
	5	학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있다	2.56	2.69
	6	학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있다	2.70	2.82
소계			2.71	2.84
친구 관계	7	학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	3.36	3.37
	8	학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편하다	3.31	3.32
	9	나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	3.36	3.37
소계			3.34	3.35
학교 생활	10	나는 학교 규칙을 잘 지키고 있다	3.14	3.17
	11	나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용한다	3.00	3.09
	12	나는 지각이나 결석을 하지 않는다	3.29	3.30
소계			3.14	3.19
학교영역(전체)			3.02	3.07

□ 응답자의 특성에 따른 학교영역의 요인별 차이 분석

학교영역에 대한 요인별 차이를 분석한 결과는 다음 <표 III-49>와 같다. 구체적으로 살펴보면 학교수업 및 학교생활의 경우에는 성별, 교급별, 거주지별, 가족구성별로 유의미한 집단 간 차이가 나타났다. 즉 남학생보다 여학생의 평균점수가 더 높았고, 교급수준이 올라갈수록 평균점수가 더 낮게 나타났다. 거주지별로는 서울이 광역시 및 시군지역보다 평균점수가 더 높았고, 가족구성별에서는 양부모가정의 평균점수가 한부모가정과 조손가정보다 더 높은 것으로 나타났다. 교사관계의 경우 성별, 교급별 및 가족구성별에서 유의한 차이가 나타났는데, 남학생의 평균점수가 여학생보다 더 높았고, 초등학교에서 중·고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌으며, 조손가정의 평균점수가 가장 높았다. 마지막으로 친구관계에서는 교급별 및 가족구성별에서 집단 간 차이가 유의했는데, 교급수준이 높아질수록 평균점수는 낮아졌으며, 양부모가정의 평균점수가 가장 높게 나타났다.

그밖에 각 세부 요인별 평균과 사후검증 결과는 다음 <표 III-49>에 제시되어 있다.

표 III-49 학교영역의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		학교수업		교사관계		친구관계		학교생활		학교영역(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,494)	2.89 (0.71)	-2.757 **	2.87 (0.84)	4.182 ***	3.35 (0.68)	-0.289	3.17 (0.66)	-1.968 *	3.07 (0.58)	0.107
	여자 (n=4,251)	2.93 (0.66)		2.80 (0.85)		3.35 (0.66)		3.20 (0.62)		3.07 (0.55)	
교급별	초등학교 (n=3,185)	3.17 (0.65)	422.957 *** (ab,ac, bc)	3.23 (0.77)	628.169 *** (ab,ac, bc)	3.51 (0.64)	187.068 *** (ab,ac, bc)	3.35 (0.60)	177.936 *** (ab,ac, bc)	3.32 (0.55)	566.048 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,986)	2.80 (0.67)		2.65 (0.83)		3.33 (0.66)		3.11 (0.66)		2.98 (0.54)	
	고등학교 (n=2,574)	2.71 (0.64)		2.56 (0.77)		3.18 (0.66)		3.07 (0.62)		2.88 (0.49)	
거주지	서울 (n=1,300)	2.95 (0.70)	4.278* (df)	2.85 (0.86)	0.324	3.36 (0.69)	1.358	3.23 (0.65)	5.267** (df)	3.10 (0.58)	3.256* (-)
	광역시 (n=2,185)	2.92 (0.69)		2.85 (0.84)		3.37 (0.65)		3.20 (0.63)		3.08 (0.55)	
	시군 (n=5,260)	2.89 (0.68)		2.83 (0.85)		3.34 (0.67)		3.17 (0.64)		3.06 (0.56)	
가족 구성	양부모가정 (n=7,681)	2.93 (0.68)	52.994 *** (gh,gi)	2.85 (0.84)	19.092 *** (gh,hi)	3.37 (0.66)	20.696 *** (gh)	3.21 (0.63)	45.079 *** (gh,gi)	3.09 (0.56)	48.867 *** (gh,hi)
	한부모가정 (n=709)	2.66 (0.66)		2.65 (0.83)		3.20 (0.70)		2.98 (0.66)		2.88 (0.55)	
	조손가정 (n=147)	2.78 (0.77)		2.88 (0.87)		3.29 (0.78)		3.05 (0.69)		3.01 (0.62)	
전체 M(SD)		2.91(0.69)		2.84(0.85)		3.35(0.67)		3.19(0.64)		3.07(0.56)	

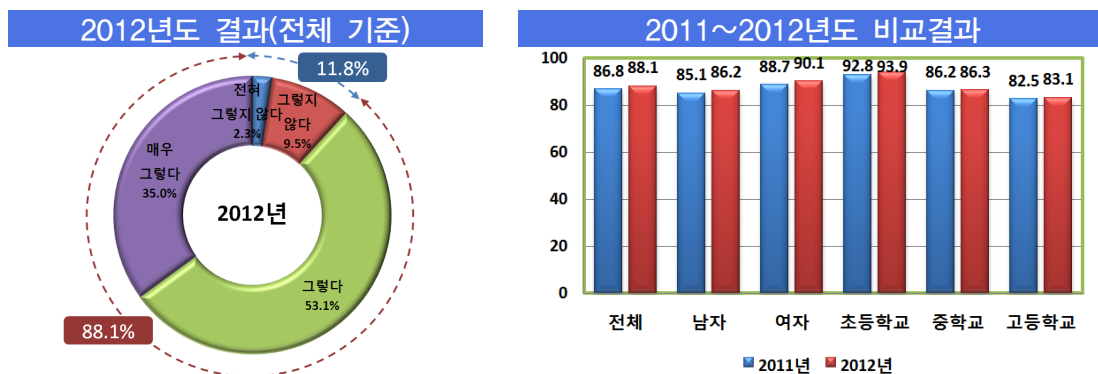
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

4)-1 학교수업¹⁴⁾

‘나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다’에 대해서 전체 응답자 중 88.1%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자의 88.1%가 ‘그렇다’ 라고 응답한 반면, 11.8%는 ‘그렇지 않다’ 고 응답하였다.
- 성별에서는 여학생(90.1%)이 남학생(86.2%)보다 더 높았고, 교급별로는 초등학교(93.9%)에서 고등학교(83.1%)으로 올라갈수록 긍정응답률이 낮아지는 것으로 나타났다.
- 2011년도와 결과를 비교해보면, 2012년(88.1%)이 2011년(86.8%)에 비해 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다고 응답한 비율이 1.3%p 높아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상이었다.



【그림 III-29】 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다

표 III-50 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성 별	전체	9,435	2.4	10.7	55.3	31.5	0.1	8,745	2.3	9.5	53.1	35.0	0.0
	남	4,874	3.0	11.9	54.9	30.2	0.1	4,494	3.2	10.5	51.8	34.4	0.1
교 단 별	여	4,561	1.8	9.5	55.8	32.9	0.0	4,251	1.4	8.5	54.4	35.7	0.0
	초	2,943	1.3	5.8	44.3	48.5	0.0	3,185	1.4	4.7	41.2	52.7	0.1
	중	2,844	2.6	11.3	57.5	28.7	0.0	2,986	3.0	10.7	58.6	27.7	0.0
	고	3,648	3.1	14.3	62.5	20.0	0.1	2,574	2.7	14.1	61.3	21.8	0.0

14) 각 요인에서 평균점수가 가장 높은 항목을 제시하였음.

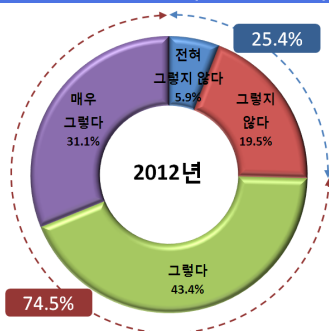
4)-2 교사관계

‘학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다’에 대해서

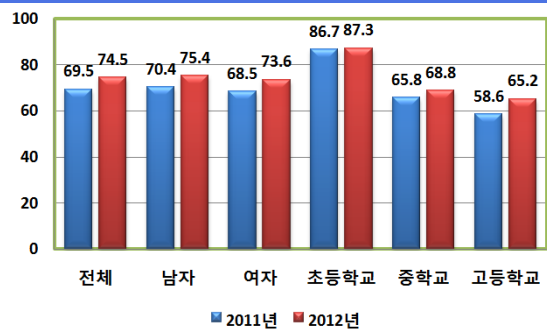
전체 응답자 중 74.5%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다’에 대해서, 전체 응답자 중 74.5%가 ‘그렇다’라고 응답한 반면, 25.4%는 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.
- 긍정응답을 중심으로 구체적으로 살펴보면, 남학생(75.4%)이 여학생(73.6%)보다 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났고, 교급별에서는 초등학생(87.3%)의 긍정응답률이 가장 높았으며, 중학생(68.8%), 고등학생(65.2%)으로 갈수록 학교에 자신을 이해하고 인정해주는 선생님이 있다고 응답한 비율이 낮아졌다.
- 2011년도와 2012년도의 결과를 비교해보면, 2012년(74.5%)이 2011년(69.5%)에 비해 학교에서 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다고 응답한 비율이 5.0%p 더 높아졌고, 이는 성별 및 교급별 비교에서도 비슷한 양상으로 나타났다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-30】 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다

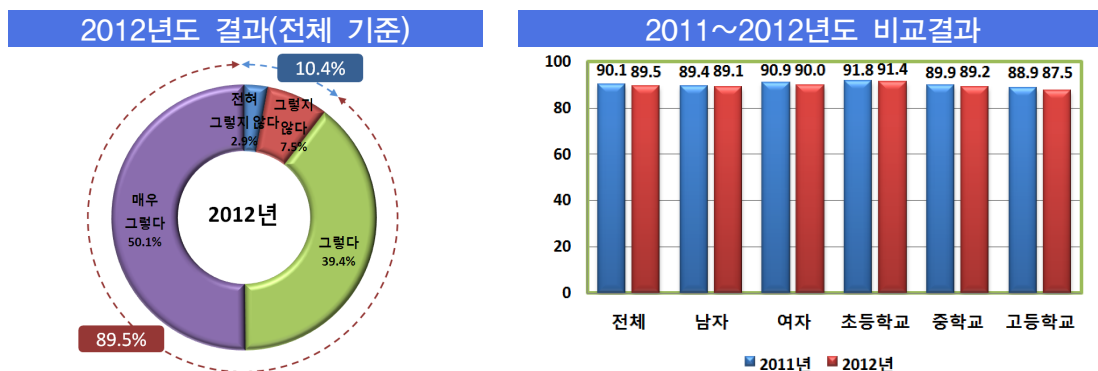
표 III-51 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
성별	전체	9,435	7.5	22.9	43.2	26.3	0.1	8,745	5.9	19.5	43.4	31.1	0.1
	남	4,874	7.3	22.1	43.6	26.8	0.1	4,494	6.0	18.5	43.8	31.6	0.1
교급별	여	4,561	7.7	23.7	42.8	25.7	0.0	4,251	5.8	20.7	43.0	30.6	0.0
	초	2,943	3.7	9.5	38.9	47.8	0.1	3,185	3.0	9.6	36.1	51.2	0.0
	중	2,844	8.6	25.7	44.9	20.9	0.0	2,986	7.9	23.2	46.4	22.4	0.1
	고	3,648	9.8	31.5	45.4	13.2	0.1	2,574	7.1	27.5	48.8	16.4	0.1

4)-3 친구관계

‘학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다’에 대해서
전체 응답자 중 89.5%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자 중 89.5%가 ‘그렇다’ 고 응답한 반면, 10.4%는 ‘그렇지 않다’ 고 응답하였다.
- ‘그렇다’ 를 중심으로 성별 응답결과를 살펴보면, 여학생(90.0%)이 남학생(89.1%)보다 학교에 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생(91.4%)에서 고등학생(87.5%)으로 올라갈수록 긍정응답비율이 낮아졌다.
- 2011년도와의 결과를 비교해보면, 2012년(89.5%)이 2011년(90.1%)에 비해 학교에 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다고 응답한 비율이 0.6%p 더 낮아졌고, 이는 성별 및 교급별 비교에서도 비슷한 양상을 보였다. 즉 전체적으로 2012년에 학교에 자신이 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다고 생각하는 비율이 2011년도에 비해 비교적 낮아졌다.



【그림 III-31】 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다

표 III-52 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다

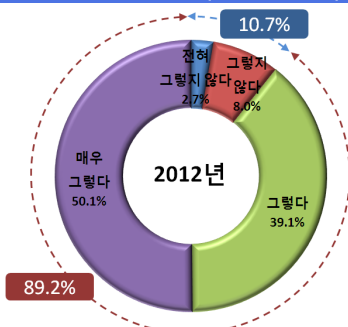
응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
전체		9,435	2.9	6.9	41.5	48.6	0.1	8,745	2.9	7.5	39.4	50.1	0.0
성별	남	4,874	3.4	7.2	42.9	46.5	0.0	4,494	3.2	7.7	39.3	49.8	0.1
	여	4,561	2.4	6.6	40.1	50.8	0.1	4,251	2.7	7.4	39.6	50.4	0.0
교급별	초	2,943	2.8	5.4	30.9	60.9	0.0	3,185	2.5	6.1	28.6	62.8	0.1
	중	2,844	3.1	6.9	42.6	47.3	0.0	2,986	3.1	7.6	42.6	46.6	0.1
	고	3,648	2.9	8.1	49.3	39.6	0.1	2,574	3.2	9.2	49.1	38.4	0.0

4)-4 친구관계

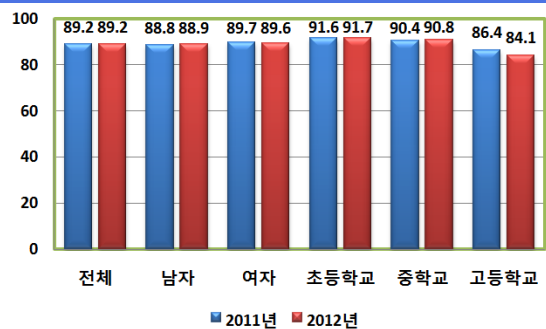
‘나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다’에 대해서 전체 응답자 중 89.2%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다’의 문항에 대해서, 전체 응답자의 89.2%가 ‘그렇다’라고 응답한 반면, 10.7%는 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.
- 구체적으로 살펴보면, 여학생(89.6%)이 남학생(88.9%)보다 긍정응답률이 높은 것으로 나타났다. 교급별 비교에서는 ‘그렇다’고 응답한 경우가 84.1%로 가장 낮았고 초등학생(91.7%)의 경우 가장 높은 긍정응답비율이 나타나, 교급수준이 높아질수록 쉬는 시간에 친구들과 함께 어울리는 경우가 줄어들었다.
- 2011년도와의 비교결과를 살펴보면, 2012년(89.2%)과 2011년(89.2%)의 긍정응답비율은 같은 것으로 나타났고, 성별 비교에서도 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 교급별 비교에서는 초등학생은 2011년과 2012년의 긍정응답률이 별다른 차이가 없었고, 중학생은 2012년에 ‘그렇다’고 응답한 비율이 0.4%p 더 높아진 반면, 고등학생의 경우 2.3%p 더 낮아졌다.

2012년도 결과(전체 기준)



2011~2012년도 비교결과



【그림 III-32】 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다

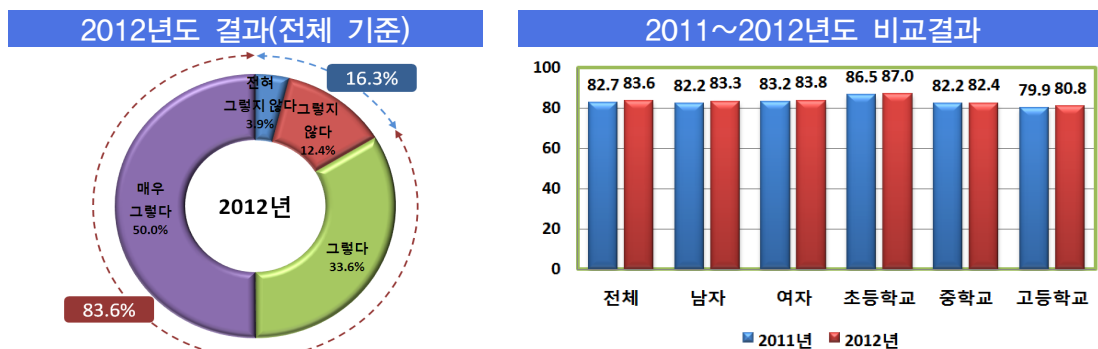
표 III-53 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
전체		9,435	2.7	7.9	41.1	48.1	0.2	8,745	2.7	8.0	39.1	50.1	0.1
성별	남	4,874	2.8	8.1	42.2	46.6	0.2	4,494	2.8	8.2	38.9	50.0	0.2
	여	4,561	2.5	7.7	39.9	49.8	0.1	4,251	2.6	7.9	39.4	50.2	0.0
교급별	초	2,943	2.5	5.7	29.2	62.4	0.2	3,185	2.8	5.3	28.3	63.4	0.2
	중	2,844	2.3	7.0	41.4	49.0	0.2	2,986	2.4	6.7	41.4	49.4	0.1
	고	3,648	3.0	10.4	50.4	36.0	0.1	2,574	3.0	12.9	49.8	34.3	0.0

4)-5 학교생활

‘나는 지각이나 결석을 하지 않는다’에 대해서 전체 응답자 중 83.6%가 ‘그렇다’고 응답

- ‘나는 지각이나 결석을 하지 않는다’ 의 문항에 대해서, 전체 응답자의 83.6%가 ‘그렇다’ 라고 응답한 반면, 16.3%는 ‘그렇지 않다’ 고 응답하였다.
- ‘그렇다’ 를 중심으로 성별 응답결과를 살펴보면, 여학생(83.8%)이 남학생(83.3%)보다 응답한 비율이 조금 더 높은 것으로 나타났다. 교급별에서는 초등학생(87.0%)에서 고등학생(80.8%)으로 교급수준이 높아질수록 지각이나 결석을 하지 않는다고 응답한 비율이 낮은 것으로 나타났다.
- 2011년도와의 비교결과를 살펴보면, 2012년(83.6%)이 2011년(82.7%)에 비해 지각이나 결석을 하지 않는다고 응답한 비율이 0.9%p 높아졌고, 이는 성별 비교에서도 비슷한 양상을 보였다. 교급별 비교에서는 초·고등학생은 2012년이 2011년에 비해 ‘그렇다’ 고 응답한 비율이 조금 더 높는데 반해 중학생은 큰 차이가 나타나지 않았다.



【그림 III-33】 나는 지각이나 결석을 하지 않는다

표 III-54 나는 지각이나 결석을 하지 않는다

응답자의 특성		2011년						2012년					
		사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	무응답
전체		9,435	3.9	13.4	32.8	49.9	0.1	8,745	3.9	12.4	33.6	50.0	0.1
성별	남	4,874	4.5	13.3	32.1	50.1	0.0	4,494	4.4	12.1	32.1	51.2	0.2
	여	4,561	3.2	13.5	33.5	49.7	0.1	4,251	3.4	12.7	35.1	48.7	0.0
교급	초	2,943	2.5	11.0	29.4	57.1	0.0	3,185	2.8	10.0	28.9	58.1	0.2
	중	2,844	4.4	13.4	34.0	48.2	0.0	2,986	4.9	12.8	35.4	47.0	0.0
	고	3,648	4.6	15.3	34.5	45.4	0.1	2,574	4.3	15.0	37.3	43.5	0.0

제 IV 장

아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계

1. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리
2. 아동·청소년 정신건강문제의 평가
3. 국내 법·제도 현황
4. 고위험 청소년의 관리 현황
5. 서비스 공급 및 관리체계에 대한 분석
6. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계
7. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계

제 IV 장¹⁵⁾

아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계

1. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리

아동·청소년 시기는 일반적으로 건강한 시기에 속한다. 그러나 세계적으로 약 20%의 청소년이 정신건강문제를 경험한다. 주된 문제로는 우울, 불안, 자살 등이 있다. 특히 자살은 청소년기의 주된 사망원인이다(WHO, 2003). 정신적으로 건강한 상태를 가지는 것은 전반적인 삶의 질 향상을 도모할 수 있기 때문에 가장 기본적인 건강의 요소라고 할 수 있다. 청소년기에 행복하고 자신감 있는 정신 상태를 가질수록 성인기에도 건강한 정신을 가질 확률이 높아지므로 국가적으로도 중요한 보건문제라고 할 수 있다(Rao, 2001). 정서적인 안녕(well-being)의 상태를 유지함으로써 자존감, 행동, 학업성취도와 학교생활, 사회생활 등에 긍정적인 효과를 기대할 수 있다(Olweus, 1991).

정신건강과 관련하여 청소년들이 가져야 할 역량은 문제해결능력(problem solving skills), 사회적 역량(social competence), 목적의식(sense of purpose) 등이다. 이러한 기본적인 역량은 자산(asset)으로도 표현된다. 정신건강의 자산에 해당하는 요소들은 삶의 어려운 환경이나 상황을 극복할 수 있게 해주고, 위험행동을 피하고 생산적인 삶을 영위하게 해주는 기능을 한다(Morgan & Ziglio, 2007; Scales, 1999).

아동·청소년의 정신건강 증진에 영향을 주는 요소는 다양하지만, 그 중 몇 가지 수준으로 구분 가능하다. 예컨대 개인, 가족, 학교, 이웃, 지역사회의 수준 등으로 구분할 수 있다(Morgan et al., 2008). 정신건강의 문제나 정신질환을 발생시키는 데 영향을 주는 요소는 가난, 사회적 소외 및 왕따, 폭력, 가족의 지원결여 등이다. 아동·청소년들이 많은 위기를 경험하고, 발육발달상의 문제를 경험할 때 정신건강의 문제는 심각해질 수 있다. 정부나 공공 및 민간부문의 지원정책의

15) 이 장은 한국보건사회연구원 연구진이 연구한 내용 중 일부를 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)이 요약 제시하였음

접근성을 높임으로써 상담과 사회서비스를 통해 청소년의 정신건강을 보호할 수 있다(WHO, 2004).

아동·청소년의 정신건강문제의 발생을 예방하기 위해서는 이 시기에 긍정적인 경험을 할 수 있는 기회를 많이 제공하는 것이 효과적이라고 한다(Sameroff, Gutman & Peck, 2003). 특히 취약계층의 아동·청소년들에게는 학교, 가정, 지역사회에서 정신건강 지원 서비스를 강화함으로써 정신건강문제의 발생을 예방하거나 개선할 수 있다는 근거가 있다(WHO, 2012).

아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 정책적 접근방법은 임상적인 정신보건서비스의 개입 강화와 더불어 아동·청소년의 정서적·사회적 안녕(well-being)을 지원하는 방안을 개발하는데 중점을 두어야 한다. 임상적 정신보건 서비스의 개입은 1차보건의료서비스 현장뿐만 아니라 학교와 지역사회기반의 개입이 필요하다. 국제적으로 보건의료자원이 부족한 국가일수록 지역사회와 학교에서 정신보건서비스에 대한 접근성이 상당히 떨어지는 것으로 보고되고 있다.

아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위한 정책 대상의 우선순위를 순서대로 나열하면, 위험에 노출된 청소년(고위험 집단), 부모 및 교사, 지역사회, 일반청소년 등이다. 세계보건기구에서 권고하는 아동·청소년 정신건강 증진 지원방안은 다음과 같다.

첫째 전인적이고 종합적인 접근으로서 정신보건정책과 더불어 정신건강문제의 예방을 위한 사회심리적 접근을 병행하는 것이다.

둘째, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 보호요인의 대부분은 가족 요소와 지역사회요소에 있기 때문에 해당 아동·청소년의 필수적인 참여뿐만 아니라 부모, 사회·환경적으로 이해관계가 있는 영역의 사람들이 정책적 개입의 대상이 되어야 한다.

셋째, 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 정신보건서비스는 아동·청소년이 처한 상황적 요인을 고려하여 문화적으로 적절해야 한다. 특히 정신건강 증진 지원을 위한 서비스는 성 기반적(gender based approach)이고 인권에 기반(human rights based approach)하여야 한다.

넷째, 서비스에 접근하기 어려운 취약계층의 청소년을 찾아내어 미충족 요구를 감소시키려는 정책적 노력이 필요하다. 취약계층 청소년의 정신건강 및 관련 문제를 예측하고, 조기에 발견할 수 있도록 시스템이 마련되어야 한다.

마지막으로 아동·청소년의 정신건강요구에 대응하기 위해 최선의 커뮤니케이션 수단을 활용해야 한다. 인터넷을 비롯한 다양한 커뮤니케이션 수단을 통하여 정신건강문제에 대하여 의사소통을 할 수 있도록 하고 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다.

2. 아동·청소년 정신건강문제의 평가

미국정신과학회의 정신진단기준에 의하면 정신장애 및 정신질환의 진단기준은 임상적 증후군, 성격장애, 정신장애로 인한 신체질병, 심리사회적 스트레스 사건, 현재의 기능수준 등을 중심으로 평가한다(민성길, 2006). 정신장애의 종류는 정신분열병, 분열형 정동장애 및 반복성 우울장애 등이 포함된다.¹⁶⁾ 우리나라 전체 장애인 중 정신장애인(자폐성장애인과 지적 장애인)의 연령별 분포를 보면, 17세 이하의 아동·청소년이 가장 많은 것으로 나타났다(자폐성 장애 78.5%, 지적 장애 30.4%)(변용찬 외, 2009).

아동의 정신보건 문제를 심층적으로 분석한 1999년의 미 보건복지부 보고서에 따르면 약 9~14%의 동일 연령대 대상들이 심각한 정서장애(Serious Emotional Disturbance, SED)를 갖고 있으나, 그 중 70%는 아무런 서비스를 받지 못한 채 방치되고 있는 것으로 보고되었다(Department of Health and Human Services, 1999).

국내의 경우 아동·청소년 정신건강 수준 파악을 위하여 교육과학기술부 주관으로 학생 정신건강 검진사업이 2007년부터 추진되어 왔다. 2007년 기준, 전국 96개교를 대상으로 시범사업을 실시하였고 2008년에는 보다 확대된 245개교(전국 초·중고 학교 중 2.2%에 해당)의 초·중고 학생 76,465여명을 대상으로 실시하였다. 조사대상은 사·도 지정학교 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년생이었고, 조사방법은 전문적인 초·중고생용 선별 검사 도구를 사용하여 보건교사 및 담임교사 주도하에 정밀검사 대상자(학부모 동의하에 조사)를 선별하게 한 후 정밀검진을 받도록 가정е 통보하는 방식이었다. 조사결과 정밀검진이 필요한 학생이 12.9%로 나타났다(남자 13.0%, 여자 12.7%), 정밀검진이 필요한 학생의 비율은 고학년일수록 높게 나타났다(초 4학년 11.3%, 중 1학년 13.5%, 고 1학년 15.1%). 학생 정신건강 검진에 대한 학부모의 만족도는 86.4%로 높게 나타났으나, 교사와 보건교사의 경우는 50%를 넘지 않는 것으로 나타났다. 교사들이 필요하다고 지적인 과제들은 학생 정신건강 검진 사업에 대한 홍보와 교육, 정신보건센터와의 협조체제구축 및 업무분담, 학생에 대한 지속가능한 사후관리, 학교 내 전담부서 및 전문 인력배치, 부모 동의 없이 치료받을 수 있는 지원체계 등이었다(박효정 외, 2008).

2009년도에 중학교 284개교, 고등학교 196개교의 학생 102,837명을 대상으로 한 우울증 검사결과

16) 장애인복지법 시행령 별표1에 의하면 정신장애인은 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절, 행동, 하고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람을 의미한다.

에서 약 40%의 학생이 우울증상이 있는 것으로 나타났는데, 그 심각도에 따라 분류하면 경도 23%, 중등도 12%, 심도 5%였다. 초등학생의 과잉행동증후군의 유병률은 약 11%인 것으로 분석되었다.

심층사정평가가 필요한 것으로 나타난 학생은 2009년 기준 초등학교 15.6%, 중학교 17.8%, 고등학교 17.6%였고, 2010년에는 초등학교 10.7%, 중학교 15.0%, 고등학교 12.6% 으로 나타났다. 심층사정평가는 정신보건센터, Wee 센터, 병의원 등에 의뢰되어 실시되었다. 2/3 정도는 정신보건센터에서 심층사정평가가 이루어졌는데, 아동·청소년의 주된 정신건강 문제는 우울 등 정서문제 43.6%, 문제 미발견 15.9%, 기타문제 13.9%, 인터넷 중독 3.5%이었으며, 발달문제나 정신병적 문제, 물질남용의 문제는 1% 이내인 것으로 보고되었다. 인터넷 중독은 중학교 1학년 남자(8.3%)에서 가장 높은 것으로 나타났다. 심층사정평가와 더불어 학교의 의뢰에 의해 정신보건센터에서 제공하는 서비스는 치료서비스 연계, 사례관리서비스(개별상담, 집단치료 및 상담, 가족개입 및 교육), 지역사회 서비스 연계(복지서비스 주택지원, 푸드뱅크), 문제해결집단 운영 등이 있다.

Cochrane review의 2009년 보고¹⁷⁾에서는 우울증의 스크리닝이 일차 보건 의료 상에 주는 영향력이 거의 없는 것으로 평가하고 있다. 일차 보건 의료 서비스에 영향력을 주는 요소들로는 학생 우울증의 규모, 우울증 관리, 우울증 치료의 결과를 포함한다.

보건복지부 산하의 기관 중에 아동·청소년 정신건강을 일차의료차원에서 관리할 수 있는 기관은 정신보건센터이다. 정신보건센터에서는 정신건강 문제를 조기 발견하고, 그 외에도 심층사정평가, 사례관리, 치료연계 및 진료비 지원 등의 사업을 실시하고 있으며 전국적으로 아동·청소년 대상으로 특화된 센터는 42개소 정도 있다. 국공립병원에서도 서비스가 있으나 아동·청소년의 정신건강 서비스에 대하여 전문화된 서비스를 제공하는 기관은 거의 없다고 할 수 있다. 그밖에 복지서비스를 제공하는 곳으로는 지역아동센터, 드림스타트센터 등이 있다.

교육과학기술부에서는 학교에서 상담 및 연계를 할 수 있는 Wee 프로젝트를 실시해 오고 있다. Wee 프로젝트는 Wee 클래스, Wee 센터, Wee 스쿨로 나뉘는데, Wee 클래스는 자기표현·감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질계발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공한다. Wee 센터는 상담 서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등을 향상시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD 등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택,

17) 출처: The Cochrane Collaboration(2009). Screening and case finding instruments for depression (Review), Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

학습지도사에 의한 학습권설텍 실시 등)을 제공하며, Wee 스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육 과정으로 운영되며 학교교육 이외에도 심성교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다. Wee 센터는 2008년 전국 31개소에서 2010년 110개소로 증가하였고 2010년 이용 학생 수는 313,214명으로 집계되었다. 그러나 학교당 담당인력이 전문상담교사 2명, 상담사 2명, 임상심리사 1명, 사회복지사 1명 등으로 구성되어 많은 학생을 담당하기에 부족한 것으로 평가되고 있다.

3. 국내 법·제도 현황

우리나라의 국가건강검진사업은 질병의 조기발견 및 예방을 목적으로 실시되고 있으며, 국민건강보험공단에 의하여 생애주기별로 실시되고 있다. 영유아기의 영유아건강검진, 학동기의 학생검진 및 비취학아동 건강검진, 성인기의 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 국가암조기검진, 노인기의 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 국가암조기검진 등으로 구분해 볼 수 있다. 영유아의 건강검진은 발달상에 나타나는 정신건강문제를 조기에 발견하는 기회가 되고, 아동·청소년기에 지속적인 감독과 관리를 하게 되는 근거가 되기 때문에 중요하다. 만 4세 영유아 건강검진에서는 발달검사를 통하여 운동이나 언어발달, 인지발달 등에 대한 선별검사를 한다. 주요 항목은 정신지체, 자폐증, 뇌성마비, 언어장애, 행동장애 등이 포함된다. 미국의 경우는 검진에 포함되는 발달장애유형은 청력이상, 시각장애, 간질, 언어장애, 발달지연, 뇌성마비, 학습장애 및 정서와 행동장애를 포함하여 보다 포괄적인 개념으로 접근함을 알 수 있다.

학생검진의 경우 ‘학교보건법’, 비취학아동에 대한 검진의 경우 ‘청소년복지지원법’에 근거하여 실시되고 있다. 현행 학교보건법이 학생의 건강전반을 보호하고 증진하는 데 기준을 주는 기본적인 법임에도 불구하고 건강관리 및 건강증진에 대한 조치사항은 미흡한 것으로 분석된 바 있다(이호근, 김영문, 정혜주, 2011). 학교보건법상에서 학생건강관리의 책임이 학교장에게 있기 때문에 건강관리에 대한 학교장의 역량이 중요한 변수가 된다. 학교장의 학교운영의 목표에 건강관리 및 건강증진의 우선순위가 낮을 경우 학생건강관리는 미흡하게 진행될 가능성이 높으며, 이를 규제할 법제도가 없고, 따라서 정책이나 사업의 효율적 추진을 기대하기 어려운 여건임을 알 수 있다.

표 IV-1 아동·청소년 정신건강관련법의 현황

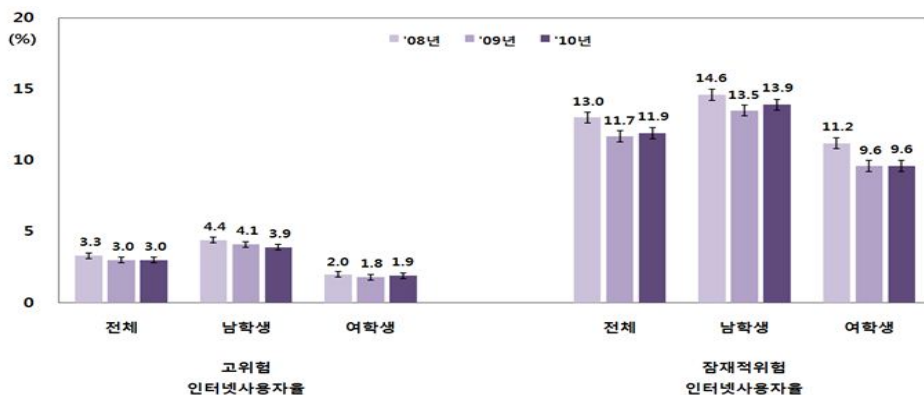
생애 주기	관련 주제	법률	담당 부서
영유아	영유아 건강 검진	영유아보육법 제31조(건강관리 및 응급조치)	보건복지부
		① 보육시설의 장은 영유아와 보육시설종사자에 대하여 정기적으로 건강진단을 실시하는 등 건강관리를 하여야 한다.	
		아동복지법 제9조(아동의 건강 및 안전)	
		아동의 입소 시 건강관리의무화, 보호아동 및 직원에 대해 연1회이상의 건강진단 실시/건강진단결과 건강이 좋지 아니한자에 대하여는 치료에 필요한 조치를 할 수 있다.	
		의료급여법 제14조 (건강검진)	
학동기	학생 검진	학교보건법 제7조 (건강검사 등)	교육과학기술부
		① 학교의 장은 학생과 교직원에 대하여 건강검사를 하여야 한다. 다만, 교직원에 대한 건강검사는 「국민건강보험법」 제47조에 따른 건강검진으로 갈음할 수 있다.	
		학교보건법 제9조 (보건관리업무 등)	
		학생의 신체발달과 체력증진, 질병의 치료와 예방, 음주흡연과 약물오남용예방, 성교육 등 보건교육의 의무	
		학교보건법 제11조 (치료 및 예방조치의 의무)	
		학교장은 건강검사결과 질병에 감염되었거나 감염될 우려가 있는 학생에 대한 치료 및예방의 조치를 해야함.	
	비취학 아동의 건강 진단	학교보건법 제12조 (안전관리에 대한 의무)	여성가족부
		학교장은 안전교육 및 안전조치의 의무가 있음.	
		청소년복지지원법 제6조 (체력검사와 건강진단)	
		① 국가 및 지방자치단체는 청소년의 체력검사와 건강진단을 실시할 수 있다. 다만, 다른 법률의 규정에 의하여 체력검사 등을 실시하는 청소년을 제외한다. ② 국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 체력검사 및 건강진단 결과를 청소년 본인에게 통보하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 체력검사-건강진단의 실시 및 결과통보를 전문기관-단체에 위탁할 수 있다. ④ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 체력검사-건강진단의 실시와 결과통보 등에 관하여는 여성가족부령으로 정한다.	

* 주: 1) 2007년 11월 15일 만6세 미만 전 영유아를 대상으로 건강검진사업을 실시함에 따라 '영유아보육법' (여성가족부 소관)에 따른 건강검진과 '유아교육법' (교육과학기술부 소관)에 따른 검진을 통합하여 시행함.

4. 고위험 청소년의 관리 현황

정신장애를 가진 아동들은 전통적인 정신보건서비스 제도에서 한꺼번에 해결하기 힘든 다양한 문제와 욕구를 가지고 있는데, 다체계적인 접근(의료, 정신보건, 교육 및 상담, 특수교육, 때로는 소년 법원의 교정서비스 등)을 요하는 특성이 있다.

정서·행동문제를 가진 아동·청소년들이 공존하여 보여주는 또 하나의 어려움으로 인터넷 중독 문제가 심각하다. 아동·청소년뿐만 아니라, 성인에 이르기까지 사회적·생활적 문제를 야기하는 인터넷 중독 문제는 최초로 인터넷을 접하는 연령이 3.2세로 아이들에게 일찍 노출되며, 6세 아동의 인터넷 이용률이 64.3%에 이를 정도로 그 사용이 일반화되어 있어, 아동·청소년들 및 그 부모를 대상으로 인터넷의 올바른 사용에 대한 교육이 이루어져야 한다.



【그림 IV-1】 청소년건강행태온라인조사의 고위험, 잠재적 위험 인터넷 사용자율 추이

정서·행동문제 뿐만 아니라, 학생들이 많은 시간을 보내는 삶의 공간인 학교에서의 학업(학습부진, 무단결석 등)관련, 학교폭력(반항, 기물파손, 갈취 등)관련, 학교 교칙 관련, 친구(반사회적 행동, 위험한 행동 등)관련, 정서장애(무기력, 불만, 이상행동, 시험공포 등)관련의 5가지 유형(김성식 외, 2000)의 학교부적응 문제가 정서·행동적인 어려움과 함께 아동·청소년들의 정신건강을 위협하고 있는 현실이다.

위와 같이 아동·청소년의 다양한 정서·행동문제, 학교 폭력을 위시한 학교부적응의 문제는 날로 심각해지고 있어, 아이들의 정신건강의 문제에 대한 적극적인 대책 마련이 시급하다. 이에, 지역사회 아동·청소년 정신보건 인프라 및 서비스 현황과 문제점 도출, 이를 근거로 한 국가 차원에서의 아동·청소년

년 정신건강 서비스 전달 체계의 보완이 요구된다.

국내의 경우, 주무 및 관계부처(보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 등) 조정과 통합 체계에 의해 계획되고 제공되는 서비스는 다음과 같다. 전국의 지역정신보건센터에서 사업예산의 12% 정도를 아동·청소년 정신보건사업에 배정하고 있어 소수(FTE 1인 이하)의 인력이 수행중이나 규모와 예산이 적은 상황이다. 2009년 기준으로 아동·청소년에 대해 국비지원 정신보건사업을 선택적으로 수행하는 정신보건센터는 42개소, 지방비 지원 수행센터는 8개소, 필수사업장은 5개소 정도로 제한적이다. 서울광역정신보건센터 산하 아이존과 같은 주간 집중치료기관의 설치 운영, 적극적 예방 및 관리전략의 일환으로 최근 확대 시행되는 학교기반의 교과부 지원사업이 있다.

여성가족부 산하의 한국청소년상담복지개발원, 전국의 청소년상담복지센터 등에서는 위기청소년을 우선적으로 관리하는 기관이다. 한국청소년상담복지개발원의 온라인 서비스는 인터넷을 통하여 청소년들이 직접 접근할 수 있는 장점이 있다. 온라인 서비스의 특성상 지속적인 서비스, 오프라인 서비스 연계 등이 어려운 것은 단점이라고 할 수 있으나 청소년의 접근도가 높은 서비스라고 할 수 있다. 아동폭력피해 대상자를 주 대상으로 하는 해바라기아동센터는 피해아동에 대하여 포괄적인 서비스를 제공하는 체계를 가지고 있다. 의료·심리지원(정신과, 산부인과, 외과 등의 진료, 약물 및 입원치료, 심리평가 및 치료), 상담지원(개인 및 부모, 가족, 집단상담프로그램), 수사 및 법률지원(수사 및 소송지원, 증거물 채취, 법률자문상담, 진술녹화 등), 사회적 지원(성폭력예방교육, 부모교육 및 자조모임, 지역사회 관련기관 연계 등)을 포함한다.

보건복지부 산하의 드림스타트센터는 우리나라 저소득 가정 임산부 및 0~12세 아동·청소년들을 대상으로 복지서비스를 중심으로 제공한다. 2007년 16개소로 시작하여 2011년에는 131개소로 증가하였다. 지역아동센터에서도 다양한 정서적인 서비스를 제공하고 있고 이용 아동이 해마다 증가하고 있다. 아동센터는 초등학생이 주로 많이 이용하는 기관이다. 지역의 아동·청소년 정신건강센터는 중앙정신보건사업지원단에 의하여 표준화된 사업모형을 가지고 사업을 실시하고 있으며, 교육과 과학기술부에서 지정된 학교 4,252개교 학교 및 기타 학교에서 의뢰된 학생, 지역 복지시설 및 관련 기관에서 의뢰된 청소년의 등록과 관리를 담당하고 있다. 아동·청소년 정신건강센터는 일반상담을 포함하여 심층평가, 교육실시, 집단프로그램실시, 지역 병의원에 의뢰, 홍보행사실시 등을 담당하고 있다. 우수프로그램의 공통된 특징은 학부모, 교사 대상 교육훈련 프로그램을 실시하고 있다는 점이다. 지역 내 관련 병의원, 기관과 서비스를 연계하고, 운영위원회를 활성화하는 데 노력하는 것도 공통적인 점이라고 할 수 있다.

5. 서비스 공급 및 관리체계에 대한 분석

1) 공급체계의 현황

아동의 정신건강과 관련하여 미충족수요(Unmet Need)를 야기하는 공급측면의 특징은, ① 문제의 심각성에 비해 공적부문에서 합의된 자원투입의 절대 부족, ② 위험군의 규모에 비해 턱없이 부족한 서비스와 지원체계, ③ 가정/학교/지역사회와 유리되어 제약이 심한 환경(restricted settings)에서 제공되는 서비스에 비해 대안적 치료 및 이용자원의 부족, ④ 서비스 제공기관 간 담당 인력 간 서비스 조정 및 통합 기능의 부재 등으로 나타나고 있는데 이에 대한 개선 전략이 전달체계를 포함하여 모색되어야 할 필요성이 있다.

2) 서비스 질 분석

아동의 정신건강과 관련된 현행 서비스의 질과 관련하여서는, ① 위험수준(1, 2, 3차 예방수준과 자살문제)과 장애 영역을 고려하여 통합적 서비스 제공이 가능한 전담인력의 부족, ② 서비스 분절성으로 인해 개입의 효과가 횡적(개입 효과가 개인, 가정, 학교, 지역생활 전반으로 확대되는) 또는 종적(개입 효과가 생애주기 단계에 따라 이후 성장기로 이어지는)으로 담보되지 못하는 점, ③ 서비스 과정에 이용자와 가족의 결정과 참여가 충분히 담보되지 못해 서비스 만족도가 낮은 점, ④ 위험도가 상대적으로 높은 빈곤 취약계층(다문화 포함)의 아동들이 서비스 접근성 면에서 대안들이 더 적고 배제된다는 특징 등으로 정리될 수 있다.

3) 최근의 위험요인

아동 정신건강과 관련되는 것으로 보고되는 ① 학교폭력과 아동학대의 증가, ② 소년비행의 저연령화, ③ 인터넷 및 매체 중독의 심화 현상들은 아동기 정신건강에 대한 개입의 필요성을 강조해주는 상황적 요인이다.

아동부문 정신건강과 관련된 서비스 공급 및 관리체계에 대한 분석을 매트릭스로 평가해보면, 재정(자원), 행정(관리와 전달체계), 서비스 등 공급의 3가지 영역이 서비스 질과 수요 측면에서

요구하는 포괄성과 통합성의 수준과는 상당한 간극(분산, 분절, 공백 등)이 있다. 매트릭스 내 제기된 문제에 대해서는 적극적인 개선 노력이 필요하다.

표 IV-2 아동 정신건강 서비스의 매트릭스분석

	분산	분절	공백
재정	아동 정신건강 증진에 활용 가능한 안정된 재정 자원이 절대적으로 부족하고, 제한적인 재원마저 부처 간 다양한 정책목표아래 분산 운용됨	공공부문(중앙부처 내 재원, 건보와 의료보호 재원, 지방정부 재원, 기금관련 재원)의 자원을 확대, 통합하는 노력이 필요함	아동정신건강에 대한 전반적인 재정 투입의 확대와 함께, 영유아와 농·어·산촌 지역 아동을 위해 중앙정부의 재정지원 역할이 상대적으로 강조될 필요 있음
행정	아동과 청소년의 정신건강 증진 서비스를 공급하는 현존 자원들간의 정책적, 행정적 소통과 환류체계가 매우 제한적임	기존 정신보건 전달체계(중앙지원단-지역 센터)와 협력자원(유사 공공부문 자원+민간자원)간의 행정적 소통을 포함하여, 공급 자원간 협력과 서비스조정 노력이 절실함	아동의 정신건강 증진 업무와 관련하여 조직과 부문 간 협력/조정에 필요한 governance 이슈를 해결할 장치에 대해 고민할 필요가 있음
서비스	아동 정신건강 증진에 있어 재정과 행정의 분절성은 서비스의 연속성, 통합성, 포괄성을 저해하는 요소임	아동의 생애주기(발달단계), 위험수준, 장애유형에 따라 일관된 관리체계에 의해 제공되는 서비스가 제한적임	서비스 이용자의 연령(0-12세)과 정신건강 위험수준(일반, 잠재적 위험군, 고위험군)에 따라 적절한 서비스 공급이 가능하지 못한 상태이고, 아동 정신건강문제에 대응하는 전문인력의 양성, 서비스 질 관리 등에 있어서도 일관된 지도력이 부재함

6. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계

현재 국내의 학교 및 지역사회에 설립 운영되고 있는 관련 인프라 및 서비스 현황은 대표적으로 지역사회에서는 정신보건센터, 학교의 경우는 Wee 사업을 들 수 있다. 특히 Wee 사업의 경우는 학교부적응학생을 지원하는 서비스로 학교현장에서 아동·청소년의 심리·정서적 건강을 지원하고 정신적 문제를 조기에 발견하여 정신보건센터와 같은 정신보건전문기관에 의뢰할 수 있는 위치에 있다.

한편, 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 가능성이 있는 인프라에는 대표적으로 드림스타트, 지역사회청소년통합지원체계(Community Youth Safety Network: CYS-Net), 지역아동센터, 청소년 방과후 아카데미, 사회복지관, 아동자립지원센터, (청소년)보호관찰소 등이 있다. 여기에서는 이러한 전달체계의 내용을 근거법, 조직, 인력 및 주요 프로그램을 중심으로 살펴보았다.

1) 정신보건센터

(1) 정신보건법

1995년 12월에 제정된 정신보건법은 우리나라에서 아동·청소년의 정신건강문제 뿐 아니라 모든 사람들의 정신건강 문제를 직접적으로 다루고 있는 가장 중심적이고 우선적인 법으로서, 정신질환 관련 사항을 매우 포괄적으로 정의하고 있다. 그러나 정신보건법에서 제시하고 있는 용어의 정의에 따르면 정신보건법은 그 주요 대상이 중증질환자로 이들의 치료, 요양 그리고 사회복지를 주 목적으로 시행하고 있으며, 아동·청소년 정신건강문제를 가지고 있는 대상자 중에서는 극히 일부의 중증 질환만이 이 법에 의해 포함될 수 있다. 정신보건법 안에서는 아동·청소년을 대상으로 하는 특화된 별도의 정신건강 증진을 위한 법 규정 및 기준 마련이 부재한 실정이기 때문에, 현재 정서행동상의 어려움을 지닌 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 상담, 전문 인력 배치, 입소, 요양 및 치료, 그리고 재활 및 사회복지 지원 등을 위한 포괄적인 지원법으로 기능하기에는 제한이 많다.

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “정신질환자” 라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)인격장애알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진 자를 말한다.

2. “정신보건시설”이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관·정신질환자사회복귀시설 및 정신요양시설을 말한다.
3. “정신의료기관”이라 함은 의료법에 의한 의료기관 중 주로 정신질환자의 진료를 행 할 목적으로 제12조제1항의 시설기준 등에 적합하게 설치된 병원(이하 “정신병원”이라 한다)과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과를 말한다.
4. “정신질환자사회복귀시설” (이하 “사회복귀시설”이라 한다)이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.
5. “정신요양시설”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

(2) 정신보건센터의 조직, 예산 및 인력 투입 현황

① 전국정신보건센터의 사업인력, 예산 및 비중

지역사회 정신보건사업 중 중증정신질환자에 대한 사례관리, 우울 및 자살 예방, 중독성 질환에 대한 관리 등 거의 모든 영역의 정신건강문제를 공공영역에서 다루고 있는 기관이 정신보건센터이다. 정신보건센터의 사업우선순위를 결정해 나가는 과정에서 아동·청소년의 정신보건사업은 <표 IV-3>에서 보는 바와 같이 예산비중, 사업비중, 참여인력의 영역에서 중증정신질환에 대한 관리에 이어 두 번째로 높은 우선순위를 유지하고 있다.

표 IV-3 전국 정신보건센터 단위 사업별 예산, 사업, 인력 비중

(단위:%)

구 분	중증 정신 질환	소아 청소년	우울증 예방	노인	알코올	노숙인	자살	자활	직장 정신 건강	지역 사회 조직
예산 비중	49.0	12.1	4.8	4.5	1.4	0.1	2.3	1.7	1.0	20.6
사업 비중	46.3	14.1	6.9	5.5	2.1	0.5	3.8	1.9	1.3	16.9
참여 인력	2.7	0.8	0.4	0.3	0.2	0.0	0.2	0.2	0.1	1.1

* 출처: 이명수(2006).

(3) 보건복지부 지원의 아동·청소년 정신보건 특화 사업 운영체계 현황

2009년도 기준 전국 148개 정신보건센터 중에서 국비지원 아동·청소년정신보건사업을 수행하고 있는 센터는 총 42개소이다. 42개소의 정신보건센터는 아동·청소년정신건강 증진사업을 위해 별도로 기관별 5천만원을 추가적으로 지원받아 사업을 전개하고 있다. 2009년도 건강증진사업지원단의 실태 조사에 따르면, 42개소 정신보건센터의 아동·청소년사업 전담인력의 현황은 다음과 같다.

① 인력의 특성 및 근무 현황

42개 센터의 전체 인력은 90명으로 상근 62명, 비상근 28명으로 평균 사업 인력 수는 6.9명이다. 그 중 최소의 사업 인력은 2명이었고, 최대 사업 인력의 수는 15명으로 나타났다.

인력의 성별 분포를 살펴보면, 상근 인력 62명 중 남자는 7명(11.3%), 여자는 55명(88.7%)이었으며, 비상근 인력의 총 28명 중 남자는 3명(10.7%), 여자는 25명(89.3)로 여성 근로자의 수가 높은 것으로 나타났다. 정신보건센터 근무자인 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사 등 휴먼 서비스 제공하는 직종의 특성상 여성 근로자의 비율이 높은 경향이 있음을 알 수 있다.

연령 분포는 상근 인력의 평균 연령은 30.0세, 비상근 인력의 평균 연령은 26세로, 상근 인력의 평균 연령이 다소 높게 나타났다. 세부적으로, 상근 인력의 최소 연령은 24세, 최대 연령은 51세였으며, 비상근 인력의 최소연령은 22세, 최대 연령은 48세였다.

② 인력의 전문 배경

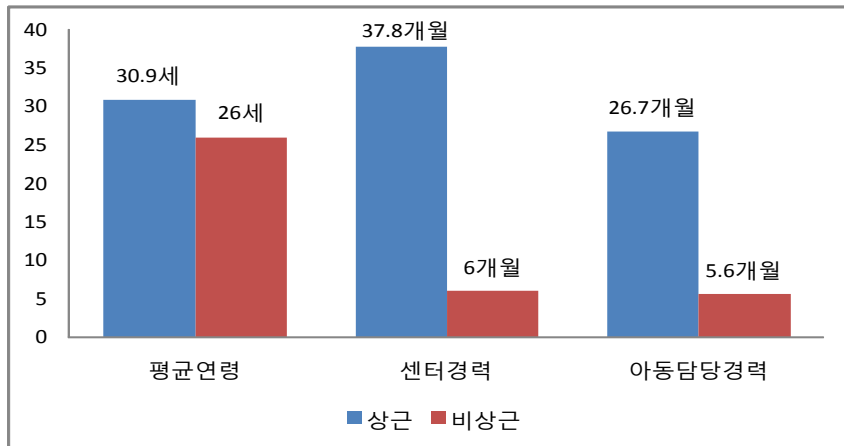
인력의 학력을 살펴보면, 전체 사업 인력 90명 중 대학교 졸업자는 55명, 석사과정 또는 졸업자가 28명, 전문대 졸업자는 6명, 박사과정 또는 졸업자가 1명으로, 상근자의 경우에는 대학 졸업과 석사졸업자가 많이 비중을 차지하고 있다.

근무자의 전공 배경은 총 90명의 인력 중 사회복지 전공자가 50명, 심리 25명, 간호 13명, 기타 아동 전공이 2명으로 조사되었다.

③ 인력의 업무 경력

상근 인력의 근무 경력은 37.8개월 약 3년이었으며, 비상근 인력의 평균 근무경력 6개월로 최소 경력은 상근인력이 3개월이었다. 근로자의 최대 경력은 상근인력이 10년, 비상근인력은 1년 6개월이었다. 이 중 아동·청소년정신보건사업 담당 경력의 최대 경력은 상근 인력인 26.7개월, 비상근 인력은 5.6개월인 것으로 나타났다.

앞서 살펴본, 상근인력과 비상근 인력의 근무 현황¹⁸⁾을 근거로, 사업 참여 일수를 정리해보면 다음과 같다. 정신보건센터 근무 인력의 평균 연령은 30.9세, 센터 경력은 평균 37.8개월 그 중 아동·청소년 사업 담당 경력은 26.7개월로 나타나 전반적으로 젊은 연령층의 인력이 아동·청소년정신보건사업을 담당하고 있음을 알 수 있다.



【그림 IV-2】 근무자의 평균 연령, 센터 경력, 사업 담당 경력

(4) 서울시 지역정신보건센터의 아동·청소년 사업 운영 현황

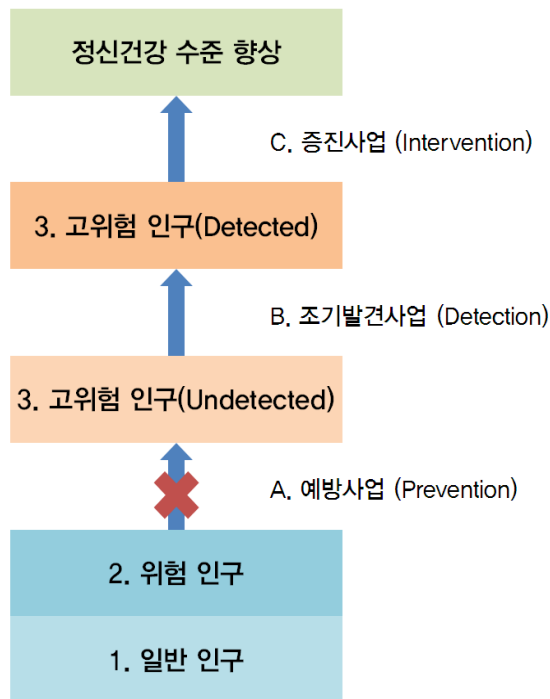
서울시의 아동·청소년정신보건사업은 25개구 정신보건센터에서 진행 중에 있다. 이들 정신보건센터에서의 아동·청소년정신보건사업의 사업 비중은 전체 사업의 15% 수준인 것으로 보고되어 있다. 이들 아동·청소년정신보건사업은 예방사업¹⁹⁾, 조기발견사업²⁰⁾, 증진사업²¹⁾의 영역으로 나누어 진행하고 있으며, 사업 비중과 인력, 예산 투입 관련한 사항은 다음과 같다.

18) 아동·청소년정신보건사업 관련 인력에 대한 현황은 2011년도 중앙정신보건사업지원단 보고서에서 요약 발췌함.

19) 예방사업: 예방사업이란 일반인구와 위험인구를 대상으로 하는 사업으로 정의하였으며 문제 자체의 발현을 막는 1차 예방적 관점으로 적용함.

20) 조기발견사업: 일반인구, 위험인구 및 고위험인구를 망라하여 초기증상 및 문제를 정의하고 발견하는 사업

21) 증진사업: 발견된 고위험군의 증상을 개선하는 사업으로 협의의 개념으로 적용함.



【그림 IV-3】 정신건강 증진사업의 개념도

① 물적 자원 투입(예산 및 사업 비중)

서울시 25개구 정신보건센터에서는 각 센터별로 사업적 비중이 상이한데, 아동·청소년정신보건사업 중 예방사업의 비중이 가장 큰 센터가 8%, 조기발견사업의 비중이 가장 큰 센터는 16%, 증진사업의 비중이 가장 큰 센터 52%, 기타 사업의 비중이 큰 센터는 24%로, 서울시의 약 50%이상의 센터에서 현재 수준에서의 회복 및 기능향상을 목적으로 하는 증진사업을 가장 활발하게 진행하고 있다.

현재 증진사업에서 제공하는 서비스는 센터 내부의 프로그램, 의료기관으로의 연계, 복지 기관 연계, 서울시 아동·청소년 주간보호시설 아이존²²⁾으로의 연계 등 센터 내부와 외부의 자원을 활용하고 네트워크를 구성하여 아동·청소년의 문제 해결을 위한 직·간접 서비스 제공으로 구성되어 있다. 투입 예산과 관련하여 아동·청소년정신보건사업 중 증진사업의 사업 비중이 높은 것의 연장선상에서 센터의 64%가 예방, 조기발견, 증진의 세 가지 영역 중 증진 영역의 예산 비중을 가장 높게 책정하고 있는 것으로 나타나고 있다.

22) 아이존: 서울시 공공정신보건서비스 영역의 정서행동문제를 지닌 아동·청소년을 위한 주간보호치료시설.

② 인적 자원 투입

서울시는 전국에서 정신보건센터의 예산과 인력이 가장 많이 투입되는 지역 중 하나이다. 서울시의 아동·청소년정신보건사업의 전담 투입 인력(FTE : full time equivalent)은 평균 2FTE 수준으로 나타나고 있다. 그러나 아동·청소년 전담인력들이 제공하고 있는 직접서비스의 양은 서울시 아동·청소년 정신질환 추계유병인구(261,141명)의 약 2%에 대한 초기상담서비스를 제공하는 수준에 머무르고 있으며, 평균 50여명의 아동·청소년에 대한 지속 사례관리 제공과 더불어 다양한 예방, 조기발견, 증진사업을 병행하고 있어, 정신건강문제 고위험 아동·청소년에 대한 지속 사례관리 부담률이 호주의 아동·청소년 사례관리 부담률(5~8명/사례관리자) 등에 비해 높은 상황이다.

표 IV-4 서비스 필요인구 대비 서울시 아동·청소년정신보건서비스 커버리지 현황

(단위:%)

구분	아동·청소년 인구	아동·청소년 유병률(12.8)	초기 상담 서비스	초기 상담률(%)	사례관리 등록수	1FTE당 사례수
계	2,040,165	261,141	5,204	2.0	2,563	54

* 출처: 2012년 서울시정신보건사업지원단 현황 조사자료(미발표자료)

(5) 서울시 아동·청소년 정신보건서비스 제공 현황

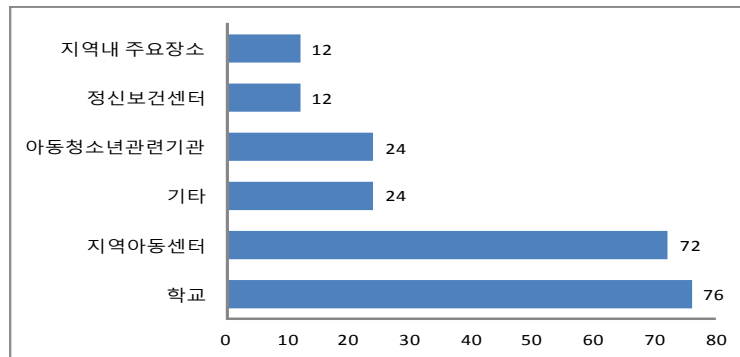
2012년 서울시 지역정신보건센터의 아동·청소년 정신보건서비스를 예방-조기발견-증진 영역으로 구분하였을 때, 정신보건센터의 영역별 주요 사업대상과 사업내용을 정리하면 다음과 같다.

① 예방사업

- 대부분의 센터에서는 ‘일반인구와 위험인구에 대해 행해지는 직접적인 서비스’ 라고 이해하고 상담, 교육, 집단프로그램, 홍보를 통한 사업을 중심으로 전개하고 있다. 우울과 자살예방프로그램, 정신건강 전반 및 주의력결핍과잉행동장애에 대한 예방교육사업을 수행하고 있는 곳이 많은 것으로 나타났다.
- 예방사업의 대상으로는 부모와 학생, 교사 및 실무자 등 아동·청소년 주위의 key person을 대상으로 하는 사업이 가장 많고, 사업의 공간은 학교가 가장 많은 것으로 나타났으며 위험인구를 대상으로 하는 사업기관으로는 지역아동센터와의 협력사업을 전개하는 센터가 많은 것으로 나타났다.

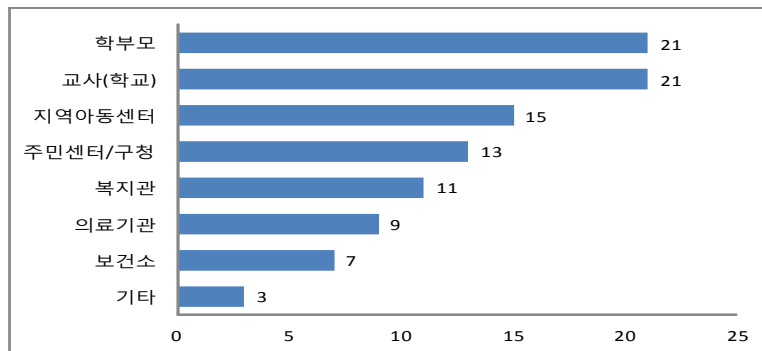
② 대상자 조기발견 및 유입 경로

서울시 25개구 정신보건센터는 정신건강에의 문제를 가진 아이들의 조기 발견을 위해 학교나 취약계층 아동·청소년의 이용률이 높은 지역아동센터를 통해 정신건강문제를 지닌 아동·청소년을 발견하여 개입하고 있다.



【그림 IV-4】 대상자의 조기발견 장소

정신건강문제를 가진 아동·청소년들은 주로 학부모(21%)를 통해 지역정신보건서비스로 유입되는 경우가 많고, 이외에 지역아동센터, 지역 행정기관 및 복지기관을 통해 의뢰되는 경우도 있었다.



【그림 IV-5】 고위험 아동·청소년의 유입 경로

예방사업 및 조기발견사업을 통하여 발견되는 고위험 아동·청소년은 평균 18.06%로 나타나고 있으며, 조기발견 대상자의 센터서비스 유입비율은 45.5%로 나타나고 있다.

③ 증진사업

발견된 아동·청소년 대상자들의 증진서비스 제공구조로서는 센터 내부의 프로그램을 활용하는 경우가 51%의 수준이며, 그 외 의료기관, 복지관 및 아이존 연계를 통하여 아동·청소년의 정신건강문제를 해결하는 것으로 나타나고 있다.



【그림 IV-6】 증진 서비스 제공 구조

④ 2011년 서울시 학교정신보건사업 서비스 제공 현황

고위험 아동·청소년 총 1,425명 중 852명(59%)의 대상자가 지역정신보건센터를 통하여 사례관리(상담서비스), 센터 내 집단프로그램, 지역기관으로의 연계 및 의료비 지원서비스를 이용하였다. 이는 학교정신보건사업을 통하여 지역정신보건센터 서비스를 이용하는 인원이 09년도 대비 185% 증가한 결과로, 학생의 유입경로 및 의뢰 대상자로서 학교(교사)의 비율이 점점 증가하고 있다는 것을 확인할 수 있다.

표 IV-5 고위험 아동·청소년 대상 정신보건서비스 제공 및 연계 현황

(단위: 명, %)

구분	합 계	전문상담 서비스	집단 프로그램	의료기관 연계	의료비지원서비스	지역기관연계
계	852(100.0)	822(96.4)	114(13.4)	121(14.2)	50(5.9)	82(9.6)

(6) 한계 및 개선방향

기관의 목적과 서비스 제공과 관련하여 청소년관련 서비스의 경우 상대적으로 더 명료하며 정신보건 센터의 경우 덜 명료하다. 서비스 대상과 내용 그리고 목표를 분명히 하는 것은 원형(prototype)을 설정하는 것에 해당하며 원형이 설정되어야 현재 서비스의 총량을 규정할 수 있고 욕구 대비 서비스 gap을 도출할 수 있으며 인접서비스와의 접점(interface)을 정의할 수 있다. 접점이 정의되고 합의되면 자연스럽게 서비스 전달체계도 구축될 수 있게 될 것이다.

따라서 아동·청소년정신건강 증진사업, 정신질환예방사업을 기획, 전개해나가는데 있어 사업 구성요소를 분석할 필요가 있다. 질환 발생을 예방하는 1차 예방사업인지, 고위험군을 조기발견하는 사업인지, 발견된 고위험군의 증상을 개선하는 사업인지 분명히 규정되어야 한다. 근거에 입각하여 ‘해야 하는 것’을 하는 것이 아니라 단순히 ‘할 수 있는 것’을 하는 것, 실적확보를 위한 사업 등은 과감히 지양되어야 한다. 지역사회 아동·청소년의 정신건강 인프라가 매우 부족한 현실을 해결해나가려는 정부차원이 노력이 필요하다. 우리나라에서 가장 많은 자원이 집중되어 있다는 서울시에서도 자치구별로 2FTE의 인력이 아동·청소년 정신질환 추계 유병인구(아동·청소년의 12.8%)의 약 2%에 대한 초기상담서비스를 제공하는 수준에 그치고 있고, 그마저도 정신보건 전문인력들이 오랜 시간 동안 시정되지 않는 불안정한 고용상태와 근무여건으로 인해 이직률이 높은 상황이다.

지역사회에서 아동·청소년정신보건사업의 안정화를 이루기 위해서는 서비스 제공 기관의 확충 및 정부 정책의 책임성을 담보할 수 있는 수준의 예산을 확보해야할 것이다. 그리고 이보다 중요한 것은 아동·청소년정신보건사업이 휴면서비스임을 감안하여, 정신보건 전문요원들이 그들의 전문성을 제대로 발휘할 수 있도록 업무량의 적정성을 평가되고, 이에 상응하는 수준의 인력 배치와 처우 개선이라는 변화가 우선되어야할 것이다.

2) Wee 사업

(1) 배경

교육과학기술부의 주도하에 2007년 Wee 프로젝트 시작이후 학교상담만 구축운영의 하나로 시작되었다. 2008년 학교안전망통합시스템구축의 일환으로 전국 530개 Wee 클래스를 개소하였다. Wee 프로젝트는 Wee 클래스, Wee 센터, Wee 스쿨로 나뉘는데, Wee 클래스는 자기표현·감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질개발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및

집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공한다. Wee 센터는 상담 서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등을 향상 시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등)을 제공하며, Wee 스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교교육이외에도 심성교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다. Wee 센터는 2008년 전국 31개소에서 2010년 110개소로 증가하였고 2010년 이용 학생 수는 313,214명으로 집계되었다. 그러나 학교당 담당인력이 전문상담교사 2명, 상담사 2명, 임상심리사 1명, 사회복지사 1명 등으로 구성되어 많은 학생을 담당하기에 부족한 것으로 평가되고 있다.

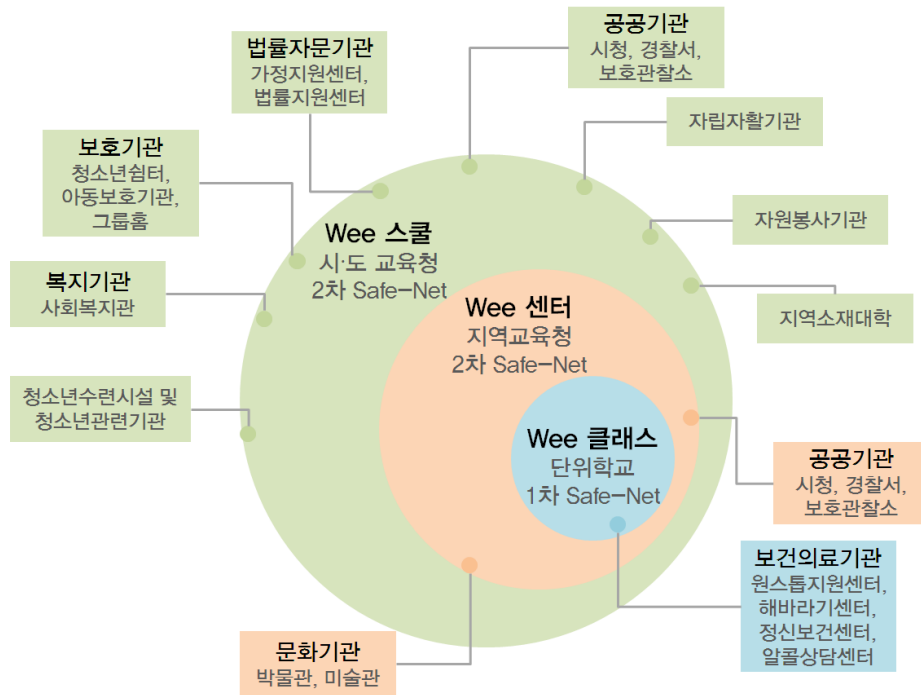
(2) 인프라

2007년 학교상담사업인 ‘친한친구교실’ 사업에서 제안되어 2008년 대통령 공약사업으로 선정되어 시작된 Wee 사업은 건강하고 즐거운 학교생활을 지원하는 학교현장의 다중통합지원서비스이다. Wee 사업의 목적은 첫째, 학생의 바른 인성과 관계발달, 둘째, 학생의 학습 및 심리적 역량개발, 셋째, 학교 구성원 모두가 행복한 학교문화창조 등의 세 가지로 구분된다. 학교단위에는 Wee 클래스, 지역교육청에는 Wee 센터, 시도 교육청수준에는 Wee 스쿨 등이 있다. Wee 사업은 학교 및 교육청 중심의 체계라는 특성이 있고, 지역사회의 정신보건센터, 청소년 보호기관 등과 연계체계를 갖추고 있다. 아래 <표 IV-6>은 단계별 사업내용을 보여준다. Wee 클래스의 인력은 전문상담교사, 전문상담인턴교사, 자격증소지교과교사, 학생상담자원봉사자, 사회복지사 등이 참여하고 있다. Wee센터의 인력은 전문상담교사, 전문상담사, 사회복지사, 임상심리사, 전문상담인턴교사, 의료인, 행정인 등이 있다. Wee 스쿨의 인력은 보통교과, 대안교과 교사, 상담교사, 복지교사, 전문의 등이 있다. Wee 스쿨은 보통교과, 대안교과, 방과후 활동 등을 포함하여 구성되고 한 학기 기준으로 운영한다(최상근, 2011).

Wee 사업의 인력은 자격조건이 명확히 명시되어 있지는 않다. 다만 전문상담교사가 그 역할을 하도록 지침이 되어 있다. 업무영역은 상담환경 구축 및 홍보, 요구도 조사 및 자료 분석, 상담활동 등으로 크게 구분된다. 상담활동은 개인상담, 집단상담, 집단지도 및 교육 등으로 세분화 되어 있다.

표 IV-6 Wee 사업의 단계별 내용

	Wee 클래스	Wee 센터	Wee 스쿨
대상	모든 학생	위기학생	고위험 학생
목적	부적응 조기발견	전문적 진단 및 평가	집중적 관리
서비스	예방 및 적응력 지도	상담 및 치료서비스	집중적 상담서비스 장기적 치료서비스
현황	2,530개소(2010)	일반110개소 특화7개소 (2010.12)	광주, 충남, 충북 3개소
이용현황	-학생개인상담: 188,280명 -학생집단상담: 324,668명 -학생프로그램: 482,518명 -학부모상담: 27,491명 (2009.12기준)	-학생개인상담: 73,598명 -학생집단상담: 13,403명 -학생프로그램: 5,030명 -학부모상담: 20,742명 -교사고충상담: 7,456명 (2009.12기준)	-광주: 108명 -충남: 80명 -충북: 40명 (2010.12 기준)
인력	2,277명	655명	41명
예산	1차년도 시설 및 운영비 교 당 25백만원, 2차년도 운 영비 3백만원 3차년도는 시 도교육청 예산운영비 지원	-Wee센터구축비: 1억3천만원 -Wee센터운영비: 1억7천만원	1개교 당 30억 지원 이외 필요한 비용은 시도교육청 혹은 지자체의 대응투자로 이루어짐. 2010년 기준 운영비는 16 억5천만원



* 자료: 한국교육개발원(2012). Wee 프로젝트 매뉴얼.

【그림 IV-7】 Wee 사업의 체계와 지역사회관련기관의 관계도

(3) 한계 및 개선방향

Wee 사업은 아직은 전국적인 공급은 적은 상황이지만, 체계적인 서비스를 위한 구조를 갖추고 있다. 그러나 학교의 물적자원과 인적자원을 제대로 구비하여 추진하기 위해서는 예산지원이 강화되어야 한다. Wee 사업의 인력이 정신건강 증진을 지원하는 기능을 어느 정도 할 수 있는지는 정신건강 지원에 대한 영역과 범위를 어떻게 정하느냐에 따라 달라질 수 있다. 현재 학교의 부적응학생을 지원하는 기능에서 심리정서적 상담지원을 하는 과정에서 정신적 지원의 요구도를 선제적으로 파악하고 지원 또는 연계해 줄 수 있는 역량이 필요하다.

3) 드림스타트

(1) 관련법

드림스타트는 빈곤아동에게 공평한 출발기회를 보장하여 가난 대물림 차단하기 위해 시작되었다. 2006년 희망스타트 사업을 발표하였고, 2007년에 시범사업을 시작하였다. 점차 실시지역이 확대되어 2011년에는 131개소로 확대되었다. 2012년에는 181개로 확대할 예정이다.

표 IV-7 드림스타트 추진경과

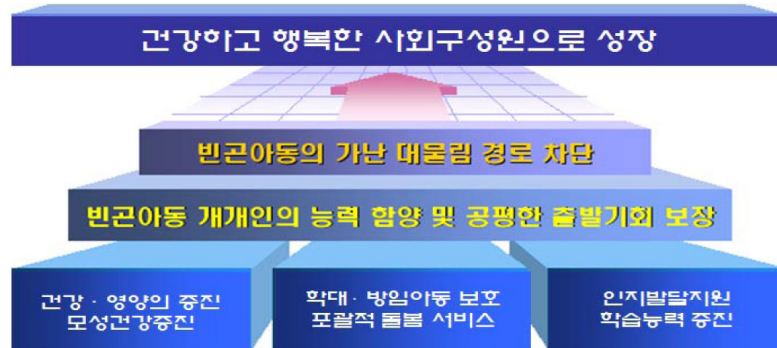
연도	추진경과
2006년	아동권리사각지대 해소를 위해 방문간호를 통한 아동보호 통합서비스
2006년	사회투자 역점과제 중 하나로 「희망스타트」 발표 ('06.8)
2007년	희망스타트 시범사업실시 (16개 지역)
2008년	드림스타트 시범사업으로 전환·실시 (32개 지역)
2009년	드림스타트 신규사업지역 43개 선정, 전국 75개 시·군·구 지역으로 확대
2010년	드림스타트 신규사업지역 26개 선정, 전국 101개 시·군·구 지역으로 확대
2011년	드림스타트 신규사업지역 30개 선정, 전국 131개 시·군·구 지역으로 확대

* 자료: 보건복지부(2012), 『아동분야사업안내』, p399.

드림스타트의 사업대상은 0~12세 저소득 아동(수급자 및 차상위 120%) 및 가족과 임신부이다. 사업의 주요 목적은 다음 [그림 IV-8]과 같다. 즉 드림스타트는 가난의 대물림을 차단하고 모든 아동에게 공평한 출발기회를 보장하여, 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장시키는 것을 주목적으로 한다. 세부목적은 건강·영양의 증진, 모성건강증진, 학대·방임아동 보호, 포괄적 돌봄서비스 제공, 안지발달지원 및 학습능력 증진 등이다.

드림스타트의 근간이 되는 법적 근거는 없고, 「드림스타트 사업안내」에 명시되어 있다.

- 공적 전달체계 중심의 지역사회 건강, 복지, 보육 협력·연계 체계를 구축하여 수요자의 실제 욕구에 부응하는 맞춤형 통합서비스 제공
- 가난의 대물림을 차단하고 모든 아동에게 공평한 출발기회 보장
 - ⇒ 사전 예방적인 통합서비스 지원체계 도입
 - ⇒ 신체적·정서적·사회적 능력 등 전인적 발달 지원



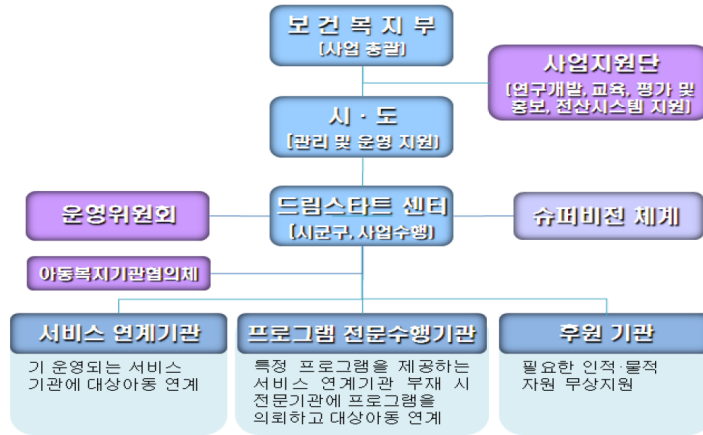
* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』, p.399.

【그림 IV-8】 드림스타트의 목표

(2) 서비스 전달체계

드림스타트의 서비스 전달체계는 [그림 IV-9]에 제시한 바와 같이 보건복지부, 시도, 시·군·구(드림스타트 센터)이다. 드림스타트의 총괄 부처는 보건복지부 아동권리과이다. 보건복지부의 주요 기능은 사업지원단 구성·운영, 사업기본계획수립, 지침 시행, 사업 추진상황 점검 및 평가이다. 시·도는 사업을 관리하고 운영을 지원하도록 되어 있다. 구체적으로는 사업관련 업무지원, 지역 심사추천, 예산배정, 광역 지원연계, 시·군·구 드림스타트 센터 점검, 멘토센터 추천, 워크숍 총괄, 컨설팅 관련 업무 지원 등을 수행한다. 시·군·구에는 드림스타트 전담팀(전담공무원 3명, 민간전문인력 3명)을 구성하고 있다. 시·군·구 드림스타트 전담팀은 공적 전달체계의 중심축으로 기능하고자 하고 있다. 빈곤가정 지원을 위해서 지역사회 자원을 개발하고 자원 간 협력·연계체계 구축을 통해 지역사회 자원을 최대한 활용하고 있다.

시·군·구 단위에 설치된 드림스타트 센터는 사업을 직접 수행하는 기관이다. 사업의 주요 내용은 서비스 연계, 프로그램 수행 및 후원자 개발이 있다. 아울러 보건복지부 산하의 사업지원단에서는 모니터링 및 자문, 연구개발, 교육, 평가 및 홍보, 전산시스템 지원, 표준모델안 및 제도개선 방안 제시 등을 하고 있다. 센터 내 운영위원회도 구성하여 학계, 전문가 등으로부터 자문을 받고 있다. 수퍼비전 체계를 두어 사업을 진행하는데, 여기에는 전문기관, 대학교 등 풍부한 지역자원을 활용하여 다양한 분야의 인력을 활용하여 월 1회에서 분기별 1회 정도의 수퍼비전을 필수적으로 받도록 하고 있다.



* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』, p.405.

【그림 IV-9】 드림스타트 사업운영체계

표 IV-8 드림스타트 추진체계

	추진주체	기능
보건복지부	아동권리과 (사업지원단 구성·운영)	-사업지원단 구성·운영 -사업 기본계획 수립, 지침 시행, 지역 최종확정 등 사업 총괄·조정 -사업 추진상황 점검 및 평가
시·도	아동업무 담당과 (복지정책과, 사회복지과, 여성청소년가족과, 아동·청소년과, 저출산고령사회대책과 등)	-사업 및 컨설팅 관련 업무지원 -지역 심사·추천 -예산 배정, 광역 지원 연계 등 -시·군·구 드림스타트 센터 점검 -멘토센터 추천 -상·하반기 워크숍 총괄
시·군·구	드림스타트 센터 (드림스타트 전담인력 구성)	-드림스타트 사업 운영 총괄, 시행
	운영위원회	-사업운영 전반에 대한 자문 및 건의
	아동복지기관 협의체 운영	-지역 내 아동복지기관협의체 구성·운영 -정보공유 및 지역 내 아동 DB 구축 -지역자원배분 논의
	슈퍼비전 체계	-사업운영 및 통합사례관리에 관한 자문 및 건의
사업지원단	드림스타트 사업지원단 (한국보육진흥원 소속)	-모니터링 및 자문 -드림스타트 홍보 및 교육 운영 -사업 프로그램 개발·보급 운영 -사업 평가 운영 -표준모델안 및 제도개선 방안 제시

* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』.

드림스타트 센터에서는 빈곤가정 지원을 위한 지역사회 자원개발 및 자원 간 협력·연계 체계구축하기 위해 보건소, 사회복지관 등 기존 지역사회 가용자원을 최대한 활용하여 지원하고 있다.

(3) 인력

드림스타트 센터의 주요 인력으로는 사회복지사, 간호사, 보육교사 등 민간 인력과 공무원이 함께 센터에서 협력하여 사례관리를 담당하고 있다(〈표 IV-9〉 참조). 일반적으로 센터 당 사회복지, 간호·보건, 행정 분야 각 1인씩 최소 3인의 전담 공무원을 두고 있고, 사업의 원활한 수행을 위해 민간 전문 인력을 동일한 분야에서 채용하고 있다.

드림스타트에서는 직접 서비스를 제공하기도 하지만, 특수 전문 프로그램에 한해서는 전문기관을 선정하여 수행하고 있다. 전문기관은 서비스 대상아동 사례점검 회의 참여 및 서비스 지원 모니터링 등을 참여하도록 하고 있다(보건복지부, 2010). 이 밖에 학교, 보육시설, 복지관, 보건소, 정신보건센터, 민간병원 등 다양한 기관과 연계하여 서비스를 제공하고 있는데, 실무자의 의견에 의하면 특히 민간기관과의 관계는 원활하지만은 않다.

표 IV-9 드림스타트센터 주요 인력구성 및 업무

구분	구성	전문영역	주요업무	공통업무
팀장	1인 (6급이상 공무원)	행정, 사회복지, 간호	- 빈곤아동가구 조사, 서비스 제공 총괄 - 서비스 기획, 조정 및 예산관리 - 지역 보건복지 자원 발굴·연계	통합사례 관리 및 부모교육
건강 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	간호 또는 보건	- 건강, 영양 등 방문 보건서비스 지원 - 지역 내 보건연계망 구축 - 의료 개입 및 응급 지원서비스	
보육 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	보육 또는 복지	- 보육·조기교육 프로그램 지원 - 가정방문 조기교육 수행/관리	
복지 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	사회복지	- 정서 및 사회성 발달 프로그램 지원 - 자원봉사자 및 학교연계 프로그램 관리	

* 주: 팀장은 각 영역별 담당자를 겸할 수 있음.

* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』, p.406.

사업예산은 시·군·구 1개소 당 3억원(국비 100%, 서울은 2억(67%))이며, 2012년 현재 181개소의 드림스타트에 배정된 예산은 462억원이다.

(4) 프로그램

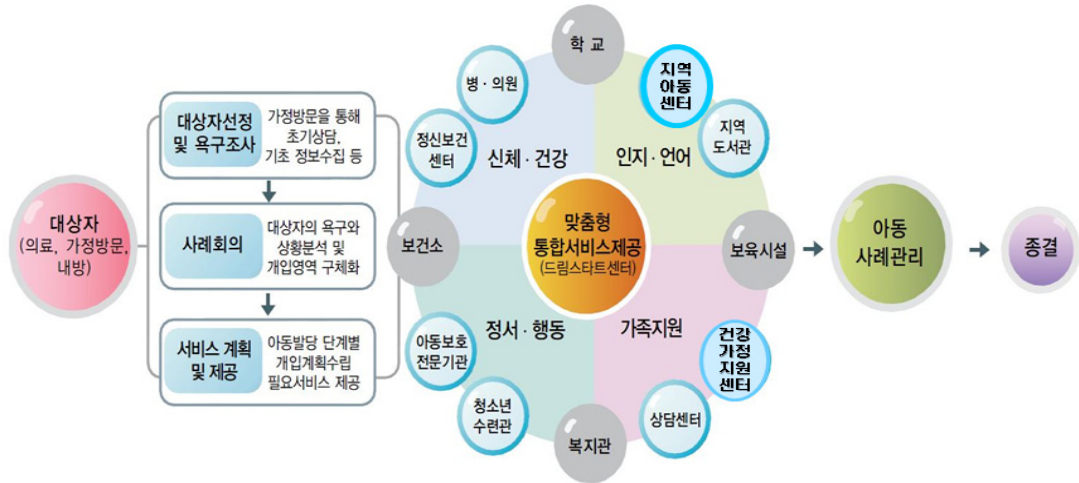
드림스타트는 빈곤아동과 그 가족에게 건강·보육·복지를 통합한 맞춤형 전문 서비스를 제공하여 문제를 조기 진단·개입하는 예방적 서비스 체계이다. 체계적인 사례관리를 통해 수요자 중심의 보건·복지·보육 등 맞춤형 통합서비스를 제공하고 지역사회자원 연계·개발 등을 통해 복지서비스 수혜자를 확대하고 있다.

드림스타트 대상아동은 센터 당 300명이고, 대상아동은 욕구에 따라 고위험군, 중위험군, 저위험군으로 나누어서 사례관리하고 있다. 아울러 아동 뿐 아니라 가족에 대해서도 구체적이고 체계적 개입을 시도하고, 아동중심의 사전 예방적 통합서비스를 제공하고 있다.

사업대상을 선정할 때는 필요성과 적합성 2가지를 고려한다(보건복지부, 2009). 필요성 차원에서는 지원서비스를 가장 필요로 하는 아동, 즉 위기 수준이 가장 높은 아동을 우선지원 대상으로 하고 있고, 적합성 차원에서는 드림스타트의 사업취지와 내용에 부합하는 대상을 선정하도록 하고 있다(보건복지부, 2009). 2011년부터는 모든 사업지역에 ‘드림스타트 대상아동 위기도 사정도구’를 적용하여 사례관리 하도록 하고 있다. 일반위기지표, 임신부 적응지표, 아동발달지표(신체/건강, 인지/언어, 정서/행동), 양육환경지표(신체/건강, 인지/언어, 정서/행동)를 만들어서 평가하여 대상아동을 선정한다. 즉 정밀한 평가도구를 가지고 대상자를 선정하는 체계를 갖추고 있다. 대상자 선정은 평가를 통해서 하고, 평가 후 적절한 개입방법을 적용한다. 자세한 사항은 드림스타트 대상 아동 위기도 판정도구 매뉴얼에 상세하게 제시되어 있다.

사례관리는 사례접수 및 사정→인테이크→서비스 계획→개입 및 점검→평가 및 종결의 절차를 거친다(보건복지부, 2011, [그림 IV-11] 참조).

드림스타트 사례관리 절차 및 지역자원 연계도



* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』.

【그림 IV-10】 드림스타트 사례관리 절차 및 지역자원 연계도

사례관리 과정	1차사정	서비스 제공	사례점검	재사정 13세까지 지속
대상자 신청 및 의뢰, 아웃리치를 통한 발굴	고위기 ¹⁾	→ 통합 서비스	→ 1개월 주기	→ 3개월 이내
	중위기 ¹⁾	→ 통합 서비스	→ 3개월 주기	→ 6개월 이내
	저위기	특정지표 고위기 ²⁾ → 해당영역 서비스	→ 1개월 주기	→ 3개월 이내
	특정지표 중위기 ²⁾ → 해당영역 서비스	→ 3개월 주기	→ 6개월 이내	
	특정지표 모두 저위기	→ 대상아동 선정시 제외		

* 주: 1) 실사업 대상(통합 사례관리 대상)

2) 실사업 대상(일반 사례관리 대상)

* 자료: 보건복지부(2012), 『2012년 아동분야사업안내』, p.409.

【그림 IV-11】 위기도별 사례관리 과정

(5) 한계 및 개선방향

드림스타트는 지역사회 고위험 아동 및 가족을 위한 매우 효과적이고 유용한 전달체제로 자리매김하였다. 그럼에도 몇 가지 한계를 가지고 있다. 첫째, 드림스타트의 포괄지역 문제이다. 현재 드림스타트는 시·군·구별로 1개소씩 설치되어 있지 않을 뿐 아니라, 커버하는 지역이 협소한 문제를 가지고 있다. 즉 동 단위 협소한 지역만을 담당하고 있어서 이 서비스의 혜택을 받는 아동수가 현재 5만명 이하에 불과한 상황이다. 둘째, 드림스타트는 다른 민간 사례관리 및 아동·청소년의 정서적 문제를 다루는 다른 기관과의 관계가 모호하다. 드림스타트의 역할과 기능을 명확히 하여 민간기관에서 정서적인 치료를 요하는 아동·청소년에 대한 심층 사례관리를 중점적으로 다루는 체계로 명확화되어야 한다. 셋째, 드림스타트는 공공에서 제공되는 다른 서비스와의 연계가 취약하다. 교육복지우선 지역이나 지역사회 청소년통합지원센터(CYS-Net) 등과의 관계가 약하여 현재 생애주기별 교육과 돌봄이 유기적으로 구현되지 못하고 있다(이영 외, 2009). 향후에는 이러한 기관들이 연계되어 연령별로 대상을 차별화하여 아동과 청소년이 생애주기에 따라 필요한 서비스를 연속적으로 받을 수 있는 체계가 마련되어야 할 것이다.

4) 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net: Community Youth Safety Network)

(1) 관련법

지역사회청소년통합지원체계란 “지역사회 시민 및 청소년 관련 기관, 단체들이 위기상황에 빠진 청소년을 발견·구조·치료하는데 참여하여 청소년을 건강하게 성장시키기 위해 협력하는 연계망” 이다(여성가족부, 2012: 254). 이는 지역사회 지역사회에 있는 청소년 관련 기관이 서로 네트워킹을 통해서 위기청소년에 대한 상담, 보호, 자립 등을 제공하는 것이다(여성가족부, 2012). 지역사회청소년통합지원체계는 경제적 심리적으로 위기에 처한 청소년을 지원하기 위해 설립된 기관이다. 이는 개별화, 파편화되었던 지역의 각종 청소년을 위한 지원서비스를 통합·연계하여 맞춤형 원스톱 서비스를 제공하고 있다(여성가족부, 2012). 이를 위한 근거법은 2009년 「지역사회청소년통합지원체계 구성 및 운영에 관한 규정」에 명시되었고, 2011년에는 「청소년복지지원법」을 전부 개정하여 지역사회 청소년통합지원체계와 청소년 상담복지센터에 대한 법적 근거를 마련하였다(제9조). 이외에도 청소년기본법 제8조(국가 및 지방자치단체의 책임), 청소년기본법 제46조(사도의 청소년상담 및 긴급구조 등의 기관 설치), 청소년기본법 제46조의2(시·군·구의 청소년지원 등의 기관 설치)에 근거하고 있다.

○ 청소년복지지원법

제4장 지역사회 청소년통합지원체계 등

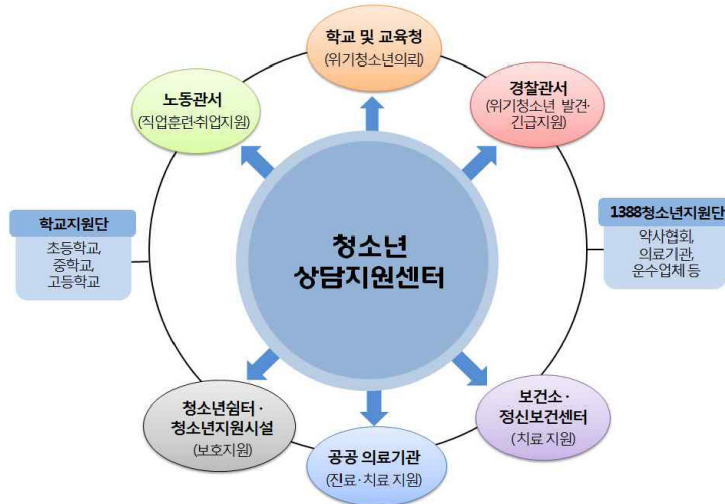
제9조(지역사회 청소년통합지원체계의 구축·운영)

- ① 지방자치단체의 장은 관할구역의 위기청소년을 조기에 발견하여 보호하고, 청소년복지 및 「청소년기본법」 제3조제5호에 따른 청소년보호를 효율적으로 수행하기 위하여 지방자치단체, 공공기관, 「청소년기본법」 제3조제8호에 따른 청소년단체 등이 협력하여 업무를 수행하는 지역사회 청소년 통합지원체계(이하 "통합지원체계"라 한다)를 구축·운영하여야 한다.
- ② 국가는 통합지원체계의 구축·운영을 지원하여야 한다.
- ③ 통합지원체계에 반드시 포함되어야 하는 기관 또는 단체 등 통합지원체계의 구성 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

(2) 전달체계

CYS-Net의 운영기관은 시도 및 시·군·구 청소년상담복지센터이다(2012년부터 청소년상담지원센터에서 이름이 바뀜). 청소년상담복지센터는 청소년에 대한 상담, 긴급구조, 자활, 치료 등을 위한 설치한 기관이다. CYS-Net 사업은 2011년 현재 전국에 166개소(16개 시도, 150개 시·군·구) 설치되어 있는데, 2012년에는 176개소(전국 16개 시도 및 160개 시·군·구)로 확대 구축할 예정이다(여성가족부, 2012).

CYS-Net은 청소년상담복지센터를 중심으로 보다 효과적으로 위기청소년을 발견하고 보호하기 위하여 지역의 기관들과 연계를 강화하고 있다. 지역 기관으로 학교, 교육청, 경찰관서, 노동관서, 국·공립의료기관, 보건소, 청소년 쉼터, 청소년지원시설 등이 있다.

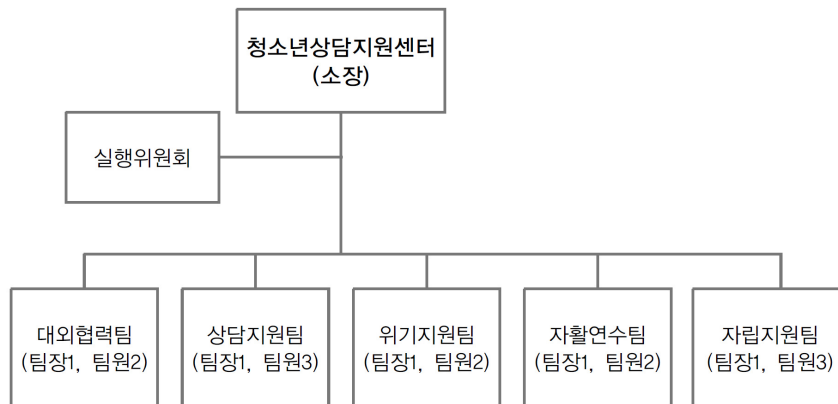


* 자료: 여성가족부(2012), 청소년사업안내, p.256.

【그림 IV-12】 CYC-Net 체계도

(3) 인력

CYC-Net 시·군·구 센터 당 2010년 3.7명, 2011년 4명 수준의 운영인력을 두고 있다(여성가족부, 2012). 2013년까지 6명으로 증원하여 수요자 중심의 프로그램이 가능하도록 지원할 계획에 있다.



* 주1: 자립지원팀은 두드림존 사업비로 운영하는 두드림존 운영 직원임. 다만, CYC-Net운영과 두드림존, 청소년 동반자 사업의 효율적 통합, 연계를 위하여 조직도에 포함하여 운영

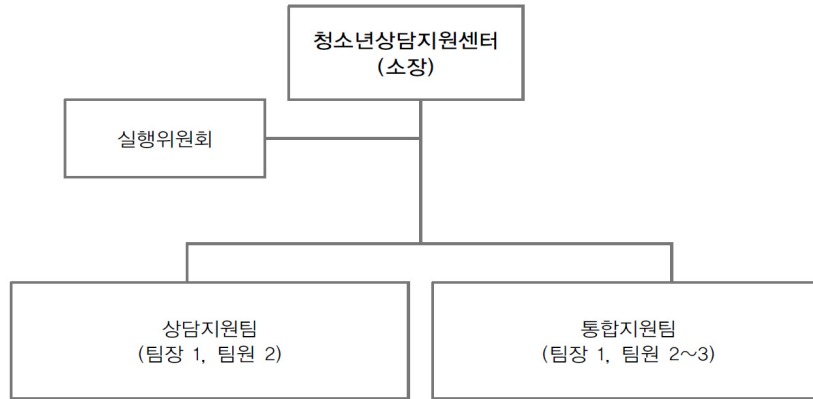
* 주2: 향후 두드림존 인력의 안정성과 사업의 효율적 연계를 위해 센터내 전담인력으로 자리잡을 수 있도록 예산확보 추진

* 자료: 여성가족부(2012), 청소년사업안내, p.232.

【그림 IV-13】 시도 청소년상담복지센터 조직도(예시)

구분	주요업무
대외협력팀 (3명)	-예산, 인사, 회계, 관리, 전산 등 지원업무 -센터 운영에 관한 기본계획의 수립·조정 및 총괄 -청소년관련자원(기관, 서비스)의 분석, 발굴, 관리, 공유 및 유용성 제고 -업무협약체결 및 협력 네트워크 구축·운영 -운영협의회, 실행위원회 학교지원단, 1388청소년지원단 운영관리 -상담통계 및 유형분석·관리, 사례집 발간 등 -센터 소개 책자, 리플렛 등 발간 및 홍보에 관한 사항
상담지원팀 (4~5명)	-청소년 및 부모대상 상담 -가출, 학업중단, 인터넷 중독, 자살, 새터민·다문화 등 위기청소년 통합지원 업무 -학교폭력, 성폭력 등 피해 및 가해 청소년 상담지원업무 경찰관서에서 성매수 피해청소년에 대한 조사를 위해 상담자 동석을 요청할 때 상담지원 등 -Help call 청소년전화 1388 운영 -청소년동반자 프로그램 운영관리 및 지원 -상담 프로그램 개발 및 운영(성교육, 인터넷중독, 학교폭력 등) -특별지원대상 청소년지원, 예방적 회복적 보호지원 * 특별지원 사업지역에서는 전담직원 1명 배정 -센터의 상담지원에 관한 사항
위기지원팀 (3명)	-위기청소년 긴급구조·보호시설 연계, 의료, 법률서비스 지원활동 -청소년 피해사례 신고접수, 유해환경 신고접수·인계 -일시보호시설 운영 -사회복무요원 근무 지원 -방문심리 치료 프로그램 운영 -폭력 등 위기청소년에 대한 의료·법률서비스 제공
자활연수팀 (3~4명)	-지역 내 위기청소년 현황 실태조사 및 관리 -청소년 직업체험 프로그램 운영, 직업능력향상(직업소개), 진로지도, 자활지원사업 -교육 및 연수 프로그램 개발·보급 등 교육연수 및 홍보사업 -인턴십 및 실습상담제도 운영
자립지원팀 (4명)	-위기 청소년의 자립준비를 위한 토털 자활지원사업(두드림존 운영) 자립 동기화, 자립기술 습득, 사회진출 지원 등 -학업중단 청소년의 학업복귀를 위한 지원사업(해밀사업)

* 자료: 여성가족부(2011). 청소년사업안내. p.233.



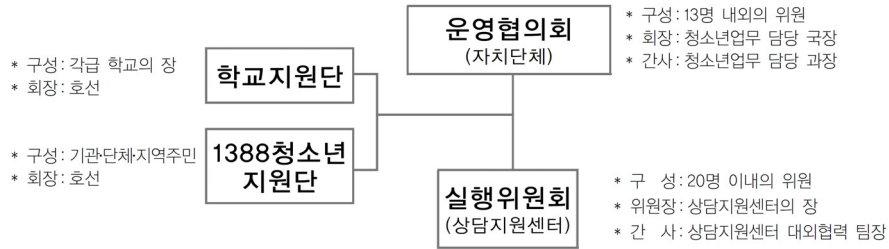
* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내, p.234.

【그림 IV-14】 시·군·구 청소년상담복지센터 조직도(예시)

표 IV-11 시·군·구 청소년상담복지센터 인력구성 및 업무

구분	주요업무
상담지원팀 (3명)	-예산, 인사, 회계, 관리, 전산 등 지원업무 -청소년 및 부모대상 상담 -상담통계 및 유형분석·관리, 사례집 발간 등 -홍보 및 그 이외 상담지원에 관한 사항 -청소년상담자원봉사자 및 지도자 연수·교육 -Help call 청소년전화 1388 운영 -운영협의회, 실행위원회, 학교지원단, 1388청소년지원단 등 운영 -상담프로그램 운영(성교육, 인터넷 중독, 학교폭력 등) -위기청소년 실태조사 -교육연수 및 홍보사업
통합지원팀 (3~4명)	-가출, 학업중단, 인터넷 중독, 자살, 새터민, 다문화 등 위기청소년 지원업무 -학교폭력, 성폭력 등 피해 및 가해 청소년 상담지원업무 -청소년복지증진사업, 인권이 침해된 청소년에 대한 상담 및 교육 -자립준비 교육, 직업 및 실물경제 체험, 사회진출 지원, 학습능력 향상지원 등 자립 지원 사업(두드림존, 해밀, 학습클리닉) -청소년 활동 및 자원봉사에 대한 정보 제공 -청소년 참여촉진 및 기타 지역사회 청소년활동 등을 위해 필요한 지원 -기타 통합지원과 관련된 사항의회, 실행위원회, 학교지원단, 1388청소년지원단 등 운영

* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내, p.234

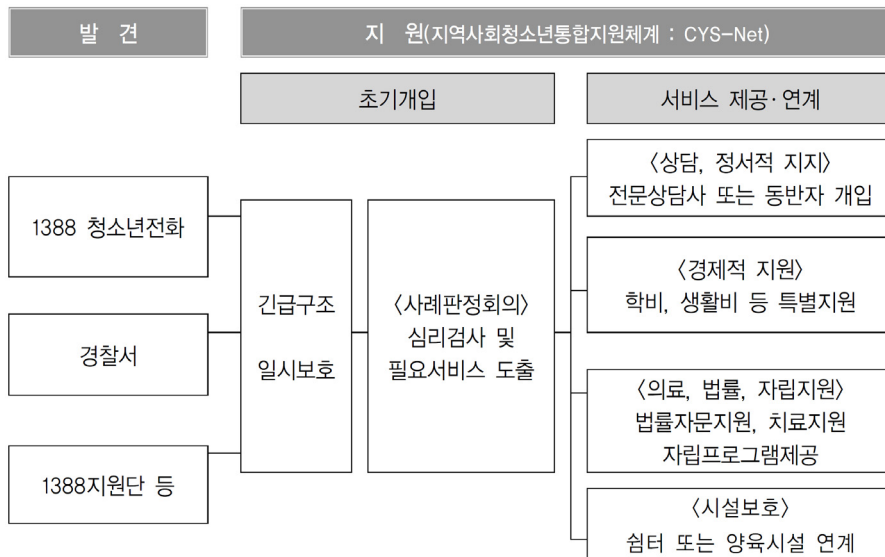


* 자료: 여성가족부(2012), 청소년사업안내, p.256.

【그림 IV-15】 지역사회청소년통합지원체계 운영협의회 및 실행위원회 체계도

(4) 프로그램

주요 서비스는 상담 및 정서적 지원, 사회적 보호, 기초생활 및 경제적 지원, 교육 및 학업지원, 자활지원, 의료지원, 법률자문 및 권리구제 지원, 여가 및 문화활동지원 등이다. 최근에는 CYC-Net을 위기청소년을 위한 학습 및 자립 중심기관으로 개편하였다(여성가족부, 2012). 이를 위해 학업중단 청소년의 학업복귀를 위한 지원사업(해밀)을 활성화하고 있고, 이들의 학업지속을 위한 해밀프로그램도 강화하고 있다. 아울러 자립지원 프로그램인 두드림존을 확대하여 전국 16개 시도 지역에 사업을 공고화하고 있다.



* 자료: 여성가족부(2012), 청소년사업안내, p.257.

【그림 IV-16】 CYC-Net 상담지원체계도

(5) 한계 및 개선방향

윤철경 외(2006)는 지역사회 청소년통합지원센터의 한계를 다음과 같이 지적하고 있다. 첫째, 지역사회 안전망 사업의 이념적 기반이 부족하다. 즉, 청소년통합지원센터는 학교에서 이탈된 청소년을 중심으로 하고 있어서 사업의 확대에 있어서 한계가 있다는 것이다. 따라서 향후에는 고위험 청소년을 대상으로 하되, 동시에 보편적인 서비스를 일반 청소년에게도 제공하여 예방적 사업도 하는 방향으로 선회하는 것이 타당하다고 지적하고 있다(윤철경 외, 2006). 둘째, 시·군·구지원센터의 기능과 역할에 대한 혼란이 있다. 정부는 센터가 상담 외에 긴급구조사업과 봉사, 인권 등 육성사업도 병행하도록 하고 있는데, 이를 모두 통합적으로 하기에는 시·군·구 지원센터에 한계가 있다는 것이다(윤철경 외, 2006). 따라서 이러한 혼선을 막기 위해서 시·군·구 센터의 역할의 명확화가 필요하다. 셋째, 사업의 범위가 광범한데 비해 예산투입은 매우 적다. 통합지원체계사업은 1개 구당 8천만원을 기본으로 하고 있어서 사업을 수행하는데 매우 제한적일 수밖에 없다는 것이다. 이로 인해 지역사회기관으로 지원센터의 영향력이 낮은 문제도 수반하고 있다. 넷째, 기관 간 교류부족과 조직의 폐쇄적 분위기 등으로 지원센터가 지역사회 위기 청소년을 위한 허브 기관으로서의 기능을 제대로 수행하고 있지 못하다. 따라서 센터가 지역사회 허브기관으로 기능할 수 있도록 조직화 역량 및 전문성 강화, 보호 강화를 통해서 인지도를 제고하고, 지역사회 다양한 기관 간 유기적인 연계체계를 구축하도록 한다.

5) 지역아동센터

(1) 관련법

지역아동센터는 아동복지법 제16조에 의거하여 “지역사회 아동의 보호·교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 복지서비스를 제공하는 시설”이다. 지역사회에서 자생적으로 운영돼 오던 “공부방”을 지역아동센터로 법제화(아동복지법 개정), 국고지원이 실시된 것이다(2004.1).

○ 아동복지법 제6조항1호

'지역사회아동의 보호, 교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 아동복지서비스를 제공하는 시설이다'

이용 대상자는 수급권자 가정 아동, 차상위조손다문화장애한부모 아동, 기타 승인 아동 등 우선적으로 보호되어야 할 아동을 60% 이상 유지하고 있다. 지역아동센터는 2011년 현재 3,985개소가 있고, 10만여명의 아동이 이용하고 있다. 대부분은 초등학교생이지만 중·고생과 미취학아동도 일부 이용하고 있다.

표 IV-12 지역아동센터 지원 현황

구 분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
개소	-	-	-	2,618	3,013	3,474	3,690	3,985	
지원개소	500	800	902	1,800	2,788	2,788	2,946	3,260	3500
지원단가 (만원/월, 개소)	67	200	200	200	220	상:220 하:320	320	370	410
예산(억원)	12	73	98	206	282	457	543	695	817
이용아동(명)	23,347	43,749	58,851	76,229	87,291	97,926	100,223	104,982	-
개소당 평균수	-	-	-	29.1	29.0	28.2	27.2	26.3	-

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012), 전국 지역아동센터 실태조사보고서.

표 IV-13 학년별 이용아동 현황(2011. 12 현재)

구 분	계	미취학	초등학교 저학년	초등학교 고학년	중학생	고등학교	탈학교 등
인 원 (비 율)	104,982 (100%)	4,578 (4.4)	37,407 (35.6)	42,324 (40.3)	17,374 (16.5)	3,014 (2.9)	285 (0.3)

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012), 전국 지역아동센터 실태조사보고서.

(2) 전달체계

지역아동센터의 주요 서비스 전달체계는 보건복지부, 시·도, 시·군·구, 지역아동센터이다. 주요 기능과 역할은 다음 표에 제시하였다.

표 IV-14 지역아동센터 추진주체

추진주체		기능 및 역할
보건복지부	아동권리과	-지역아동센터 운영 기본 계획 수립 -지역아동센터 실태조사 및 표준화 모델 개발·보급 -지역아동센터 운영 지침 마련, 국고보조 등 사업 총괄 -아동복지교사 파견 지원 -방과후돌봄서비스 추진 기관간의 서비스 연계·조정 등
	지역아동센터 중앙지원단	-지역아동센터 운영 지원 -지역아동센터 홍보 및 관련기관 네트워크 구축 -종사자 인력 교육기획 및 프로그램 개발 -전산관리시스템 구축·데이터 및 실적관리 -지역아동센터 컨설팅 및 교육 지원 -아동복지교사 파견관리 및 교육지원 등
시·도	담당부서	• 시·도 지역아동센터 운영 기본 계획 수립 • 시·군·구 지역아동센터 운영 지원 • 지역아동센터 지도·점검, 예산 지원 등 • 시·도 아동복지교사 파견 지원 • 시·도 방과후돌봄서비스 추진 기관간의 서비스 연계·조정 등
	지역아동센터 시·도지원단	• 시·도 지역아동센터 운영 지원 • 시·도 지역아동센터 홍보 및 관련기관 네트워크 구축 • 시·도 종사자 인력 교육 실행 • 시·도 지역아동센터 컨설팅 지원 • 시·도 지역사회 조사연구사업 및 정보관리 및 데이터 관리·운영 • 시·도 아동복지교사 파견관리 및 교육지원 등
시·군·구 담당부서 또는 드림스타트센터		• 시·군·구 지역아동센터 운영 계획 수립 • 시·군·구 지역아동센터 이용아동 신청·확인 • 아동복지교사 파견관리 • 지역아동센터 신고 및 관리·운영지원 • 지역아동센터 지도·점검, 예산 지원, 지역사회 연계체계 구축 등
지역아동센터		• 지역아동센터 운영 및 돌봄 서비스 제공 • 지역아동센터 운영 관련 지자체 협조 등

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012), 지역아동센터 운영매뉴얼, p.20-21.

최근 지역아동센터는 공립지역아동센터를 설치하여 지역의 거점센터로서의 지역사회의 연계·협력 모델 창출, 지역특성에 맞는 프로그램 개발 및 관련 종사자 연수, 적정 운영모델 제시 등과 같은 기능을 두고 있다(보건복지부, 2012). 아울러 지역아동센터의 평가제도를 도입하여 서비스의 품질관리에도 주력하고 있다.

(3) 인력

지역아동센터당 인력 배치 기준은 다음 표와 같다.

표 IV-15 지역아동센터의 인력

구분	시설장	영양사	생활복지사
아동30인이상	1	1인(아동50인 이상인 경우)	2인 (아동50인 초과시 1인추가)
아동30인 미만 10인이상	1	-	1
아동10인 미만	1	-	-

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012), 지역아동센터 운영매뉴얼, p.11.

(4) 프로그램

지역아동센터의 주요 프로그램은 기본프로그램, 특화 프로그램, 청소년을 위한 프로그램으로 나뉘며 주요 내용은 다음과 같다(지역아동센터중앙지원단, 2012).

① 기본 프로그램

지역사회 아동보호, 학습지도, 문화체험, 상담 및 지역사회연계 등의 통합적 복지서비스 제공

- 보호프로그램: 빈곤방임 아동보호, 일상생활지도, 급식제공, 위생지도 등
- 교육프로그램: 학교생활준비, 숙제지도, 기초학습 부진아동 특별지도, 예체능교육, 독서지도 등
- 놀이와 오락: 문화체험, 견학, 캠프, 공동체 활동, 놀이 활동 지원, 특기적성 등
- 보호자와 지역사회연계: 가정방문, 상담·정서적지지, 부모·가족상담, 후원자 등 지역사회 내 인적·물적 자원연계, 사례관리 등

② 특화 프로그램

○ 주말·공휴일 프로그램

평일에 시간적 여유가 없어서 진행 할 수 없었던 프로그램과 주말에만 참여가능한 문화프로그램, 체험학습 등을 제공한다. 주말(특히 놀토)과 공휴일에 학교와 가정에서 보호받기 어려운 아동들을 보호한다.

○ 가족기능강화프로그램

아동양육기술 및 의사소통 증진, 부모집단프로그램 및 자조모임, 가족성장교실, 좋은 부모교실, 지역주민 결연 및 멘토링 활동 등 가족 내에서 지지기반이 약한 빈곤아동과 가족을 위한 가족기능강화 프로그램을 제공한다.

○ 야간보호프로그램

저녁 늦은 시간까지 부모가 귀가하지 않아 방임되고 있는 아동들을 보호자의 귀가시간까지 지역아동센터에 보호한다.

③ 청소년을 위한 프로그램

초등학생과 발달단계와 욕구가 다른 중·고생을 위한 분리된 공간 및 특화 프로그램을 제공한다. 1:1 학습멘토, 동아리활동, 진로탐색 프로그램을 예로 들 수 있다.

(5) 한계 및 개선방향

지역아동센터가 지역 내 아동을 위한 밀착 서비스 제공기관으로 자리매김했고 양적으로 급성장했으나, 소기의 목적을 달성하기에는 한계가 있다. 첫째, 지역아동센터는 저소득층만을 대상으로 하고 있기 때문에 지역사회의 소외된 아동, 맞벌이 아동 등 다양한 복지욕구를 가지고 있는 아동을 다 보호하고 있지 못하다. 지역아동센터의 역할과 기능을 보강하여 일반아동도 서비스를 자유롭게 이용할 수 있도록 해야 할 것이다(박영숙, 2012). 둘째, 지역아동센터가 아동복지를 수행하는 최일선 기관으로서 사례관리를 통해서 아동에 대한 밀착된 서비스 제공 및 관리가 가능하다. 문제는 지역아동센터의 인력이 매우 최소한으로 배정되어 있어서 아동에 대한 충분한 사례관리가 용이하지 않다는데 있다. 이로 인해 전문적인 사례관리가 어려운 상황이다. 아울러 지역사회 드림스타트, 방과후학교, 교육복지우선지역 등과 같은 기관간 정보공유 및 협력이 부족하여 어려움을 겪고 있는 것으로 지적되고 있다(정익중 외, 2011). 셋째, 지역아동센터의 서비스가 아동의 특성에 기반하고 있지 않다는 문제가 있다. 지역아동센터 이용아동의 약 14%는 중·고생인데 지역아동센터의 프로그램은 초등학생을 중심으로 하고 있다. 문제는 지역사회에는 중·고생이 갈 수 있는 방과후 센터가 거의 없어서 지역아동센터를 이용할 수밖에 없다는데 있다. 따라서 중·고생들이 이용할 수 있는 방과후 서비스 센터의 확충이 시급히 요구된다. 넷째, 종사자의 처우가 매우 열악하여 서비스의 질적 저하를 초래할 수 있다. 지역아동센터 종사자의 보수체계는 사회복지이용시설(복지관) 종사자의 보수체계의

적용을 권장하고 있는데 실제로 생활복지사의 월평균 급여는 2011년 현재 1,014,756원에 불과하여 기준봉급인 1,358,000원에 30여만 원이나 부족한 상황이다(지역아동센터중앙지원단, 2012). 이로 인해 이직률이 높고, 아울러 직무향상을 어렵게 하여 결국 서비스 제공에도 부정적인 영향을 미치고 있다(정익중 외, 2010). 따라서 종사자의 소진과 이직을 예방하기 위해서 종사자의 처우개선이 이루어져야 한다.

6) 청소년방과후아카데미

(1) 관련법

청소년방과후아카데미는 맞벌이·한부모·부모의 실직·파산·신용불량 등으로 인해 경제적 어려움 등을 겪는 청소년(초 4~중 2)이 대상이며, 이러한 청소년들에게 학습능력 배양·체험활동·급식·건강관리·상담 등 종합 학습지원 및 복지보호를 제공하여 청소년의 건전한 성장 지원을 목적으로 하고 있다. 방과후아카데미 실시 장소는 청소년수련관, 청소년문화의집, 공공청소년공부방, 청소년단체시설 등을 활용하고 있다. 2008년 185개소가 운영되다가, 2009년 178개소, 2010년 161개소, 2011년 200개소가 운영되고 있다(여성가족부, 2011).

청소년방과후아카데미는 청소년기본법 제48조의2에 따라 여성가족부장관과 시·도지사는 매년 청소년 방과 후 활동 종합지원계획을 수립·시행하여야 하며, 방과후사업은 청소년의 역량 개발 지원, 청소년의 기본학습 및 보충학습 지원, 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 급식·시설 지원 및 상담, 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 학부모 교육, 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 기관 및 단체 등의 개발 및 연계를 포함하고 있다. 청소년들의 방과 후 활동 중 정신건강 관련 프로그램의 법적근거는 청소년기본법 시행령 제33조의4에 나타나있다.

○ 청소년기본법 시행령 제33조의4(방과 후 활동 종합지원사업 실시)

- ① 여성가족부장관과 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 청소년 방과 후 활동 종합지원사업(이하 이 장에서 "방과후사업"이라 한다)을 실시할 수 있다. 이 경우 방과후사업은 장애청소년과 다문화청소년 등 특별한 교육 및 활동이 필요한 청소년을 대상으로 할 수 있다.
- ② 방과후사업은 다음 각 호의 활동을 포함한다.
 1. 청소년의 역량 개발 지원
 2. 청소년의 기본학습 및 보충학습 지원

3. 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 급식, 시설 지원 및 상담
4. 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 학부모 교육, 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 기관 및 단체 등의 개발 및 연계
5. 그 밖에 청소년의 방과 후 활동을 지원하기 위해 필요한 활동

(2) 전달체계

청소년방과후아카데미는 여성가족부와 지방자치단체가 공동 운영한다. [그림 IV-17]을 통해 운영체계를 살펴보면, 여성가족부는 기본운영계획 총괄 및 아카데미 운영관련 지자체와 공동지도 감독, 운영예산 지원, 아카데미 운영 평가 및 컨설팅, 운영모델개발 등을 수행하며, 지방자치단체는 각 지방자치단체별 방과후 아카데미 운영 주체로 운영예산 분담, 지자체 관내 아카데미 운영 시설선정, 예산교부, 지도 감독 등을 담당하고 있다(여성가족부, 2012).

청소년방과후아카데미 운영지원단은 사업의 평가·실시·평가·지표개발·평가워크숍 및 실적보고 및 체계적인 운영관리, 사업효과성 연구 및 신규 운영모델 개발 등을 수행한다. 청소년방과후아카데미 지원협의회는 수련시설장, 지자체 청소년업무 관계자, 보건소장, 사회복지관련 장 등으로 구성되어 있으며, 지역사회 차원의 연계 협력 지원, 사업실행 모니터링, 방과후아카데미 사업의 중요사항 심의 및 결정을 담당하고 있다(여성가족부, 2012).



* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내.

【그림 IV-17】 청소년방과후아카데미 운영체계도

(3) 인력

여성가족부(2012)의 세부운영계획에 따르면, 청소년방과후아카데미에는 전담인력이 배치된다. 아카데미의 상근 인력은 기획재정부의 ‘일자리지원사업’의 일환으로 추진되는 사업으로 운영책임자(PM: 프로젝트매니저)와 실무지도자(SM: 스케줄 매니저)가 전담인력으로 배치되는데, 운영책임자는 청소년지도사 2급 자격증 소지자여야 하며, 실무지도자는 청소년지도사 3급 자격증 소지자여야 한다. 운영책임자는 1명이 전담 배치되어 총괄 및 일정관리와 운영 지원의 업무를 맡으며, 실무지도자는 1반에 1명씩으로 아동·청소년의 자기주도학습과 상담 및 생활기록·관리, 문자메세지·급식지원 등의 업무를 맡고 있다.

(4) 주요 프로그램

청소년방과후아카데미는 전문체험활동과정, 학습지원활동과정, 체험학습과정, 생활지원 등 활동프로그램을 중심으로 각 책임운영기관별로 지역적인 특성과 청소년의 욕구를 반영하여 다양한 프로그램을 진행하고 있다. 청소년방과후아카데미의 운영프로그램은 <표 IV-16>과 같다.

표 IV-16 청소년방과후아카데미 운영프로그램

구분	세부내용	
전문체험활동과정	-강습형태가 아닌 체험활동 위주로 청소년들의 창의·인성 함양을 위한 다양한 체험활동 프로그램 운영(예술체험활동, 과학체험활동, 직업개발활동, 봉사활동, 리더십개발활동 등) -토요(등교토/놀토): 주5일제 관련 전문체험활동	
학습지원활동과정 (기본공통과정)	보충학습지원과정 (자기주도학습)	청소년들의 자율적인 숙제, 보충학습지도, 독서지도 등의 프로그램 위주로 운영
	교과학습과정 (주요 교과목 지원)	전문 강사진의 교과학습 중심의 학습지원
자율체험활동 과정 (재량활동과정)	-청소년들이 중심이 되어 진행하는 활동(자치활동, 동아리활동 등), 체험활동의 성격으로 담당 실무자들이 직접 운영(지역사회 연계하여 활동위주의 프로그램 운영도 가능)하는 등 활동 위주의 프로그램 운영 -각 운영기관에서 재량으로 자유롭게 편성하여 운영하는 과정으로 학습지원의 성격운영 불가	
특별지원과정	청소년캠프(방학), 부모교육, 초청인사 특별강의, 발표회 등	
생활지원	급식, 상담, 건강관리, 생활일정 관리(메일링서비스) 등의 생활지원	

* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내.

청소년방과후아카데미의 운영프로그램 중 아동·청소년의 정신건강 관련 프로그램을 다루고 있는 것은 「생활지원」이 해당된다. 생활지원은 상담, 심리 성적 성격 테스트, 건강관리, 급식 등을 지원하고 아동·청소년의 부모, 학교 및 지역사회가 함께 참여하여 아동·청소년의 하교시간부터 집에 돌아갈 때까지의 모든 과정을 관리·지원하는 서비스이다.

(5) 한계 및 개선방향

청소년방과후아카데미는 매우 짜임새 있는 프로그램과 전문적 인력 그리고 충분한 인력과 예산을 바탕으로 양질의 방과후 교육 및 돌봄을 실시하고 있다. 문제는 시설이 전국에 200개소에 불과하여 절대적으로 부족한 상황이다. 이로 인해 지역의 중학생들은 초등학교 졸업 후에도 지역아동센터에 머물 수밖에 없다. 아울러 청소년방과후아카데미는 지역아동센터와 상호 보완적인 기능을 하기보다는 경쟁적 상태에 있어서 아동·청소년 방과후 돌봄 기관으로서 시너지효과를 내지 못하고 있다. 또한 방과후아카데미의 보호아동의 연령은 초등학교 4~6학년, 중등 1~2학년으로 되어 있어서 지역아동센터와 서비스 대상연령의 중복이 발생하고 있다. 따라서 향후에는 시설별로 아동연령을 차별화할 필요가 있다. 특히 청소년방과후아카데미는 청소년사업을 특화하여 중·고생을 위한 방과후 돌봄 및 학습기관으로 자리매김할 필요가 있다.

7) 사회복지관

(1) 관련법

사회복지시설이란 사회복지사업법 제2조의 사회복지사업을 행할 목적으로 설치된 시설이며, 사회복지사업은 사회복지사업법 제2조 제1호에 규정된 개별법령²³⁾에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담, 직업지원, 무료 숙박, 지역사회복지, 의료복지, 재가복지, 사회복지관 운영, 정신질환자 및 한센병력자의 사회복지에 관한 사업 등 각종 복지사업과 이와 관련된 자원봉사활동

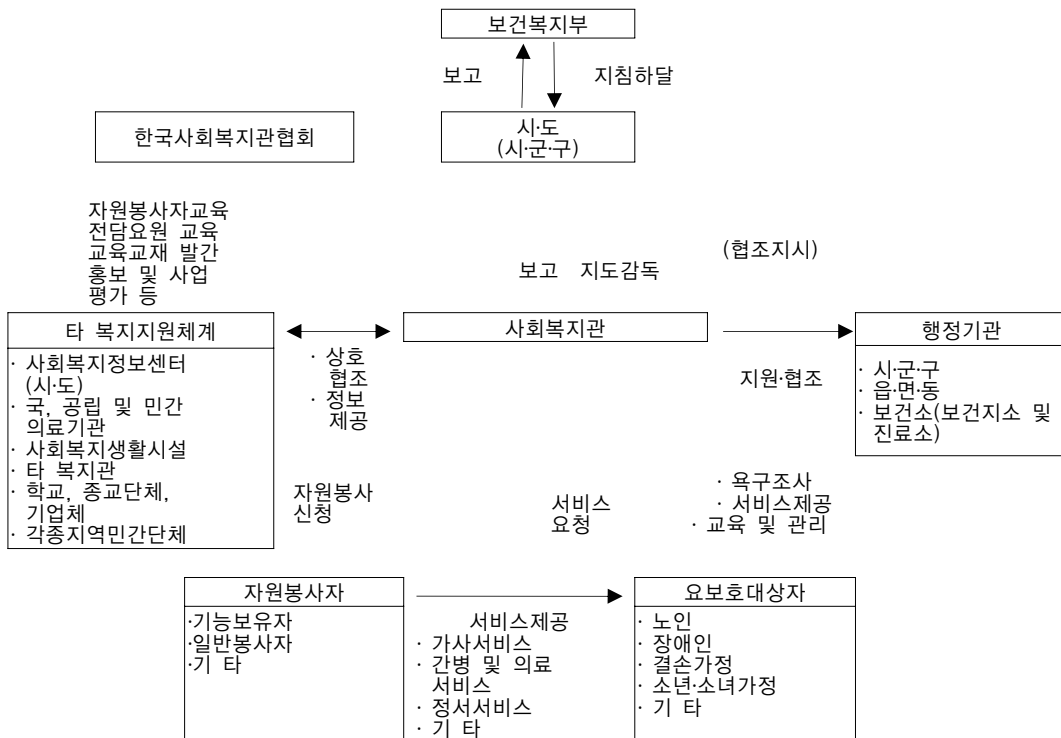
23) ①국민기초생활보장법 ②아동복지법 ③노인복지법 ④장애인복지법 ⑤한부모가족지원법 ⑥영유아보육법 ⑦성매매방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑧정신보건법 ⑨성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑩입양촉진 및 절차에 관한 특례법 ⑪일제하 일본군위안부 피해자에 대한 생활안정지원 및 기념사업 등에 관한 법률 ⑫사회복지공동모금회법 ⑬장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률 ⑭가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑮농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법 ⑯식품기부활성화에 관한 법률 ⑰의료급여법 ⑱기초노령연금법 ⑲긴급복지지원법 ⑳다문화가족지원법 ㉑장애인연금법 ㉒장애인활동 지원에 관한 법률 ㉓노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 (2012.6.8. 시행) ㉔보호관찰 등에 관한 법률 ㉕장애아동복지지원법(2012.8.5 시행)

및 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하고 있다.

사회복지사업법에 따른 사회복지관은 지역사회를 기반으로 일정한 시설과 전문인력을 갖추고 지역주민의 참여와 협력을 통하여 지역사회의 복지문제를 예방하고 해결하기 위하여 종합적인 복지서비스를 제공하는 시설로 2012년 5월 현재 전국 429개소의 사회복지관이 운영되고 있다(한국사회복지관협회 홈페이지, <http://www.kaswc.or.kr/>). 사회복지관의 대상은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역사회주민이며, 사회복지관의 목표는 지역사회주민들이 필요로 하는 복지서비스를 제공하고 다양한 지역사회문제를 예방·치료하는 종합적인 복지서비스 전달기구로서 지역사회 주민의 복지증진을 위한 중심적 역할을 수행하는 것이다(보건복지부, 2012b).

(2) 전달체계

사회복지관의 서비스 전달체계는 다음 그림과 같다.



* 자료: 보건복지부(2012). 사회복지관 운영관련 업무처리 안내.

【그림 IV-18】 사회복지관 서비스 전달체계도

(3) 프로그램

사회복지관 프로그램의 대상은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역주민이며, 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층 등 저소득 주민, 장애인·노인·한부모가정 등 취약계층 주민, 직업부업훈련 및 취업알선이 필요한 주민, 유아·아동 또는 청소년의 보호 및 교육이 필요한 주민, 기타 긴급지원이 필요하다고 인정되는 주민이 우선적인 사업대상이다(보건복지부, 2012b).

사회복지관 프로그램은 지역사회의 특성과 지역주민의 복지욕구에 맞추어 자율적으로 실시하나, <표 IV-17>에 제시된 분야별 단위사업 중 해당 사회복지관의 실정에 맞는 프로그램을 선정하여 수행하고 있다(보건복지부, 2012b). 또한 우선사업대상자는 우선사업으로 지정된 아래 프로그램 중에서 분야별로 각 1개 이상이 포함된 8개 이상의 프로그램을 선정하여 실시하게 된다(보건복지부, 2012b).

표 IV-17 사회복지관 주요 사업

분야	단위사업	우선사업 대상 프로그램
가족복지사업	- 가족관계증진 - 가족기능 보완 - 가정문제 해결·치료 - 부양가족지원	- 개인 및 가정문제 등 상담 - 방과후 아동보호 프로그램
지역사회보호사업	- 급식서비스 - 보건의료서비스 - 경제적 지원 - 일상생활 지원 - 정서서비스 - 일시보호서비스 - 재가복지봉사서비스	- 급식서비스(식사배달, 밀반찬 배달, 무료 급식 등) - 주간보호소·단기보호소운영 - 재가복지봉사서비스
지역사회조직사업	- 주민조직화 및 교육 - 복지네트워크 구축 - 주민복지 증진 - 자원봉사자 양성 및 후원자 개발·조직	- 주민조직체 형성 및 운영 - 복지네트워크 구축
교육·문화 사업	- 아동·청소년 기능교육 - 성인 기능교실 - 노인 여가문화 - 문화복지	- 노인 여가·문화 프로그램 - 아동·청소년 사회교육 프로그램
자활사업	- 직업기능 훈련 - 취업알선 - 직업능력 개발 - 자활공동체 육성	- 취업·부업 안내 및 알선 - 취업·부업 기능훈련 및 공동작업장 운영

* 자료: 보건복지부(2012), 사회복지관 운영관련 업무처리 안내.

사회복지관에는 가족복지사업분야의 가족문제 해결·치료사업에 정신적 장애 관련 프로그램이 있다. 정신적 장애 관련 프로그램에는 정신보건서비스, 알코올 및 약물중독 치료, 정신장애인, 정신지체인, 발달장애인 서비스 등이 포함된다. 또한 지역사회보호사업분야의 정서지원 서비스는 지역사회에 부양가족이 없는 보호대상자들이나 사회적으로 정서적 소외로 지원이 필요한 가족에게 의형제·의부모 관계맺기, 멘토링 등의 서비스를 제공한다(보건복지부, 2012b).

(4) 한계 및 개선방향

사회복지관은 저소득지역 지역주민을 위한 다양한 서비스를 다양한 대상에게 제공하고 있다. 여기서 제공되는 정신보건관련 서비스는 상담, 정서지원서비스 및 지역아동센터 아동에 대한 사례관리라고 할 수 있다. 복지관에서 워낙 다양한 사업을 실시하고 있기 때문에 정신보건서비스를 특화하기보다는 지역사회 정신보건센터와 연계하여 사업을 진행할 때 보다 전문적인 서비스 제공이 가능할 것이다. 복지관 안에 있는 지역아동센터는 앞 절에서 지적된 것과 유사한 문제점을 나타내고 있으므로, 전체 지역아동센터의 개선을 통해서 문제점이 개선될 수 있을 것이다.

8) 아동자립지원사업

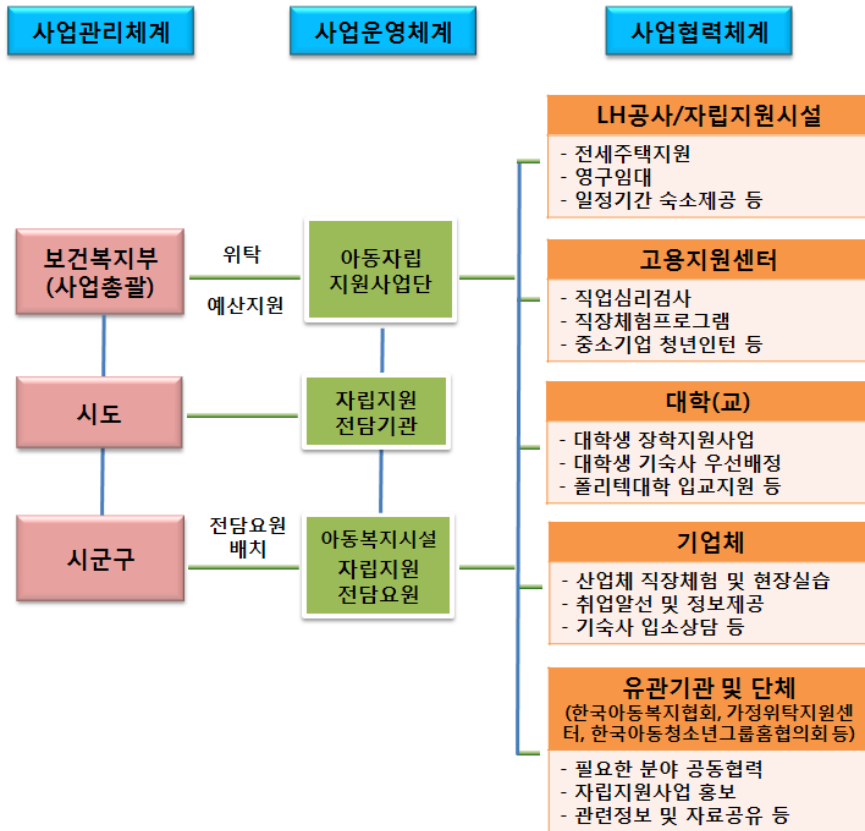
(1) 관련법

자립지원은 보호 아동의 퇴소(위탁종결) 후 공평한 출발 기회 보장과 안정적인 자립생활 정착을 위한 사회적·경제적 지원을 주목적으로 하며, 아동복지시설(양육시설, 그룹홈) 생활 아동과 가정위탁 아동을 그 대상으로 한다(보건복지부, 2012a). 자립지원 서비스 기간은 시설 입소 후 3개월 경과부터 시설 퇴소 후 5년까지이고, 아동 발달단계에 따른 자립지원서비스를 제공하여 안정적인 자립생활 정착을 지원하고 있다(보건복지부, 2012a).

자립지원의 근거는 2011년 8월 개정된 아동복지법 제38조 1항에 “국가와 지방자치단체는 보호대상 아동의 위탁보호 종료 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원하기 위하여 1. 자립에 필요한 주거·생활·교육·취업 등의 지원, 2. 자립에 필요한 자산의 형성 및 관리 지원(이하 “자산형성지원”이라 한다), 3. 자립에 관한 실태조사 및 연구, 4. 사후관리체계 구축 및 운영, 5. 그 밖에 자립지원에 필요하다고 대통령령으로 정하는 사항을 시행하여야 한다” 고 명시되어 있다. 자립지원을 위한 심리·정서적 지원 프로그램이 제공되고 있으나, 정신건강 지원에 관한 규정을 따로 두고는 있지 않다.

(2) 전달체계

자립지원사업의 사업관리체계는 보건복지부와 각 시도, 시·군·구이며, 사업운영체계는 아동자립지원사업단 및 자립지원전담기관, 아동복지시설 자립지원전담요원으로 구성되어 있다([그림 IV-19] 참조).



* 자료: 한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부(2012), 자립지원업무매뉴얼.

【그림 IV-19】 아동자립지원센터 운영체계

〈표 IV-18〉을 통해 역할을 살펴보면, 먼저 사업관리체계인 보건복지부에서는 사업 기본계획수립 및 지침 시달, 예산지원, 사업총괄을 담당한다. 시도 및 시·군·구에서는 자립지원 프로그램에 대한 예산 지원, 아동복지시설 자립지원전담요원 배치 및 관리, 자립지원 업무 지도감독을 관리한다.

자립지원사업의 사업운영체제로 아동자립지원사업단은 보호 및 퇴소아동의 자립지원 총괄, 자립지원 표준화프로그램 운영 및 매뉴얼 개발, 보호 및 퇴소아동의 자립지원에 대한 욕구 및 실태조사, 자립지원전담요원 교육 및 사례회의 지원, 자립지원사업 실적관리 및 평가 등의 업무를 담당한다. 자립지원전담요원은 원가족 유대강화 기획, 연령별 자립지원표준화프로그램 기획 및 운영 관리, 만 15세 이상 아동에 대한 자립지원계획 수립 관리자, 취업·주거·진학·생활 등에 관한 정보제공 및 현황관리, 퇴소 및 위탁종결자에 대한 사례관리업무 등을 맡고 있다.

표 IV-18 아동자립관련 추진주체

기관	주요 업무체계 및 역할
보건복지부	-사업총괄·조정 -사업 기본계획수립, 지침 시달 -예산지원
시·도 및 시·군·구	-자립지원 프로그램에 대한 예산 지원 -아동복지시설 자립지원전담요원 배치 및 관리 -자립지원 업무 지도감독
아동 자립지원사업단	-보호 및 퇴소(위탁종결)아동의 자립지원 총괄 -자립지원표준화프로그램 운영 및 매뉴얼 개발 -자립지원관리시스템(DB) 구축을 통한 자립지원체계 구축 및 관리 -자립지원에 관한 조사연구 -보호 및 퇴소아동의 자립지원에 대한 욕구 및 실태조사 -자립지원전담요원 교육 및 사례회의 지원 -자원개발 및 지원체계 구축 -자립지원사업 실적관리 및 평가
자립지원 전담요원	-원가족 유대강화 기획자 -연령별 자립지원표준화프로그램 기획 및 운영 관리자 -만15세(중3) 이상 아동에 대한 자립지원계획 수립 관리자 -보호아동에 대한 진로 상담자 -취업, 주거, 진학, 생활 등에 관한 정보제공 및 현황관리자 -지역사회 후원자개발 및 유관단체 네트워크 구축 등 자원관리자 -퇴소 및 위탁종결자에 대한 사례관리자

* 자료: 한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부(2012). 자립지원업무매뉴얼.

(3) 인력

자립지원 인적 구성은 자립지원위원회, 자립지원 전담요원, 생활지도원으로 구성되어 있다. 내용은 다음 <표 IV-19>와 같다.

표 IV-19 아동자립지원시설 프로그램 운영인력 구성

구분	주요 내용
자립지원 위원회	-개별 시설(지역가정위탁지원센터)에 자립지원위원회를 운영함 -구성원은 원장, 자립지원전담요원, 관련학과교수, 유관기관 관계자, 후원자, 공무원 등(현재 시설의 운영위원회 또는 자문위원회 활용) -매년 자립지원 기본계획을 검토하고 대상자를 선정하며 시설내 자립지원 프로그램 운용에 관한 제반사항을 논의
자립지원 전담요원 (가정위탁 센터 자립담당)	-시설(지역내 가정위탁아동)의 자립지원프로그램 운용 계획서 작성 -자립지원프로그램의 홍보 및 자료제공 -자립지원대상자 상담 및 사례관리 -자립지원프로그램 개발 및 진행 -자립지원현황 및 성과관리 -매월 자립지원프로그램 결과보고 및 DB 입력 -생활지도원(위탁가정 부모) 교육 및 슈퍼비전 제공 -지역 네트워크 구축 및 후원체계 마련
생활지도원	-자립지원대상자 일일 사례관리 -자립지원프로그램 매뉴얼을 통한 프로그램 진행 -아동상담 및 욕구, 필요자원 파악 -자립지원프로그램 개발 및 적용 -매월 자립지원프로그램 아동, 양육자 평가서 작성 -원가족 연락 및 유대강화 활동

* 자료: 보건복지부(2012), 2012년도 아동분야사업안내.

자립지원위원회는 지역가정위탁지원센터와 같은 개별시설에서 운영하며 매년 자립지원 기본계획 검토, 대상자 선정, 시설 내 자립지원 프로그램 운용에 관한 제반사항을 논의한다. 자립지원전담요원이란 아동복지시설 및 가정위탁지원센터에서 보호 및 퇴소(위탁종결)아동의 자립준비와 안정적인 사회 적응을 돕는 자립지원전문가로(한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부, 2012), 시설의 자립지원프로그램 운용 계획서 작성, 자립지원대상자 상담 및 사례관리, 자립지원프로그램 개발 및 진행, 생활지도원(위탁가정 부모)교육 및 슈퍼비전 제공 등의 직무를 맡고 있다. 양육시설

자립지원전담요원 배치 기준은 10인 이상 양육시설, 보호치료시설, 직업훈련시설에 1인 이상 배치해야 한다(보건복지부, 2012a).

2011년 아동복지시설 자립지원전담요원 배치 현황은 <표 IV-20>과 같으며, 과반수이상 도시에 자립지원 전담요원이 부족한 상황이다. 그룹홈 자립지원전담요원은 시·도별 아동 100명당 1명씩, 100명 이하 시도는 1명 배치되어야 하며, 가정위탁지원센터 자립지원전담요원은 지역 센터 별로 1명씩 배치되어야 한다(보건복지부, 2012a).

표 IV-20 아동복지시설 자립지원 전담요원 배치현황(2011. 12. 15 현재)

구분	계 (명)	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
법적 배치 기준	249	36	20	19	8	9	12	1	30	9	11	14	15	22	15	25	5
배치 현황	198	10	19	19	7	7	11	1	23	8	10	14	14	20	15	16	4
2012 배치 예정	13	10	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
배치 결과 (%)	80	55	완료	완료	87.5	완료	91	완료	76	완료	90	완료	완료	완료	완료	64	80

* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야 사업안내.

이밖에도 자립지원대상자 일일 사례관리, 자립지원프로그램 매뉴얼을 통한 프로그램 진행, 아동상담 및 욕구, 필요자원 파악, 자립지원프로그램 개발 및 적용, 원가족 연락 및 유대강화 활동 등을 담당하는 생활지도원이 있다.

(4) 프로그램

자립지원 프로그램은 미취학 연령부터 실시하여 아동의 자립의지를 높이고 자립능력을 향상시켜 차질 없는 퇴소를 준비하고(Ready), 퇴소 후 자립생활 정착까지 사례관리와 필요한 서비스 연계를 통해 안정적인 자립생활 정착을 지원(Action)한다(보건복지부, 2012a).

자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!)²⁴⁾은 <표 IV-21>과 같이 미취학부터 퇴소 전까지

24) Ready? Action! 프로그램은 「자립준비 프로그램 모델」' 07~10년간의 자립준비 프로그램 시범사업 결과를 바탕으로 아동·시설별 상황 등을 고려한 아동 자립준비 지원 프로그램의 표준화 모델임.

아동을 대상으로 퇴소 후 대비 자립준비 프로그램인 Ready?, 퇴소 후 자립생활 정착까지 사례관리와 필요한 서비스 연계해주는 프로그램인 Action!, 미취학부터 퇴소 전까지 아동의 단계·학년수준별로 적절한 프로그램을 제공하여 퇴소 후 안정적인 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 Ready? Action! 프로그램으로 구성되어 있다(보건복지부, 2012a).

표 IV-21 자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!) 모델

Ready? 프로그램				
단계별 구분	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
(미대취상학자~ 퇴소(종결)전)	미취학~초2	초 3~6	중 1~3	고1~퇴소전
해당 영역 ²⁵⁾	1,2,3,5	1,2,4,5,6	1,2,3,4,5,6	8개 전영역
중점 프로그램	기초학습지도, 독서지도, 원가족, 집단프로그램	심리·정서지지 체계 ²⁶⁾ , 학습지도, 경제교육, 원가족	진로적성검사, 자립지원예비 사정 및 계획, 체크리스트	자립사정, 취업 및 진학 상담, 체크리스트
프로그램 수행인력	-자립지원 전담요원: 자립지원 프로그램 기획 및 진행 -생활복지사: 프로그램 운영 지원 -생활지도원: 프로그램 운영 -가정위탁지원센터 자립지원 담당 -자립지원위원회: 정기적인 자문 및 평가(외부전문가 참여 의무화)			

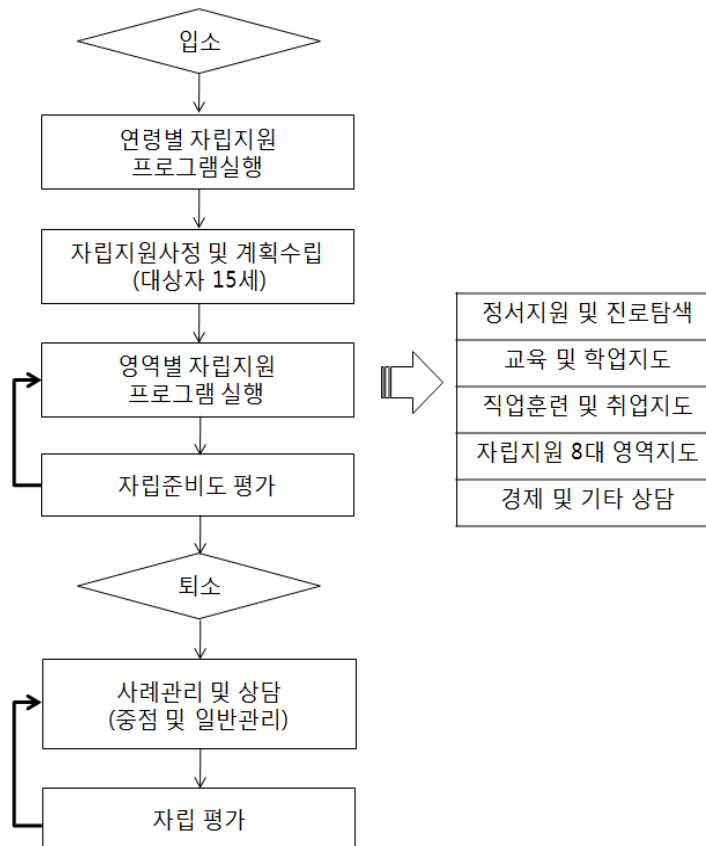
Action! 프로그램	
대상자 (퇴소(종결)후 ~)	퇴소(종결)후 ~ 자립생활 정착까지
서비스 지원	-취업형과 진학형으로 구분 -상담 및 사례관리 -긴급생활자금지원 및 의료지원 -사회초기적응 및 자립기반구축 -진로지도 및 인턴십 프로그램 -심리정서지원
프로그램 수행인력	-자립지원 전담요원: 상담, 사례관리, 자체 해결 가능한 자원연계 * 필요시 생활복지사, 생활지도원이 업무 지원 -자립지원사업단, 지역(시·도)자립지원센터: 자원연계가 필요하여 시설(가정위탁 지원센터)에서 의뢰한 아동과 직접 도움을 요청한 아동을 대상으로 상담, 사례 관리, 자원연계 서비스 실시

* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야 사업안내.

25) 보호아동 자립준비 프로그램 매뉴얼의 8대 영역으로 1. 일상생활기술 2. 자기보호기술 3. 지역사회자원 활용기술 4. 돈 관리기술 5. 사회적기술 6. 직업 찾기 7. 직장생활 8. 다시 집 떠나기를 말함.

26) 입소부터 심리·정서적 지원이 이루어지나, 대화를 통한 심리상담이 가능한 시기가 초등학교 3학년부턴임을 고려함.

자립지원 서비스과정은 [그림 IV-20]과 같이 입소, 연령별 자립지원프로그램 실행, 자립지원 사정 및 계획수립, 영역별 자립지원 프로그램 실행, 자립준비도 평가, 퇴소, 사례관리 및 상담, 자립 평가단계를 거친다. 자립지원표준화 프로그램 이외에도 퇴소를 준비 중인 아동에게 심리·정서적 지지와 퇴소 후 대비 진로지도, 자립역량 개발, 자립의지 함양을 지원해주는 자립가이드, 퇴소 후를 대비하여 일정기간동안 자립체험관에서 혼자 살아가기 예행연습, 시설별 특성화 프로그램, 시설별 자원연계 프로그램 등이 있다(보건복지부, 2012a). 그러나 정신건강지원 프로그램은 거의 존재하지 않으며, 취약 아동·청소년의 자립 지원을 위해서는 심리·정서적 지원이 필수적이므로 심리·정서적 지원을 확대해야 할 것이다(배주미 외, 2011).



* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야사업안내.

【그림 IV-20】 자립지원 서비스 흐름도

(5) 한계 및 개선방향

아동자립지원사업도 다른 사업과 마찬가지로의 문제를 안고 있다(배주미 외, 2011). 우선, 실무자의 전문성문제와 낮은 처우가 지적되고 있다. 보다 효과적인 서비스 제공을 위해서 종사자의 전문성이 제고되어야 하고 아울러 급여가 현실화 될 필요가 있다. 둘째, 심리·정서적 지원이 강화되어야 한다. 특히 심리·정서 서비스 사각지대에 있는 소규모아동시설과 공동생활가정 등에서 심리치료서비스 지원이 확대되어야 하고, 심리·정서적 문제 해결을 위한 치료비 지원, 게임중독·약물·흡연에 대한 상담, 지적장애 및 신체장애 아동·청소년에 대한 심리적 지원, 성폭력, 성매매 등의 위험으로부터의 보호와 지원이 필요하다는 지적이 있다(배주미 외, 2011).

9) 보호관찰소

(1) 관련법

소년보호관찰제도는 1988년 12월 소년법이 개정되고 보호관찰법이 제정되면서 제도적 기초가 마련되었고 이에 따라 1989년 7월 전국에 보호관찰소가 설치되었다(조흥식, 2011). 보호관찰 등에 관한 법률 제1조에서는 “죄를 지은 사람으로서 재범 방지를 위하여 보호관찰, 사회봉사, 수강 및 갱생보호 등 체계적인 사회 내 처우가 필요하다고 인정되는 사람을 지도하고 보살피며 도움으로써 건전한 사회 복귀를 촉진하고, 효율적인 범죄예방 활동을 전개함으로써 개인 및 공공의 복지를 증진함과 아울러 사회를 보호함을 목적으로 한다” 라고 목적규정을 명시하고 있다.

최근 청소년비행의 연소화, 지능화, 흉포화에 따라 2007년 소년법을 개정하였으며, 개정안에는 저연령 소년범 선도를 위한 촉범소년의 연령을 기존의 12~13세에서 10~13세로 확대하였다. 또한 죄를 지어도 법적 제재를 받지 않는 만10세~11세까지의 소년범들에 대하여 보호관찰이나 사회봉사 처분을 받게 하고 타 대상자에 비해 재범 위험성이 높은 대상자를 ‘집중 대상자’로 칭하여 강도 높은 지도감독과 함께 전문처우프로그램 등 주기적인 교육도 실시하고 있다(황진규, 2010).

2011년 8월 개정된 소년법 제12조에 따르면 “소년부는 조사 또는 심리를 할 때에 정신건강의학과 의사, 심리학자, 사회사업가, 교육자나 그 밖의 전문가의 진단, 소년 분류심사원의 분류심사 결과와 의견, 보호관찰소의 조사결과와 의견 등을 고려하여야 한다”고 명시되어있다. 이처럼 대상자를 조사 또는 심리를 할 때 정신적인 문제를 고려하고 있지만 소년법이나 보호관찰 등에 관한 법률에는 정신건강 지원에 관한 규정을 따로 두지 않고 있다.

(2) 전달체계

보호관찰행정 조직은 법무부 보호국 산하에 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등 5개 보호관찰심사위원회가 고등검찰청 소재지에 설치·운영 중에 있다. 전국의 보호관찰소는 본소 16개소와 지소 28개소로, 총 44개 기관이 설치되어 있다. 보호관찰심사위원회는 보호관찰에 관한 사항에 대한 심사결정을 담당(보호관찰 등에 관한 법률 제6조)하며, 위원회의 구성은 위원장 1인을 포함한 5인 이상 9인 이하의 위원으로 구성되어 있고, 위원장은 검사장 또는 고등검찰청소속 검사 중에서 임명한다. 보호관찰소는 보호관찰의 실시 및 사회봉사·수강명령집행, 범죄예방활동 등 보호관찰행정 실무를 담당하고 있다(옥필훈, 2011).

(3) 인력

보호관찰 등에 관한 법률 제 15조에 따르면 보호관찰사회봉사명령 및 수강명령의 집행과 갹생보호, 검사가 보호관찰관이 선도함을 조건으로 공소제기를 유예하고 위탁한 선도 업무, 범죄예방 자원봉사위원에 대한 교육훈련 및 업무지도, 범죄예방활동 등을 보호관찰관이 담당하고 있다.

그러나 2010년 정기국회에서 한나라당 이은재의원이 법무부로부터 제출받은 자료에 의하면, 보호관찰관 1인당 관찰대상자수는 2007년 180명, 2008년 202명, 2009년 223명으로 계속 늘어나고 있다. 선진국의 보호관찰관 1인당 관찰대상자수인 영국 23명, 호주 53명, 미국 75명, 일본 70명에 비하면 너무나 많은 상황이다. 이는 보호관찰 업무의 과부하를 초래하며, 전문성 결여 등과 같은 다양한 문제가 발생하게 된다(조홍식, 2011).

(4) 프로그램

보호관찰의 실시는 판결 확정→보호관찰 개시→분류→대상자 지도 감독→보호관찰 성적에 따른 단계별 조치→종료의 절차를 거친다([그림 IV-21] 참조).



* 자료: 범죄예방정책국 홈페이지, <http://www.cppb.go.kr/>

【그림 IV-21】 보호관찰 실시 절차도

첫 번째 단계인 보호관찰 판결이 확정되면 보호관찰이 개시 된다. 두 번째 단계인 보호관찰 개시에는 신고서를 접수하고 초기면접을 진행한다. 세 번째 단계에서는 분류기준에 의한 개시분류 및 재분류가 이루어지며, 네 번째 단계에서 대상자는 대면, 비대면 지도와 각종 교육 등이 제공된다. 대상자의 지도 감독에는 대부분 지도감독과 원호활동으로 이루어져 있으며 정신건강 지원에 대한 프로그램은 부재한 실정이다. 다섯 번째 단계는 보호관찰 성적에 따른 단계별 조치가 이루어지며 마지막으로 종료사유 발생 시 또는 기간만료, 금고이상의 형의 확정이 되었을 때 보호관찰이 종료된다.

보호관찰 대상자에게 실시되는 프로그램은 크게 보호관찰관의 지도·감독과 원호활동, 보호관찰에 부과되어 실시되는 사회봉사명령, 수강명령 등으로 이루어져 있다(조흥식, 2011). 보호관찰 주요 개관은 <표 IV-22>와 같다.

표 IV-22 보호관찰 분야 주요 개념

구분	개념
보호관찰	범죄인을 교정시설에 구금하여 자유를 제한하는 대신 정상적인 사회생활을 영위하도록 하면서 보호관찰관의 지도·감독 및 원호를 통하여 범죄성이나 비행성을 교정하고 재범을 방지하는 형사정책수단
사회봉사 (명령)	법원이 유죄가 인정된 자에 대하여 일정시간 무보수로 사회에 유익한 근로를 하도록 명하는 제도 ※ ' 09. 9. 벌금미납자에 대한 벌금대체 사회봉사제도 시행
수강명령	법원이 유죄가 인정된 자에 대하여 일정시간 동안 강의, 체험학습, 심신훈련, 봉사활동 등 범죄성 개선을 위한 교육을 받도록 명하는 제도
조사업무	판결전조사·청구전조사·결정전조사·검사 결정전조사로 구분되며 형사절차 또는 보호사건 절차에서 피고인 등에게 적합한 처우를 내리기 위해 피고인 등의 성격, 환경, 경력, 전과관계 등 그 인격과 환경에 관한 상황을 조사하는 제도
전자감독	특정범죄자에 대한 24시간 위치추적과 보호관찰관의 밀착 지도·감독을 통해 특정범죄자의 재범을 억제하는 보호관찰 프로그램

* 자료: 범죄예방정책국 홈페이지, <http://www.cppb.go.kr/>

현재 소년보호관찰 프로그램 중 약물남용범죄를 범한 경우, 알코올 중독으로 인한 범죄를 저지른 경우, 심리·정서상의 문제와 결합된 범죄(성범죄 등)를 범한자 등 치료를 받을 필요가 있을 경우 등 심신훈련을 제공하는 수강명령이 있으며, 대표적으로 약물·마약·알코올치료강의, 정신·심리치료강의, 성폭력치료강의 등이 있다(조흥식, 2011). 이밖에 각소에서 자체실정에 맞추어 실시하는 프로그램으로 멘토링 프로그램, 상담실운영, 학생대상자에 대한 특별지도와 그밖에 현실치료, 미술치료, 음악치료, 분노조절프로그램 등 다양하게 대상자를 지도하는 프로그램들이 있다(조흥식, 2011).

(5) 한계 및 개선방향

청소년을 위한 보호관찰소는 1989년 도입 이래 상당한 질적 양적 성장을 이루었지만, 소년의 재범률은 줄어들고 있지 않다(손외철, 2011). 그 이유는 보호관찰의 업무량 과다, 전문적인 인력 부족 등에 기인한다. 보호관찰소의 외국에 비해 업무량이 많아 직원 확충이 필요하고, 아울러 종사자에 대한 보수교육을 통해서 전문지식을 습득할 수 있도록 해야 할 것이다(손외철, 2011). 아울러 절대적으로 부족한 인력을 보충하기 위해서 전문성을 갖춘 자원봉사자를 활용하되, 특히 상담심리를 전공한

자원봉사자나 검찰의 피해지원센터 자원봉사자나 범죄예방위원 중 전문지식이 있는 사람을 활용하여 회복적 사법에 투입하는 방안을 고려해 보도록 한다(손외철, 2012). 그러나 보다 근본적으로는 사법기관에 종사하는 지원 중 전문중재자를 양성하여 활용하는 방안이 실효성이 높을 것으로 보인다(손외철, 2011).

7. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 인프라 및 서비스 전달체계

1) 미국

정신장애를 가진 아동에 대한 종래의 분절적 접근의 제한점을 극복하고 다양한 체계를 포괄하는 지역사회중심의 새로운 정신보건서비스 접근(예로, 가족중심, 강점중심, 지역사회중심, 조정 통합된 서비스의 지향 등을 강조하는 Systems of Care와 Wraparound approach)의 대두는 아동을 위한 정신보건서비스 체계를 근본적으로 바꾸는 패러다임의 전환이었으며, 기존의 서비스 전달 체계를 지역사회중심으로 변화시키는 데 기여하고 있다.

미국의 경우 연방재원, 장애교육법(IDEA) 지원 재정, 주의 특수교육 기금, 의료보호(Medicaid) 재원까지 아동의 정신보건서비스에 편성되어 있다. 아동의 정신건강 서비스를 위한 조직과 재정적 지원에서 큰 변화를 경험하고, 연방정부의 노력은 정신장애 아동과 가족을 위한 서비스 체계를 마련하는데 집중되는데, 이러한 노력은 주로 ① 서비스 접근성을 향상시키고, ② 주정부와 지역사회의 지도력과 재정적 지원을 증가시키고, ③ 서비스 제공자간의 협력관계를 증진시키고, ④ 모든 서비스 전달과정에 가족이 좀 더 적극적으로 참여할 수 있도록 하고, ⑤ 실천에 있어 문화적 민감성을 보장하는데 초점이 맞추어져 있다. 아동 정신보건목표를 달성하기 위해서 연방정부는 주정부, 지역사회, 가족서비스기관과 연구소에 보조금을 지원하고, 교육과 정보제공은 물론 서비스 체계에 대한 변화를 유도하였고, 이런 변화를 촉진시키기 위해 다양한 방법으로 주정부, 연방 기관 및 조직들과 협력하였다.

서비스전달의 원칙은 첫째, 시설 및 기관 간 연계화 협력, 둘째, 생애주기별 단계별 연계, 셋째, 문제의 유형 및 심각도별 접근, 넷째, 담당인력 간 연계와 협력 등이다. 미국의 Wraparound approach의 Wraparound 서비스 모델은 심각한 정서장애(SED)를 갖고 있는 아동과 가족을 위해 개발된

개입 전략 중 하나로 강점관점, 가족중심적 접근을 하면서 아동과 가족의 위한 개별화되고도 통합적인 서비스(사례관리)를 조직화하고 재정적으로 지원하는 사업모형이다. 서비스 전달에 있어 기관 간 협력과 조정을 통해 보호의 연속성과 책임성을 동시에 담보하는 기제로 호응을 얻고 있다. 또한 자원(인프라, 인력)의 관리를 위해 민간과 중앙정부가 아동·청소년 정신보건시범사업의 교육훈련, 운영체계 관리지원, 성과관리와 평가지원, 자료관리 등을 협업한다.

한편, 미국 정부의 보건 및 인간서비스 부서 산하의 정신건강관련 기관인 국립 정신건강 연구소(National Institute of Mental Health, NIMH), 국립알코올남용 및 중독연구소(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA), 물질남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), 국립약물남용연구소(National Institute on Drug Abuse, NIDA) 등에서 지역사회 및 학교중심의 아동·청소년 정신건강 프로그램을 추진하고 있다. 미국에서는 정신건강 문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 또는 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔고, 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강 서비스를 제공해 왔다. Expanded School Mental Health Program 사업은 모든 학생들에게 정신건강 평가와 치료서비스를 제공하며, 특히 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과 의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등의 참여하는 서비스를 제공해 오고 있다. 또한 의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 오고 있다.

Wraparound 프로그램은 지역사회 중심서비스로서 아동과 부모가 개별화된 서비스를 받도록 지원하는 프로그램이다. 학교, 성직자, 사업가, 부모, 이해관계자 등으로 위원회를 구성하여 자원 코디네이터가 수요를 분석하고, 계획서를 만들어 승인을 받고 추진하는 방식으로 운영된다(김수진, 2007). 미국의 교육부에서 추진하는 학교중심 보건사업으로는 보건과 건강, 환경보건, 체육프로그램(Health, Mental Health, Environmental Health, and Physical Education Program)이 있으며 정신보건의료체계와 학교를 통합적으로 운영하는 정책을 펴고 있다. 약물남용 및 폭력과 같은 정신건강 관련 문제 중심의 프로그램은 협력하여 추진할 수 있도록 지원하고 있다.

2) 호주

호주정부는 연방정부, 주정부, 지방정부의 3층 구조를 가지고 있고, 각각의 정부수준에서 보건과 복지서비스를 공급하고 있다. 연방정부는 건강, 교육, 지역사회분야의 아동·청소년 서비스를 지원한다. 주정부는 연방정부로부터 주정부 교부금의 형태로 충당된 재원을 바탕으로 병원, 공공건강센터, 학교, 아동서비스 등의 프로그램을 운영한다. 주정부는 연방정부 사무소인 센터링크(Centerlink) 등에 연결하여 연방정부 차원의 프로그램이 제공될 수 있도록 전달하는 기능을 하며 연방정부의 프로그램을 운영하지는 않는다.

표 IV-23 아동·청소년의 시기별 정신건강지원 인프라의 세팅과 인력

구분	지역사회	일차보건의료	이차보건의료	삼차보건의료
주산기	- 사회 복지 기관 (Centerlink) - 사회복지인력	- 일차보건의료기관 - 가족계획클리닉 - 의사, 심리학자, 보건인력	- 병의원외래 - 산부인과 의사, 심리 학자, 보건인력	- 성인 정신보건서비 스, 외래 및 입원서 비스 - 산부인과, 심리학자, 보건인력
0~5세	- 사회 복지 기관 (Centerlink) - 일차보건의료의사, 보건의료인력, 심리 상담사	- 지역사회보건센터, 아동관리센터 - 지역사회보건인력, 모자보건간호사, 심 리학자	- 병의원 외래서비스 - 소아과 의사, 간호사 및 보건의료인력, 심리 학자	- 입원 및 외래, 방문 서비스 - 정신과 의사, 심리학 자, 임상신경심리학 자, 보건의료인력
5~12세 아동	- 학교, Centerlink, 아동보호기관 - 교사, 사회복지인력 등	- 학교, 지역사회보건 의료서비스 - 학교간호사, 의사, 심리학자	- 병의원 외래서비스 - 소아과 의사, 심리학자	- 병의원 외래 - 정신과 의사, 심리학자, 간호사 등
13~25세 청소년	- 학교, Centerlink, 수사기관 - 교사, 사회복지인력	- 학교, 대학교, 지역 사회보건의료서비 스, 성보건기관 - 교사, 상담사, 간호 사, 의사	- 심리상담기관 - 심리학자	- 입원외래, 방문서비스 - 정신과 의사, 심리학자, 관련보건의료인력

* 출처: National Advisory Council on Mental Health(2011). Models of collaborative care for children and youth(0~25 years)

호주의 아동·청소년 정신건강문제는 17세 이하에서 15.4%가 정신장애(mental disorder)를 가지고 있는 것으로 보고되고 있다.²⁷⁾ 그러나 정신건강질환을 가진 청소년의 25%만이 정신보건서비스에 접근하고 있는 것으로 평가되고 있고, 증상의 시작과 도움을 받는 사이의 기간이 길다는 것이 문제로 제기되고 있다. 따라서 2011년에서 2012년의 정부정책에서 중점을 두는 것은 접근성 향상, 자살예방, 서비스향상 등이다. 주요 정책전략은 다음과 같다.

- 심각한 정신장애를 가진 사람에게 보다 나은 서비스 제공
- 일차 정신보건서비스의 강화
- 아동·청소년을 위한 예방과 조기개입 강화
- 정신질환을 가진 사람을 위한 고용과 사회적 참여 독려
- 정신보건서비스에서 질 개선, 신뢰성 제고

2011년 호주 정부(Department of Health and Aging)에서는 정신건강 증진을 위하여 아동·청소년을 위한 서비스에 491.7백만달러를 5년간 투자하기로 하였다. 이 예산은 Early Psychosis Prevention and Intervention Center 프로그램을 지원하게 되고, 매년 headspace center 90개소가 72,000여명의 아동·청소년을 지원하게 된다. Headspace center는 정신건강문제를 가진 아동·청소년을 위해 특화된 센터이며 정신건강문제와 약물남용문제를 지원하고 사회적 직업지원도 해준다.

마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 학교중심의 포괄적인 정신건강 증진 프로그램으로 세계보건기구의 건강증진학교 모델을 기초로 한 종합적인 건강증진모델에 그 기반을 두고 있는 사업이다. 마음의 문제 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 개발시켜서 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강 증진 프로그램을 제공하도록 추진되고 있다. 프로그램의 적용 대상은 모든 학생 및 교직원, 20~30%의 학교에서의 도움이 필요한 학생, 3~12%의 정신건강 개입이 필요한 학생 등으로 구분된다.

이 프로그램은 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하기 때문에 학교의 모든 교사가 학생 정신건강 증진사업에 참여하여 안전하고 지지적인 분위기와 학습 환경을 제공한다. 마음의 문제 프로그램의 접근대상은 네 가지 수준으로 개입대상이 구분된다. 네 가지 수준은 전체학교 공동체 영역과 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책 등이 해당되는데, 전체학교 공동체

27) 호주의 정신보건정책계획(National Mental Health Reform 2011-2012)

<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/nmhr11-12~nmhr11-12-challenges~earlyintervention>

영역에는 지역사회기관, 학부모, 학생 등이 포함된다. 이 프로그램의 목적은 학생들의 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결기술의 향상이며, 이러한 정신건강 교육과정은 정규적인 교육과정에 포함되어 수행되고 있다.

한편, 지역사회에서는 전문가의 평가와 치료가 필요한 학생을 대상으로 하여 의뢰된 학생의 치료를 지원하며 그들이 학생이 정상적인 학교생활을 할 수 있도록 돕는다. 호주 멜버른, 빅토리아 지역에서는 15~24세 청소년을 대상으로 하여 정신질환, 알코올 의존, 약물남용에 대한 조기발견, 조기개입, 담당자 교육을 하는 중재 기관을 운영 중에 있다. 이곳에서는 정신질환과 관련된 사람들에게 전화상담을 통해 평가와 조속한 개입을 실시할 수 있도록 지원해준다. 또한 프로그램운영과 인력교육, 환자의 평가와 연계 등을 담당하고, 상담과 치료는 지역사회의 자원을 활용한다(김윤 등, 2009).

3) 영국

영국인의 생애 정신질환 유병률은 약 25%이고, 생애 정신질환 증상의 경험은 약 16%이다.²⁸⁾ 15~16세 아동의 약 10%가 정신건강문제로 진단받는 것으로 보고되고 있다. 장기적인 정신질환을 가진 성인의 50%는 14세 이전에 증상이 나타나는 것으로 보고되었다. 정신건강문제를 가진 아동·청소년의 공통된 특성은 자해, 약물남용 등이다. 정신건강문제를 조기에 발견하여 조기치료 및 개입하는 것이 중요하다.

영국의 정신보건인프라는 전국민을 대상으로 한 정신건강 증진서비스 및 자살예방사업, 정신건강문제 및 정신질환의 조기발견을 위한 일차보건의료서비스, 지역정신보건서비스와 사회서비스, 입원서비스 등이 있고, 정신건강 서비스 제공 인력개선을 위한 사업이 있다. 한편, 영국 정부에서는 정신건강이 모든 건강요소의 기본임을 인식하고 아동의 정신건강 증진정책은 두 가지에 중점을 두고 있다. 첫째, 모자보건부터 영유아 정신건강 영역까지를 연결하여 서비스 개입영역으로 명시하고 있으며 주보호자(양육자)를 포함한 서비스 논의가 구체화 되어 있다. 둘째, 아동 청소년기의 발달과정과 정신보건서비스를 연결하여 제시하고 있으며, 특히 학교기반의 서비스, 다체계가 개입하는 통합서비스, 가족중심 서비스의 필요성을 강조하고 있다.

한편, 영국 정부는 1999년 10년의 정신보건개혁사업을 시작했다.²⁹⁾ 정신보건사업의 주요 핵심사업

28) <http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/mental-health/>, 2012년 자료

29) 10년간의 정신보건체계 리폼에 대한 리뷰(2007):

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074241

은 정신건강 증진(mental health promotion), 서비스에 대한 접근성강화(access to services), 일차 및 이차보건의료에서의 효과적인 모델적용(effective service models), 돌봄자 지원(carer support), 자살예방(suicide prevention) 등이다. 정신보건정책의 방향은 첫째, 정신질환자를 사회적으로 통합하여 관리하는 것, 둘째, 정신질환자의 사회적 일자리를 지원하기 위해 인지적인 요법에 초점을 둔 심리요법의 확대, 셋째, 소수민족을 위한 서비스 증대, 넷째, 지역사회에서 고위험자 및 정신질환자를 위한 예산증대 등이다. 그동안 정부에서는 전문적인 정신보건서비스에 연 15억파운드를 투자해왔다. 700개의 새로운 정신보건팀을 구성하여 가정방문서비스(home treatment), 조기개입 서비스(early intervention), 집중지원서비스(intensive support) 등을 제공했다. 10만명 이상의 사람들이 병원보다는 가정에 기반 한 서비스를 받았다. 대폭적인 인력보강을 통해서 상담심리학자 1,300명, 임상심리학자 2,700명, 정신보건간호사 10,000명 등의 증가가 있었다. 정부에서는 2015년까지 6,000명의 방문보건서비스인력을 증가할 계획이다. 최근에는 아동기 정신보건문제의 중요성을 감안하여 향후 3년간 심리요법 서비스증가에 22백만 파운드 투자계획을 세운 바 있다. 이 서비스는 학교 및 지역사회 아동집단에 대한 심리서비스로 공식적인 보건인프라와의 지역사회에서 심리학적 서비스를 제공하기 위한 것이다.

영국의 정신건강 증진프로그램은 Stepped-care approach로 정도 문제의 발견에서 중증 입원치료에 이르기까지 5단계에 따라 욕구에 따라 대응 자원을 투입하는 전략적 접근을 하고 있다. 또한 National Health Service를 기반으로 하는 영국의 정신건강 증진 정책은 조기에 정신건강 문제를 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있다. 만 5세 아동의 정신건강 문제를 조기 개입하는 부모대상 개입사업은 행동문제를 보이는 아동의 부모가 양육태도를 바꾸어 문제행동을 감소시킬 수 있게 하는 프로그램이며 비용효과적인 사업으로 평가되었다. 보건부 산하에서 실시되는 아동·청소년 정신건강 서비스(Children and Adolescent Mental Health Services, CAMHS)는 크게 일반적인 사업과 특성화된 사업으로 나뉘는데, 일반적인 정신건강 사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 하고 있고 특성화된 사업은 지속적인 관리가 필요한 청소년을 대상으로 보건과 사회적 서비스를 제공하게 된다.

서비스전달체계의 기반은 National Health Service에 있다. Department of Health, Schools and Families and the Criminal Justice System 등에 이 사업의 책임이 공유되어 있다. 서비스의 전달체계는 4가지 단계구조로 구성되어 있다. 첫째 단계는 일반적인 일차의료의 주치의, 방문보건인력, 교사, 청소년사업가 등에 의해 제공되는 서비스로서 전문적인 정신보건인력만으로 구성되어 있지 않다는 특성이 있다. 이 인력들은 일반적인 조언(advice)과 경증의 증상에 대한 치료나 요법을

제공하고, 정신건강 증진을 위한 서비스를 제공한다. 또한 정신질환의 조기발견을 위한 검사 등을 보조 및 지원하고 전문적인 정신보건인력에게 연계한다. 둘째 단계는 일차의료서비스에 해당하며, 일차정신보건의료 인력과 심리학자, 소아과 등의 인력이 아동과 가족에게 제공한다. 둘째 단계는 다학제적인 교류는 없는 단계이지만 각자의 전문영역에서 서비스를 제공한다. 이들 인력은 첫 번째 단계의 인력을 훈련하고 조언을 주는 역할도 하는데 이런 지원을 통해 서비스의 전달을 더 효율적이게 한다. 셋째 단계는 다학제적 팀에 의해 제공된다. 지역사회 정신보건클리닉, 아동정신보건의료외래서비스 등이 해당된다. 여기서는 중증의 복합적인 정신질환 및 장애를 다루고, 지속적인 정신과적 문제를 다룬다. 넷째 단계는 가장 심각한 정신과적 문제를 가진 아동·청소년을 위한 단계이다. 여기에는 주간보호시설, 전문화된 외래팀과 입원시설을 통한 서비스를 제공한다.

4) 소결

미국, 호주, 영국 등의 정신보건서비스는 각국의 정책 환경에 따라 다른 시스템을 가지고 있다. 공통적인 점은 고위험 또는 정신적 문제를 사전에 예방하기 위한 인프라를 갖추고 있다는 점이다. 영국과 호주의 경우는 정신건강문제를 조기에 발견하고 개입하기 위하여 주산기부터 생애주기에 걸쳐 관리할 수 있도록 인프라를 갖추고 있다는 것이 특징이다. 미국의 경우는 고위험 아동에 대하여 공공과 민간이 팀을 이루어 종합적인 접근을 한다는 점이 특징이다. 종합해 보면 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위해서는 생애에 걸친 종적인 지원을 해주는 인프라와 더불어 고위험 또는 문제가 있는 아동을 위한 횡적인 서비스체계를 갖추는 것이 바람직하다는 것을 알 수 있다. 또한 정신건강 증진을 지원하기 위하여 우선순위가 높은 문제의 해결을 위한 예산지원이 확대되고 있다는 점이 해외 선진국에서 배울 수 있는 시사점이라고 할 수 있다.

제 V 장

아동·청소년 정신건강 증진 우수사례 및 지원모형

1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례
2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례
3. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원
모형

제 V 장³⁰⁾ 아동·청소년 정신건강 증진 우수사례 및 지원모형

1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례

우리나라의 경우 아동·청소년의 정신건강과 관련되어 있는 정부부처는 크게 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부라고 할 수 있다. 앞장에서 고찰하였듯이, 아동·청소년의 정신건강 증진을 중점적인 사업으로 펼치고 있는 대표적인 서비스 전달체계로는 정신보건센터(보건복지부), Wee 프로젝트(교육과학기술부) 그리고 CYS-Net(여성가족부)이 있다. 이 세 기관은 전국적인 전달체계망이 구축되어 있으며, 각 해당 부처에서는 이 체계망을 통해 다양한 형태의 서비스 지원정책을 제공하고 있는 실정이다. 이에 본 연구에서는 지역규모에 따른 우수사례선발을 위의 세 기관을 중심으로 선별하여 제시하고자 한다.

1) 대도시 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례

(1) 정신보건센터 대도시 사례(동대문구정신보건센터)

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 여, 16세, 고1
- 경제상태: 월 100여만 원
- 병력: 주요우울증, 정신과 입원치료와 외래치료 진행 중이다.
- 가족관계

30) 이 장은 한국청소년상담복지개발원 연구진이 연구한 내용 중 일부를 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)이 요약 제시하였음

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
부	김00	45	중졸	동거	무직/노무직	알코올중독
모	이00	42	중졸	동거	식당일	-
언니	김00	17	고재	동거	학생	-

② 사례관리

○ 사례관리 과정(최초면접)

- 2012년 5월 과중한 수행평가, 가정형편의 어려움, 학업 스트레스로 인한 우울감으로 학교의 화장실에서 손목을 컷트 칼로 깊게 그어 자살시도를 하였다.
- 피를 흘리고 있는 모습을 교사가 발견하여, 119와 정신보건센터에 신고를 하여 응급실로 이송 되었고 즉시 김양의 부모님께 전화를 하여 김양의 상황을 알렸다.
- 당시 “아무 생각이 나지 않는다. 무섭다” 면서 혼란된 상태였다.
- 응급실에서 봉합수술을 받은 후 정신과 진료를 받은 결과, 우울증으로 즉시 치료와 안전이 확보되도록 입원이 필요하다는 결론이 나왔다.
- 당시 부모님은 가정형편이 어려워 정신과 치료비의 부담과 정신병원 입원에 대한 편견으로 치료에 대해 거부하였다.
- 정신보건센터의 전문요원의 2시간가량의 설득이 있었고, 이에 부모님은 김양의 정신과 입원치료에 동의하였고 정신보건센터에서는 입원치료비를 지원하여 A양이 우울증 치료와 함께 사례관리를 통해 자살로부터 안전해질 수 있도록 하였다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 아버지의 술 문제, 경제적 형편의 어려움, 지하 단칸방에서 거주, 어머니의 과도한 노동으로 아이들을 양육하는데 상당한 어려움이 있었다.
- 생계의 어려움으로 아이의 치료에 대한 적극성이 부족, 부부관계 갈등이 심화되었다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 단기간의 입원치료 후 외래 치료 서비스 지원
- 약제비 지원
- 멘토링 서비스 지원
- 월 2회 정신보건전문요원 상담(학교생활, 심리적 문제, 정서적 변화, 가족 갈등에 대한 내용)
- 부모교육-양육 방법 교육, 청소년기 정신건강관리

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
** 고등학교	대상자의 학교 및 교우 관계 관리
** 주민센터	대상자 가정의 사회보장에 대한 도움
** 청소년 수련관, 복지관	멘토링 서비스 지원

④ 결과(성과 및 결과)

○ 성과

- 응급개입을 통해 안전성 확보에 노력하였다.
- 부모교육 및 상담으로 대상자의 질환과 치료에 대한 정보 제공
- 멘토링 서비스를 통해 정서관리 지원하였다.
- 대상자 직접상담을 통해 학교생활, 질환관리와 치료에 대한 교육으로 대상자 스스로가 자기관리를 위해 노력하게 하고 문제 발생 시 도움을 요청하는 데 주저하지 않도록 하였다.

○ 평가

- 지속적 사례관리가 현실적으로 어려웠고, 근본적인 가정문제, 경제문제를 해결해줄 대책이 없었으며 사례관리의 한계가 모호하였다.
- 자원연계의 한계, 청소년수련관, 복지관이 있지만 단편적인 서비스에 불과하였다. 상담서비스도 몇 차례 제공 후 종결하는 상황이었으며, 정신보건센터의 인력으로는 지속성을 유지하기 어려웠다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

○ 중증정신질환자 관리 사업

- 사례 발굴, 위기 개입, 사례관리, 재활프로그램, 가족지원서비스

○ 아동·청소년 정신건강사업

- 조기검진, 심층사정평가, 사례관리, 멘토링프로그램, 부모 교육, 학교교육, 지역사회 간담회 및 네트워크 구축

○ 우울 및 자살예방사업

- 자살시도자 사후관리서비스, 우울증 조기검진 및 심층사정평가, 교육, 캠페인, 자원네트워크 구축

(2) Wee 센터 대도시 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 남, 8세, 초등1
- 경제상태: 월수입 150만원 내외
- 병력: 주의력결핍과잉행동장애로 인근 소아청소년과에서 약물치료
- 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
모	김00	36	고졸	동거	콜센터/상담업무	-
동거남	이00	43	고졸	동거	집수리	-

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 대상자는 생부에 대한 기억이 별로 없다. 대상자는 계부와 모가 교제하며 가정을 이루는 과정에서 방임 되었을 가능성이 크다. 유치원 시절 대상자가 상담을 권유받았던 시기와 모가 계부와 사업을 시작하며 대상자를 제대로 돌보지 못했다는 시기가 일치하였던 점은 시사하는 바가 크다. 모가 계부의 집으로 들어가서 눈칫밥을 먹고 시부와 모, 계부와 모 사이의 미묘한 갈등 속에서 대상자는 정서적으로 몹시 불안하고 쫓겨나거나 버림받을 지도 모른다는 두려움이 있었을 것으로 사료된다.
 - 대상자의 모는 경제적으로 무능력하고 외도했던 전남편과 아이가 15개월 때 이혼하였다. 현재 남편과 2008년에 만나서 12월에 현재 남편의 부모님댁으로 들어갔다. 계부가 내담자의 실수를 봐주지 않고 무섭게 혼을 내는 편이어서 아이에게는 계부가 무서움의 대상이다.
 - 내 젖을 먹으려고 하는 행동도 많이 한다. 버림을 받을지도 모른다는 생각이 많고 주변에서 거절을 하면 ‘나를 버린다. 나를 배신한다.’ 라고 생각하는 것 같다. 인정받고 싶어 하고 잘 보이고 싶어 하는 부분이 많다.
 - 2008년 5월부터 9월까지 약 4-5개월 동안 밤에 늦게 들어갔고 그때 나의 경고성 발언도 많이 했다. ‘고아원을 보내겠다’ (그런 이야기를 하시게 된 이유는?) 학교에서 연락이 자주 와서 극약처방을 한 것이다. 아이가 거짓말을 자주 한다. 머리는 좋은 것 같으나 받아쓰기에서 100점을 받고 싶어서 선생님이 잘못 채점했다는 식의 거짓말을 하는 등 피해의식이 있다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 한부모 가정으로 대상자의 모는 2008년 이후부터 7세 연상의 동거남과 함께 거주하고 있다. 동거남과는 사실혼 관계이긴 하지만 법적 부부가 아님으로 해서 불안해하고 있다.
- 경제적으로 크게 어려움을 겪는 상황은 아니지만 모가 친정부모의 병원비를 지원하고 있어서 여유롭게 생활하지 못하고 있다.

○ 주요 문제

- 과잉행동을 보이고 집중력이 부족하다.
- 거짓말을 잘하고 어른들에게 버릇없이 굴며 화가 나면 통제 불능의 행동을 보였다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 대상자 놀이치료
- 대상자, 모 부모상담
- 개인상담
- 부모교육

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
서울특별시 Wee 센터	대상자 놀이치료(16회기), 대상자 모 부모상담(13회기) 및 개인상담(11회기), 부모교육
소아청소년정신과	대상자 및 모 심리검사 실시, 심리평가 및 약물치료, 뉴로피드백

④ 결과(성과 및 결과)

- 대상자는 전형적인 주의력결핍과잉행동장애아로서 약물치료 이후 주의력결핍과잉행동 증상이 호전되어 학교에서도 급우들에게 인기가 있고 학업집중력 및 학업성적도 향상되었다.
- 모는 대상자의 증상이 단순한 기질적인 문제가 아닌 양육과정 속에서의 방임이 영향을 미쳤을 수도 있음을 알게 되어 대상자에게 보다 따뜻하고 지지적인 양육환경을 마련해 주었다.
- 이에 따라 대상자도 증상이 호전되었으며 모도 불안한 관계 속에 있었던 동거남과 재혼에 성공하게 되었다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 놀이치료, 모래놀이치료, 미술치료

- 개인면접상담 및 정신과 전문의 1:1 상담
- 종합심리검사
- 집단상담
- 학부모교육 및 전문상담인력 연수
- 특별교육

(3) CYS-Net 대도시 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 여, 17세, 고1
- 경제상태: 미확인(위기개입 사례임)
- 병력: 미확인(위기개입 사례임)
- 가족관계: 미확인(위기개입 사례임)

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - #1388을 이용하여 문자상담 중이던 청소년을 통해 자살계획을 구체적으로 세우고 있는 친구에 대한 정보(이름, 휴대폰 번호) 입수하였다.
 - #1388상담원이 경기도1388에 연계지원 요청하여 본 센터에서 위기 개입하였다.
 - 자살위험 청소년과 접촉하기 위해 경기지방경찰청(여성·청소년계)에 가능한 지원 사항(범죄관련 상황이 아닌 경우 위치추적이 불가하고 절차가 복잡함/자살관련 사안은 소방서측에서 위치추적 가능) 확인, 파주시 경찰서에서 적극 협조할 수 있도록 지원 요청하였다.
 - 경기도소방재난본부에 가능한 지원사항(자살사안의 경우 위치추적이 가능하나 야산이나 바닷가, 다리 등이 아닌 주민 밀집지역의 경우 구조가 어려울 수 있음) 확인, 파주시 소방서에서 적극 협조할 수 있도록 지원 요청하였다.
 - 경기도소방재난본부에서 연계해준 파주시 소방서를 통하여 자살위험 청소년의 위치 추적. 현재 파주시 금촌동에 위치하고 있는 것으로 파악. 필요시 지원요청 하겠다고 하였다.
 - 경기지방경찰청에서 연계해준 파주시 경찰서를 통하여 파주시 금촌동에 거주하는 고등학생(여), 동명인 조회. 이후 휴대폰 명의추적으로 자살위험 청소년의 보호자 연락처 파악하고 상담자가 연락하기 전 보호자와 사전통화 하였다.

- 상담자가 보호자와 통화하여 내담자 안전 및 위기상황 파악. 추후 지원 사항 논의. 사후 관리(확인) 및 정보제공을 하였다.
- 가족사항 및 가정환경
 - 미확인(위기개입 사례임)
- 주요 문제
 - 구체적인 자살 계획을 갖고 있었다.
 - 성적 비관, 피해의식(또는 따돌림), 학교(또래) 부적응, 의사소통 문제, 문제해결능력 부족, 가족의 무관심, 학습 방식 및 진로 혼란이 있었다.
- 사례에 제공되었던 서비스 내용
 - 기관연계를 통한 위기개입
 - 전화상담

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
#1388	-최초 사례의뢰. 자살위험 청소년의 이름 및 휴대폰번호와 함께 사례 개입 요청
경기지방경찰청 여성청소년계	-이름과 휴대폰 번호만으로 경찰 측에서 지원 가능한 서비스 내용 확인 -파주시 경찰서 연계협조 지원
경기도소방재난본부	-이름과 휴대전화번호만으로 소방서 측에서 지원 가능한 서비스 내용 확인 -파주시 소방서 연계협조 지원
파주시 경찰서	-휴대폰 위치추적 결과 확인된 파주시 금촌동 관내 동명인 조회 -휴대폰 명의추적으로 보호자 연락처 파악, 보호자 사전 연락
파주시 소방서	-휴대폰 위치추적(개입 대상자가 파주시 금촌동에 위치하고 있는 것으로 확인) -지원대기

④ 결과(성과 및 결과)

- 성과
 - 위기청소년 개입의 관문역할을 담당하는 #1388과 청소년전화 1388을 통하여 최초 사례개입이 시작되었다.
 - 이후 지역사회 CYS-Net 연계망을 통하여 가용 자원 간 연계로 이루어진 서비스 개입한 사례이다.

- 각 기관별 가능한 서비스 범위가 상이하여, 기관별 강점을 활용한 연계를 통하여 사례개입이 이루어질 수 있었다.
- 이 모든 과정에서 청소년상담복지센터가 허브역할을 담당하였다.

○ 평가

- 자살위기 상황에서 제한된 정보(이름, 휴대폰번호)를 활용하여 위기에 처한 청소년을 지원할 수 있는 절차를 사전에 알고 있었다면 좀 더 빠르고 정확한 개입이 가능했을 것으로 보인다.
- 파주시 경찰서에 지역 내 동명인 검색 및 보호자 명의추적을 지원하였으나, 위기 개입 매뉴얼에 따른 것이 아닌 순간적인 기지를 발휘한 것이었고, 또한 의뢰한 상담자가 긴박감을 조성하여 좀 더 빠른 개입이 이루어진 것으로 사료되며, 또 다시 같은 상황에서 경찰 측에서 유사한 지원을 빠르게 진행시켜줄 수 있을지에 대해서는 예측하기 어렵다.
- 개입 마무리 단계에서, 결국 경찰 측이나 청소년상담복지센터 측에서 아무도 출동하지 않았다. 개입 절차가 매뉴얼화 된다면 내담자 측 요구와 상관없이 직접 출동하여 좀 더 직접적인 개입이 이루어질 수 있었으면 하는 아쉬움이 남았다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 개인, 집단, 전화, 사이버 등 각종 위기상담 및 심리검사
- 학교폭력 예방사업(117학교폭력신고센터 상담원 파견, 가족관계 개선사업, 또래상담사업)
- 학업중단 청소년지원사업(학업중단 숙려제도, 복지지원 및 사례관리)
- 심리적 외상(청소년자살 등) 긴급지원 사업
- CYS-Net 연계사업
- 도내 CYS-Net 및 청소년상담복지센터 대상 직무연수
- 긴급구조, 일시보호 및 아웃리치
- 프로그램 개발 및 보급
- 위기청소년 실태조사
- 놀이치료실 운영(의정부)
- 부모교육(교육, 집단)
- 다문화청소년 지원사업
- 인터넷중독 사업
- 청소년 자립지원사업(두드림 존 등)

2) 중소도시 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례

(1) 정신보건센터 중소도시 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 남, 8세, 초등1
- 경제상태: 월수입 400만원
- 병력: ADHD(병원치료 기록: 심리검사 및 약물치료)
- 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
부	박00	37	전문대졸	0	통신사	-
모	우00	34	전문대졸	0	경리	-
고모	박00	32	고졸	0	무	-
형	박00	11	초등재학	0	-	-
여동생	박00	6	어린이집	0	-	-

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 학교 정신건강검진에서 1차 소견에 정서 행동의 문제가 있는 유소견자로 분류되어 본 기관으로 의뢰된 대상자로 부모의 심층사정평가와 상담을 통해 아이가 ADHD로 의심되어 부모님께 병원치료를 권유하였으나 부모님의 강력한 거부로 치료는 참여하지 않아 부모님의 심각성을 인지시키기 위해 아동집단 프로그램에 참석하여 관찰 후 추후 결정기로 하였다.
 - 아동이 집단 프로그램을 참여하면서 문제점을 알고 병원 연계하여 치료 받으면서 꾸준히 센터내 사회성향상 프로그램에 참여하였다. 아동이 증상이 감소되고 학교 내에서도 문제를 일으키는 횟수가 감소하였다.
 - 집단 프로그램 종료 후 개별 멘토를 연계하여 아동의 사례관리를 지속하였으며 개별 미술치료를 받을 수 있도록 지역자원 연계하였다.
- 가족사항 및 가정환경
 - 부모와 형 그리고 여동생, 고모와 함께 동거하고 있다.
 - 부부가 일을 하여 경제력을 유지하며 어린 아이는 동거하는 고모가 와서 낮 동안 보살핌을 받았다.

- 부부간의 금슬이 좋으며 부모 모두 양육에 관심이 있으며 협조적이었다.

○ 주요 문제

- 부모는 아이의 심각성(산만함, 주의집중 못함, 충동성 등)을 인지하지 못하고 병원치료에 대한 거부감이 있다.
- 담임선생님의 말에 의하면 ‘본 아동 때문에 출근이 싫다’ 라고 표현할 정도로 아이가 산만하고 말도 듣지 않으며 친구들과의 잦은 다툼 등으로 ‘너무도 다루기 힘든 아이’ 라고 표현하였다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 부모 상담 및 교육
- 선생님 상담 및 교육
- 집중력 향상, 사회성 향상 프로그램
- 의료기관 연계 서비스
- 개별 멘토 연계

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
아동·청소년 정신과의원	심리검사 및 약물치료
바우처 제공기관 연계	미술치료 받음
학교	담임선생님 상담 및 교육

④ 결과(성과 및 결과)

○ 성과

- 또래 관계가 원만해졌다.
- 사회성 증진 및 집중력 향상(수업에 집중하며 아이들과 원만하게 어울리는 모습 보였다. 다소 과격한 모습이 있을 때도 있으나 과거에 비해 현저히 감소하였다.)
- 부모의 상담 및 교육을 통한 양육 부담감 감소하였다.
- 담임선생님: 출근이 즐겁다. 아동이 활발한 모습으로 변하고 이제 말을 듣기 시작했다.

○ 평가

- 학교 부적응을 초래해 추후 반항장애로의 전환을 막고 치료 환경으로의 접근을 용이하게 하였다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 등록 대상자: 사례관리 지원(방문/ 상담/ 부모 교육/ 의료비 지원/ 정보 제공/ 집단 프로그램/ 연계 등)
- 상담 서비스(일반인 대상자)
- 교육 서비스(지역주민/ 학교(교사, 부모, 학생))
- 방문 서비스(상담 및 위기 개입 등)
- 의료비 지원

(2) Wee 센터 중소도시 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 여, 11세, 초등4
- 경제상태: 소득수준 하, 급식비 지원
- 병력: 없음
- 가족관계

관계	이름(가명)	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
조모	배00	66		동거		
부	김00	39	대 중퇴	동거	관리기사	
모	이00	29	고 중퇴	동거	주부	
본인	김**	11	초 재학	동거	학생	
동생	김00	9	초 재학	동거	학생	
동생	김00	7	유치원생	동거	유치원생	
삼촌	김00	33	고 중퇴	동거	자영업	
사촌	김00	16	중 재학	동거	학생	
사촌	김00	14	중 재학	동거	학생	
사촌	김00	11	초 재학	동거	학생	

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 학교에서 의뢰된 case로 초기면접하기까지 오랜 시간이 걸렸다(약 1달). 한 달 동안 전화로 어머니와 약속을 잡고 미루는 과정을 겪었다. 상담시간을 잊어버리시거나 상담에 갈 상황이

되지 못한다며 계속해서 연기시켰다. 더 이상 상담을 미루신다면 센터규정상(3번 결석 시 종결처리) 상담접수 취소로 된다고 말씀드리자 꼭 오겠다고 했다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 내담자는 할머니와 부모님, 동생 2명, 삼촌, 사촌 3명과 함께 한 집에서 생활하고 있다. 생활 형편은 넉넉지 못하고 부와 삼촌이 생활비를 부담하고 있다.

○ 주요 문제

- 학교에서 말을 안 한다는 이유로 담임선생님께서 상담에 의뢰하였다.
- 유치원은 7살 때 처음으로 다녔는데, 유치원 시절에도 말이 없었다고 한다.
- 유치원이나 학교에서는 이야기를 안 하지만 집에서는 이야기를 잘 한다.
- 학교에서 선생님이 묻는 말에만 겨우 대답하는 정도고, 친구들과는 말은 안하고 함께 놀이(술래잡기 등)는 한다고 보고되었다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- Wee 센터 개인 상담을 5회 진행한 후에 Wee 센터 내에서 제공되는 모래놀이치료로 연계되었다.
- 모래놀이치료를 받는 동시에 대학생 멘토링도 참여하였다(멘토링은 약 2개월 동안 진행되었으며 9/6 종결).

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
온세병원(아동·청소년정신과)	종합심리검사, 약물치료
유일클리닉(아동·청소년정신과)	ADHD전문, 약물치료, 학습클리닉
행복한 길 정신과(아동·청소년정신과)	종합심리검사, 약물치료
예원소아정신과의원	아동심리치료, 약물치료
국제발달심리학습센터	언어치료, 놀이치료
김혜경언어심리상담센터	언어치료, 놀이치료
맘사랑아동가족상담센터	놀이치료, 학습치료
한점미소	미술치료, 놀이치료

④ 결과(성과 및 결과)

- 초반에 상담실에 와서도 상담자와 말을 하기를 꺼려하고 계속 웃거나 고개를 끄덕이는 행동으로

의사표현을 하였으나, 현재(9월 5일 경)는 상담자를 보면 먼저 손을 잡고 스킨십을 하며 말을 걸고 대화를 시도하였다.

- 가정장면 이외의 장면에서 자신의 생각이나 감정을 솔직하게 표현하지 못하고 위축되어 다른 사람을 대하는 것에 대하여 불안감을 나타내는 모습을 벗고 잘 적응할 수 있도록 상담 진행 중이다(현재까지 모래놀이치료 진행 중).

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 개인상담 서비스
- 맞춤형 상담지원서비스(예, 학교폭력발생시, 왕따 문제시)
- 학부모 교육지원서비스
- 모래놀이치료를 통한 상담후 추수지도 서비스
- 대학생 멘토링을 통한 진로지원 서비스

(3) CYS-Net 중소도시 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 여, 17세, 초등3 학업중단
- 주소: 경남 창원시 마산합포구 진동면 교동리 750번지
- 경제상태: 300만 원가량, 생활비부담자(모, 계부)
- 병력: 무
- 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
모	정00	42	대졸	○	식당인부	무
계부	김00	41	대졸	○	어선인부	무
여동생	황00	14	중졸(검정고시)	○	무	무
이복남동생	김00	9	초재	○	무	무
이복여동생	김00	8	초재	○	무	무
외조부모				○	무	무

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 본인이 직접 1388청소년전화(경남청소년종합지원본부)로 도움을 요청해 경남아동보호전문기

관에 아동학대 신고 및 마산청소년종합지원센터 청소년동반자에 의뢰되었다.

- 본인의 신고가 모에게 알려질까 봐 비밀로 한 채 계부모의 밑반찬을 갖다 주러 온다는 핑계로 마산청소년종합지원센터로 방문하여 상담하였다. 매우 긴장되어 보이지만 차분하게 자신의 상황과 생각을 이야기하였다. 위기스크리닝 결과 개인영역에서 불안과 우울이 매우 높고 가정영역에서의 어려움이 많았다. 신고를 했음에도 불구하고 별다른 변화도 없는 상황과 자신이 신고했다는 것을 가족들이 알게 될까봐 몹시 두려워하였다. 1388로 신고 후 1주일 정도 경과한 뒤 밤에 갑작스런 공포심과 불안감, 소름 돋는 무서움이 엄습했고 정신을 차려보니 자신이 칼을 들고 손목을 그으려고 하는 상황이었다고 했다. 깊은 상처는 아니지만 손목에 상처가 나 있다. HTP 실시. 대상자의 심리적 불안감 및 소망이 엇보였다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 친부(49세): 6세까지 얼핏 기억이 난다. 연락은 두절된 상황으로 ‘생물학적 아버지’라 칭하였다.
- 모(42세): 대학까지 졸업하고 미술학원(공부방 성격도 있는)도 운영할 정도였다고 한다. 똑똑한 분이고 아는 것이 많다. 계부와 살고 있는 모를 이해하지 못하겠다고 하였다(엄마가 계부를 더 사랑하는 것 같음). 집에서는 대상자와 가장 많은 얘기를 하지만 대화의 내용은 내담자가 모의 얘기를 들어주는 것이 대부분이다. 모와 계부의 귀가시간만 되면 늘 불안하고 답답해하고 있다.
- 계부(41세): ‘새아빠’라 부른다. 동아대 야구부로 대학은 졸업한 것으로 알고 있다. 거짓말을 너무 잘해 모든 이들이 다 속을 정도이다. 현재 배를 타며 홍합을 따는 인부로 일한다고 한다.
- 친동생(14세): 학교를 다닌 경험이 없고, 산만. 끈기도 없고 집중력도 부족해 보인다. 자신감도 없고 걱정이 된다고 한다. 내담자에게 의존하고 있다고 보고되었다. 지능에 장애가 있는 건 아닌데 학습에도 문제가 있고 대인관계도 어려워하고 있다. 동생 중 가장 걱정이 되고 있다. 주민등록이 말소된 상태이다.
- 이복남동생(9세): 출생신고하지 않은 상태. 계부에게 제일 많이 맞아서 불쌍하게 생각하고 있다.
- 이복여동생(8세): 출생신고하지 않은 상태. 똑똑하고 애교가 많아 가장 귀여움을 받았다. 내담자가 이복동생들의 공부를 봐주고 있는데 곧잘 따라 한다.

- 외조부모: 경제력이 없고 내담자 가족과 함께 월세의 집에서 함께 생활하고 있다. 이복동생들 때문에 계부를 내치지는 못하고, 적극적으로 신고(출생신고 및 학교 보내는 문제 등)하려는 시도는 있었지만 그때마다 계부의 제지가 있었다고 한다.
- 계부의 모: 절에 살다가 1년 동안(13살 경) 함께 지냈다. 1년여 동안 모든 가족들이 매일 전쟁처럼 지냈다. 참다못해 외조부가 아파트를 구해주었다. 고마움도 느낄 줄 모르며 지냈었다. 무슨 일인지 모르지만 빚을 저 아파트도 팔아버리고 현재 마산소재 모텔에서 3년 정도 지내게 되었고, 대상자가 주1회 정도 음식을 가져다주었다.

○ 주요 문제

- 초3 이후 모와 계부에 의해 학업중단을 한 후 가사일과 동생 돌보는 일을 하며 사회적으로 고립되어 지냈다. 우울과 불안이 높고 자살사고 및 자살시도가 있었다. 자기학대가 심하며 사회적 소외감이 높다. 자신의 상황에 대한 두려움을 갖고 있으며 무기력하다. 대상자와 여동생의 주민등록이 말소된 상태이며, 이복동생들은 출생신고조차 되지 않았다.

○ 사례에 제공되었던 서비스 내용

- 개인영역: 자살위기관리/인지치료/검정고시준비 정보 및 준비 돕기/의사소통훈련/정서적지지
- 가정영역: 자살위험에 대한 가족들의 인지 및 도움요청/대상자 주민등록 되살리기 및 동생들의 출생신고/가사일 및 동생들 돌봄에 대한 부담감 줄이기/모의 부모교육 및 정서적지지
- 지역사회영역: 면사무소 사회복지담당자 연계/지역아동센터 연계/학업멘토지원단 연계/아동 보호전문기관 연계/청소년지원시설 협조요청

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
느티나무 지역아동센터	대상자와 형제들에 대한 학업지원(검정고시 및 수능준비), 특기교육(피아노, 미술)지원, 급식지원
진동면사무소	주민등록 복원 및 이복형제들의 출생신고에 대한 개입, 경제적 지원
경남아동보호전문기관	대상자와 형제들에 대한 방임 (학습권 및 여가권, 사회성 발달의 기회 박탈)에 대한 개입
청소년지원시설 로မ်의 집	가정에서 분리될 상황이 발생 시 협력 약속
마산1388청소년지원단 학업멘토지원단	학업 및 정서적 지원
마산청소년종합지원센터	청소년동반자 프로그램, 문화체험활동

④ 결과(성과 및 결과)

- 개인영역: 자살사고에서 완전히 벗어나고 우울과 불안이 감소하였으며, 모와의 갈등 완화됨. 초졸, 중졸, 고졸 검정고시를 매우 우수한 성적으로 합격하였다. 현재 수능을 준비 중이다.
- 가정영역: 대상자와 여동생의 주민등록을 되살렸다. 여동생의 초졸, 중졸 검정고시 합격(2013년 고입 예정)하였다. 이복동생들의 출생신고 및 초등학교 입학하였다. 외조부모 수급자 신청 되었다. 가사일과 동생들 돌봄에서의 부담감 줄어들었다. 모의 의식변화. 대상자의 자살위험에 대해 가족들이 인지하고 있다.
- 지역사회영역: 지역아동센터를 통한 학습 및 특기교육 지원, 급식지원이 현재까지 이루어지고 있고, 지역아동센터에서 주변 종합학원을 연계해 수능준비에 필요한 학업지원을 하고 있다. 1388청소년지원단- 학업멘토의 지속적인 학습 및 정서적 지원이 이루어지고 있다. 관할 주민자치 센터의 가정에 대한 지속적인 관심과 경제적, 행정적 지원을 함. 청소년동반자의 지속적인 전화 상담과 대면상담, 문화체험활동 연계를 하며 사후관리 진행하고 있다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 상담사업: 개인상담, 집단상담, 심리검사, 찾아가는 상담
- 교육사업: 지도자양성과정, 학생상담자원봉사자교육, 부모교육, 상담자원봉사자 양성
- 활동사업: 1388청소년아웃리치, 청소년수련활동인증프로그램, 청소년자원봉사자
- 청소년동반자사업
- 학교폭력상담사 배치지원사업
- 지역사회청소년통합지원체계
- * 2012년 중점사업: 자살예방교육

(지도자양성과정 및 자살예방프로그램, 자살위기청소년 개인상담 프로그램 운영)

3) 읍면 지역의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례

(1) 정신보건센터 읍면지역 사례 I

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 남, 9세, 초등2
- 경제상태: 미확인

○ 병력: ADHD, 우울

○ 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
본인	김**	9	초2	-	-	ADHD, 우울
부	김00	38	고졸	동거	자동차중고매매	-
모	박00	38	고졸	동거	주부	-
누나	김00	11	초4	동거	학생	-
남동생	김00	5	-	동거	-	-

② 사례관리

○ 사례관리 과정(최초면접)

- 대상자는 초등학교 2학년 재학 중인 남자 아동으로, 2011년 1학년 당시 어린이 정신건강검진 결과 임상범위 분류(K-ARS 27점, CPSQ 14점)되어 내소 상담 진행하게 되었다. 대상자는 센터 방문 시 어머니에게 여기저기 산만하게 돌아다니는 것에 대해 꾸중을 들으면서 들어왔다. 꾸중을 하는 어머니의 말은 듣지 않고 센터를 둘러보는 모습을 보였다.
- 대상자의 어머니에 따르면 대상자는 수업시간 40분 동안 자세 항상 바르지 않으며, 돌아다니지는 않지만 가만히 앉아 있지 못한다고 한다. 발표를 하거나 나서지는 못하지만 튀는 행동을 자주 한다고 한다. 준비물도 어머니가 챙겨주어도 무조건 가져오지 않았다고 이야기하며 담임선생님은 ‘대상자가 늘 조금씩 부족하다’ 라고 말했다고 한다.
- 6세 때부터 한글공부를 시작하였는데 아직 읽는 수준이 6~7세 수준이며, 예습을 하고 가지 않으면 받아쓰기 모두 틀려오고 공부를 해도 긴 문장은 30~40점 받아온다고 한다. 집에서 집중해서 공부하는 시간은 3분 정도 밖에 되지 않는다고 한다.
- 당시 CBCL6-18 검사 결과 「내재화척도 68(불안/우울 70), 외현화척도 83(규칙위반 69, 공격행동 80), 총문제행동척도 82 (사고문제 72, 주의집중문제 75, 기타문제 71)」 임상범위로 정확한 진단 및 치료를 위해 진료지원을 의뢰하였다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 부: 가정적이고 다정다감하나 게임과 술을 좋아하여 아내와 다투는 편이다.
- 모: 활발한 성격. 힘든 일이나 걱정을 표현하지 못하고 속 앓이를 하는 편. 우울증으로 약복용하고 있다.

- 누나: 성적 및 학교생활 매우 좋음. 집의 분위기가 ADHD인 남동생에게 우선권이 주어지고 중심에 있다 보니, 자신이 소외되는 것 같은 느낌이 자주 든다고 한다. 자신과 모의 단둘만의 시간을 갖길 바란다.
- 남동생: 나이에 비해 똑똑한 편이며, 산만하지 않았으나 형과 함께 어울리다보니 형의 행동을 따라하는 경향이 많이 있다.

○ 주요 문제

- 지능의 문제
- 산만함 및 충동성으로 인한 잦은 실수
- 우울감 및 불안감

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 사례관리
- ADHD 대상아동 또래관계집단프로그램

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
나래울복합복지타운	난타 프로그램
바우처	미술치료
행복한우리동네의원	음악치료(집단)

④ 결과(성과 및 결과)

- 현재 1년 동안 콘써타 18mg 복용 유지하고 있으며, 우울감과 불안 감소 위하여 우울증 약 함께 복용하고 있다.
- 지속적 사례관리, 집단프로그램, 약물치료 및 음악치료 등 유지하면서 정서행동문제는 많이 감소하였으며, 약 복용 후 식욕이 감소하여 식사량이 줄어든 것 외에 두통이나 복통을 호소하거나 잠을 많이 자는 등의 부작용은 보이지 않고 있다. 방학 때 잠시 약을 중단하려 하였으나 1~2번 약을 거른 날 보호자(어머니)가 감당하기 어려울 만큼 산만함 두드러져 약을 지속적으로 복용해야 할 것 같다고 이야기한다.
- 보호자가 사례관리자에 대해 호의적이며, 대상자의 질병에 대한 부모교육 꾸준히 실시하여 insight를 형성하고, 아동 양육방법에 대해 지지하고 있다. 사례관리 지속할 예정이다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 정신건강 선별검사
- 아동·청소년 정신건강 일반상담
- 조기정신증 관리
- 등록회원 사례관리(가정방문, 전화, 내소, 지역방문 등) 및 치료비지원, 의뢰 및 연계
- 집단프로그램
- 대상별 교육 및 강좌(학생-정신건강교육, 자살예방교육, 부모, 교사, 일반 시민 등)
- 연계간담회
- 아동·청소년 정신건강 캠페인

(2) 정신보건센터 읍면지역 사례 II

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 남, 12세, 초등5
- 경제상태: 기초생활 수급자로 모친과 합해 64만원
- 병력: ADHD, 정서적인 문제
 - 2010년 1,4학년 전수조사에서 스크리닝 된 대상
 - 폭력적이고 수업에 방해 심해서 개입
 - 병원치료 기록
- 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
모	김00	46	대졸	동거	무직	조현병
조모	소00	73	무학	동거	전업주부	-
조부	김00	77	대졸	요양원	전직목사	통풍으로 입소
삼촌1	김00	48	대졸	-	무직	-
삼촌2	김00	42	대중퇴	-	무직	조현병

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 2010년 전수조사에 나와 8월 개입
 - 학교에서 친구를 향해 책상, 의자 집어던지려는 행동, 갑작스런 분노발작행위, 수업 방해

및 학업능력 저조하다.

- 당시 모친 5년 넘게 입원 중이었고 큰삼촌은 외지에 작은삼촌은 입원 중으로 조부모와 생활하고 있었다.
- 미혼모 자녀로 원치 않았던 손자로 할아버지한테 부당하게 폭언과 폭력에 시달리고 있는 상태였다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 외조부(77세, 전직 목사, 대졸): 가부장적이고 독선적이다. 감정의 기복이 심하고 타인을 배려하지 않는다. 아동에게도 할 말과 하지 말아야 할 말을 구별하지 않고 자신의 체면에 자녀들의 이혼과 정신병 발병 등의 일을 객관적으로 받아들이지 못했고 그 책임을 부인에게 전가한다. 현재는 장기요양기관에 입소 중이다.
- 외조모(73세, 무학): 실제 아동을 양육하고 돌보는 주체이다. 70대 초반의 독실한 기독교인으로, 아동을 직접적으로 지지하고 돌보는 상황이다. 당뇨 등의 건강문제로 아이를 늦게까지 돌봐줘야 하는 부분에 대해 많이 부담스러워 한다. 아동의 이유를 알 수 없는 분노행동에 대해 염려하고 서비스로 연결될 때까지 자신의 양육태도 등이 문제인 것 같다고 많이 좌절한다.
- 큰 이모 (대졸, 40대 후반): 한국에서 대학 졸업 후 결혼했으나 이혼하고 아버지의 간섭을 피해 미국으로 이민하였다. 대상아동의 입양을 반대하였고, 미국으로 데려가려고 했으나 계획대로 되지 않았다. 아직도 미국으로 데려갈 계획이 있고 자주 선물과 전화로 소통하고 있다.
- 큰외삼촌(대졸, 일용직): 미혼, 건축 관련 일을 하고 사업을 하다가 망해서 집에 있었으나 아버지와 갈등으로 집을 나갔다. 아직도 일용직으로 일한다. 집을 팔아 사업비를 해달라고 모친에게 조르고 있었으나 거절당하자 동생, 조카 모친을 싸잡아 모자란 사람들이라고 잔소리하고 때리며 학대하였다.
- 어머니(43세): 대학 때부터 정신분열 발병, 미술을 전공했고 간신히 졸업, 미술학원 등에서 간헐적으로 일했으나 30대에 강간으로 원치 않는 임신을 했고 미혼모 시설에서 아동을 출산하였다. 홀트복지관에 아동을 보내는 것에 동의했고 잘 되지 않아 친정모가 데려다 양육하는데도 동의하였다. 실상 같이 살았어도 어머니로서의 기능을 전혀 하지 못했고 친정부와의 갈등에만 초점을 맞춰 있다가 정신병원에 입·퇴원을 반복하였다. 현재 만5년 만에 퇴원했으나 적응이 어렵고 기능이 많이 떨어져 있는 상태이다. 주간재활 참석 중이다.
- 아버지(?): 정확한 정보를 알 수 없다.

- 작은외삼촌(신학대 중퇴, 무직, 정신분열증): 아버지의 편애를 받던 아들로 아버지의 강권으로 신학대 입학하였고, 휴학하고 군대에 갔다가 정신분열증 발병, 재발이 자주 있고 요즘도 입·퇴원을 반복하고 있으며, 퇴원하고 집에 와있으면 조카와 심하게 싸우고 할머니가 중재해야 마무리가 된다. 현재 주간재활 참여 중이다.

○ 주요 문제

- 작년 초까지 호전 보이던 아동은 요즘 투약을 거르면 학교에서 생활이 되지 않을 정도로 폭력적이다. (아침투약- 답임) 큰 삼촌으로부터 정신적, 신체적 학대 받고 있다. 혼잣말도 하고 자기보다 약한 동생이나 친구 붙잡고 자신의 욕을 했다면 때리는 등의 행동 보인다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 사례 관리하는 중에 학교, 지역아동센터 협조로 낮 시간의 투약과 행동관리는 하고 있으나 집에서의 문제가 해결되지 않았다.
- 무한 돌봄에서 상담치료비 지원으로 1회/주 놀이치료 진행 중에 있다.
- 투약내용: 페로스핀정 30-20-0, 바렙톨 300-100-0 이미프라민 2-0-0

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
청평지역아동센터	방과후 교실
청평초등학교	약물관리 및 아동상태 모니터링
무한돌봄네트워크	치료비 지원 및 가족상담
가평군정신보건센터	치료비 지원 및 사례관리
온세병원	진료 및 놀이치료 제공

④ 결과(성과 및 결과)

- 작년(2011년) 상반기 좋은 사례로 평가됐던 대상으로, 현재는 2주에 1회 병원진료를 진행하고 있어 약물 관리되고 있고, 학교생활 적응중이다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 아동 심층 사정평가
- 전수조사 및 아동사례관리
- 학교 대상 음주예방

- 자살예방
- 우울증, 사회기술 향상 등의 프로그램
- 병원연계 서비스
- 교사, 학부모 교육

(3) Wee 센터 읍면지역 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 남, 13세, 초등6
- 경제상태: 일용직으로 일정한 수입계산이 어려움
- 병력: 지능검사에서 경계선~평균 하
 - 병원치료 기록
 - 지적 및 인적평가: 정도 정신지체수준에 해당하며 지능 지수가 속하는 범위는 58~71임.
 - 검사 결과 학습과 관련하여 또래에 비해 낮은 지적능력을 보유하고 있는 것으로 보여 실제 사회적 상황이나 갈등구조에 대처할 수 있는 능력 및 새로운 과제의 해결능력이 매우 저조하여 문제 해결 능력 상황에서 민감하게 대처하지 못할 것으로 시사된다.
 - 지각 및 사고적 측면 : BGT에서 Koppitz의 발달적 채점법으로 채점한 결과 발달점수 2점 (발달수준: 10세 0개월~10세 5개월 수준)에 속하고 있는 것으로 평가되어 자신의 연령에 비해 '2세' 정도 지체된 발달을 보이고 있다.
- 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
부	000	44세	-	0	일용직	-
모	000	39세	-	0	-	-
누나	000	16세	중3	0	학생	-

② 사례관리

- 사례관리 과정(최초면접)
 - 학교 수업에 대한 개념도 없고, 등교 거부와 무단결석으로 담임과 어머니와 함께 첫 만남을 하였다. 어머니의 몸 상태가 단정하지 못하고 옷 상태도 청결하지 못했다.
 - 상담카드 작성을 어려워하는 것으로 보아 어머니의 지적 이해 판단 능력이 낮아 보였다.

- 내담자는 말을 하지 않았고 들어오면서 이리저리 쳐다보면서 시선을 맞추지 못하고 수줍어하면서 안전부절 못 하였다. 눈 맞춤이 잘 되질 않았고 걸음걸이도 바르지 못하였다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 일용직을 하는 44세 아버지와 39세 의 어머니 사이에서 태어났으며 3살 터울인 누나와 한집에서 생활을 하고 있고 가정환경수준은 ‘하’ 로 보임. 아버지는 3년 전 다니던 직장을 그만 두고 지금은 막노동을 하시어 일정한 수입이 없다고 함. 어머니는 교회에서 청소 일을 맡아서 하는데 시키는 일만 한다고 한다(어머니는 경제적 활동을 하지 않음).
- 잘 씻지 않으며 집안을 정리정돈을 하지 않아 냄새가 많이 났다. 연료비를 절약하기 위해서 연탄이나 나무를 사용한다고 하였다. 내담자는 주로 컴퓨터 게임을 하고 텔레비전을 시청한다고 한다.

○ 주요 문제

- 학교 수업시간에 마음대로 바깥으로 나가는 등 시간과 수업의 개념이 약하고 말을 하지 않고, 무단결석을 자주하고 내담자를 안전하게 케어 할 수 있는 어머니의 정서적 안정과 경제적으로 지원이 필요해 보였다.

○ 제공되고 있는 서비스 내용

- 센터 내 상담 진행(미술치료)
- 기관협약기관인 대구 아동·청소년정신병원을 연계하여 내담자 지적, 정서적 객관적 심리검사 실시
- 기관협약기관인 지역 놀이치료 센터에 연계하여 놀이치료 병행
- 가정적으로 경제적 도움을 주기위해 지역 사회복지과와 주민센터를 연결(기초수급자로 혜택을 받을 수 있도록 지원)

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
대구 아동·청소년정신과 (협약기관)	내담자 지적 정서적 객관적 심리검사 실시
지역 놀이치료실 (협약기관)	내담자 놀이치료 연계
지역공공기관 사회복지과 및 주민센터	기초수급자 혜택을 받을 수 있도록 연계

④ 결과(성과 및 결과)

○ 성과

- 상담 후 내담자는 학교에도 잘 가게 되었고 적응을 했으며, 지적으로 부족한 부분에 대해서는 특수 지원센터의 지원을 받아서 학교 특수반으로 선정이 되어서 수업을 잘 받고 있고 가정적 지원인 경제적 상황으로는 기초수급자로 선정이 되어서 혜택을 받고 있는 상황으로 학교생활을 잘 적응하고 있다.

○ 평가

- 내담자의 지적 정서적 심리평가를 좀 더 빠른 시기에 이루어져서 많은 프로그램 혜택과 지원을 받았으면 하는 아쉬움이 남는다. 그러나 여러 연계기관의 도움으로 조금씩 안정이 되어 가는 내담자와 경제적으로 도움이 될 수 있었던 것으로 보아 상담의 네트워크의 중요성을 알게 된 상담 사례였다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 개인상담, 집단상담, 심리검사
- 선택과 집중의 슬로건으로 학교폭력 특별교육
- 학교폭력 및 자살예방교육
- 지역사회복지 연계(봉사활동 연계)
- 정서행동 특성화검사 3차 심리검사 및 심층 면담

(4) CYS-Net 읍면지역 사례

① 대상자 현황

- 서비스 대상: 2명(19세 남, 고2/16세 여, 중3)
- 경제상태: 넉넉하지 못한 상황.
- 병력: 남학생의 경우 경계선 정도의 지체 의심

○ 가족관계

관계	이름	나이	학력	동거여부	직업	장애/질병
부	-	-	-	0	농사	알코올중독/ 팔의 외상
모	-	-	-	0	가사	알코올중독/ 우울증으로 정신과치료 경험 있음/ 경계선 정도의 정신지체 의심됨
누나	-	-	고졸	X	직장인	-
누나	-	-	고졸	X	직장인	-
본인	박**	19	고재	0	학생	-
동생	박**	16	중재	0	학생	-

② 사례관리

○ 사례관리 과정(최초면접)

- 초기 박**(남)가 의뢰가 되고 박**(여)도 뒤에 함께 개입하게 됨. 1388 전화로 접수되어 충북청소년상담복지센터로부터 의뢰되었다. 여동생도 1388 전화접수 후 시청으로 연계가 되어 시청 사회복지과 아동-청소년 담당계에서 의뢰가 왔다.

○ 가족사항 및 가정환경

- 알코올중독이신 아버지와 어머니 그리고 박**(남)와 박**(여)가 한집에 살고 있었고, 위에 누나 둘은 아버지의 폭력과 심한 폭언으로 인해 고등학교 졸업과 동시에 부모와는 연락이 되고 있지 않았다(나중에 박**(여)를 개입할 때 박**(여)가 언니가 연락이 되어 언니 집에 다녀오곤 하였다). 집을 방문하면 도끼나 여러 가지 연장들이 많이 있어 위험에 보였고, 키우는 강아지도 많이 쫓기도 하여 많이 위협적으로 느껴졌다. 처음 개입했을 당시 2월이었고 추웠지만 방문할 때 마다 집은 항상 냉골이었고 집에서 밥을 잘 챙겨 먹거나 하지 않았다.

○ 주요 문제

- 아버지의 알코올중독, 그리고 가정폭력으로 내담자가 실제로 신체적인 폭력을 당하였고, 엄마도 우울증으로 정신과 치료를 받고 우울증으로 시달리고 있었다. 어머니도 본인이 어려웠기 때문에 박**(남)나 박**(여)의 보호막이 되어 주지 못하였다. 그리고 내담자의 가정폭력으로 쉼터로 분리가 된 이후에 내담자를 계속 괴롭혀서 내담자도 집에서 분리가 될 수 없을 만한 상황이었다.
- 가장 큰 문제는 가정폭력으로 인해서 집의 모든 가정생활이 붕괴가 되어 있었고, 한 가족이 살 수 없는 분위기로 보였다. 여러 가지 과정으로 가족이 화합하는 방향도 고려해 보았으나 결국 변하지 않은 아버지의 폭력과 폭언으로 인해서 어머니도 박**(여)가 분리가 될 때 쉼터로 가셔서 결국 이혼 절차를 거치게 되었다.

○ 사례에 제공되었던 서비스 내용

대상자	제공된 서비스 내용
박** (남)	- 긴급구조(폭력으로 인한 긴급 개입)/시설 입소 진행/개인상담 진행 - 시설 입소 후 사례개입 및 지능검사 지원/지역사회연계지원 - 자립을 위한 두드림 프로그램 진행/졸업 후 자립을 위해서 자립을 위한 상담진행 - 생활에 필요한 기본적인 교육부터 심리상담까지 진행/아르바이트 지원(지지 및 격려) - 두드림존 뽀빠비즈에 참여시켜 청주에서 충주의 지역아동센터 아이들이 만든 물건을 판매하고 수익금을 지역아동센터에 박**(남) 이름으로 기부 - 충주의 체인점(식당)에 취업 진행 지원/지역사회연계지원
박** (여)	- 오빠 개입 시 여동생도 모니터링 함(지속적인 관찰)지역사회연계지원 - 집에서 견디지 못하겠다고 하여서 긴급구조 및 지원 - 개입 당시 고등학교에 진학한 상황이라 전학을 시켜보려고 - 언니와 연락하여 서울에 있으면서 전학 진행하였으나 되지 않음 - 충주의 여학생 기숙사와 연계하여 특별한 사정으로 우선 입소시킴 - 일시보호(지역아동센터와 연계)/상담진행 및 여학사 입소 후 필요 물품 지원 (교복구입, 생활필요물품 등을 함께 지원)/지역사회연계지원

③ 지역자원 연계 및 활용 내용

기관	서비스 내용
충주시청	- 긴급 개입 시 장소 지원 - 진여원 입소 시 만 18세 기준에 맞지 않은 박**(남)의 사정을 파악하여 특별 입소 조치 지원
진여원	- 박**(남) 입소하여 생활관리(박**(남)는 졸업 때까지 입소함) - 박**(여)(처음 긴급개입 시 입소하여 있다가 주덕지역아동센터 옮김)
충북아동보호전문 기관	- 긴급 개입 시 함께 개입 (가정 방문 시 늘 함께 방문함. 박**(남)와 박**(여) 모두 함께 개입) - 아버지의 폭력을 지속적으로 모니터링 - 박**(여)로 인해 2차 개입 되었을 때 박**(여)의 어머니의 가정폭력쉼터입소 지원(이곳에서 부모님의 이혼 진행)
충주여자학사 (시청운영)	- 대기 순번이 오래 있었던 박**(여)을/를 협의하여 공문으로 접수하고 '긴급한 상황이 있는 학생은 우선 선발 한다' 로 상담지원센터와 협의하여 내부 규정을 변경 후 지원함
충주시청소년 상담복지센터	- 상담, 사례관리, 자립지원, 긴급구조, 긴급개입, 취업 지원, 부모상담, 지역사회연계, 전학지원 등
충주시정신건강센터	- 아버지와 어머니의 알코올중독으로 인한 사례 개입 지원 - 긴급개입 시 함께 방문
충청북도청소년 종합지원센터	- 사례 발굴 시 전화 연락

한림디자인고등학교	-박**(여)가 전학을 준비하여 서울로 가 있을 때 학교 출석 처리 관련하여 여러 가지 지원을 함
주덕지역아동센터	-박**(여)가 진여원에서 적응을 못하여서 언니가 있는 서울로 갈 때 까지 박**(여)을/를 보호하여 주었음
단월주민자치센터	-1차 개입 시 박**(남)의 집에 함께 방문하고 모니터링 함
충주시청소년수련원	-박**(여)가 주덕지역아동센터로 이동할 때 함께 지원
단월 마을 이장님	-1차 개입 시 아버지의 가정폭력을 모니터링 하는 역할 지원
제천여성쉼터	-내담자 어머니의 시설 입소 지원 및 이혼 과정 진행 지원

④ 결과(성과 및 결과)

○ 박**(남)

- 2009년: 가정폭력 피해자로(경계선 정도의 정신지체) 초기 의뢰 당시 긴급구조 하여 개인 상담 및 시설 입소 지원, 가정 내 개입으로 2차 피해자인 어머니와 여동생 분리(여동생도 분리 보호 조치)하였다.
- 2010년: 시설 입소 후 자립 준비를 위해 2010년 두드림 프로그램 1단계 지원하였다.
- 2011년: 자립 준비를 위한 2단계(뽀뽀비즈 참여; 지역아동센터 연계 / 수익금전액 기부) 3단계(취업성공패키지 참여)
- 최종실적: 7월부터 아르바이트 체험(직업세계입문)/8월 취업(현재 직업 유지)

○ 박**(여)

- 2009년: 지속적인 모니터링
- 2010년: 위급상황에 긴급구조 하여 여러 과정을 거쳐 안정된 곳에서 생활을 할 수 있도록 지원하였다(학교에서 출석 관련 지원, 서울의 언니와 연락, 충주에서 진여원에 입소하였으나 적응을 하지 못하여 다시 서울로 전학을 지원하고, 전학이 되지 않아 충주의 여학사의 내부 규정을 수정하여 박**(여)가 편안하게 학교를 다닐 수 있도록 지원).
- 2차 개입 시 아버지의 가정폭력으로 인해 어머니를 분리하여 여성쉼터에 입소하여 이혼을 진행하여 아버지는 위자료를 어머니에게 지급하시고, 박**(여)는 어머니의 보호 아래 있는 것으로 하였다.

⑤ 기관에서 현재 제공되고 있는 서비스 내용

- 공동상담: 위기지원 및 긴급구조 개인상담, 1388전화상담, 사이버상담, 집단상담, 심리검사 실시 및 해석, 상담 실적입력
- 상담지원팀: 센터 전체 관리 및 운영 총괄, 슈퍼비전(상담 및 동반자 운영 관련 등)/예산,

인사, 회계, 관리, 정산 등 지원 업무/청소년 및 부모대상 상담/일반 및 위기 상담지원/청소년상담 자원봉사자 및 지도자 연수 및 교육 지원/1388 청소년 전화 운영/운영협의회, 실행위원회, 학교지원단, 1388청소년지원단 등 운영/청소년 및 부모 지도자, 교육연수 및 홍보사업지원 - 통합지원팀: 가출, 학업중단, 인터넷 중독, 자살, 새터민, 다문화 등 위기청소년 지원업무/학교폭력, 성폭력 등 피해 및 가해 청소년 상담지원업무/청소년복지증진사업/자립준비교육, 직업 및 실물경제체험, 사회진출 지원, 학습능력향상지원 등 자립지원사업(두드림존, 해밀, 학습클리닉, 청소년 활동 및 자원봉사에 대한 정보제공/상담통계 및 유형분석·관리, 사례집 발간/홍보 및 그 이외 상담지원에 관한 사항/청소년상담자원봉사자 및 지도자 연수 및 교육/1388 청소년 전화 운영/1388지원단 운영 회의/상담프로그램 운영(자살예방, 성교육, 인터넷중독, 학교폭력예방 및 치료 등)/위기청소년실태조사/교육연수 및 홍보사업/기타 통합지원과 관련된 사항/청소년 동반자 운영

2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례

국외사례는 청소년의 적응적인 삶을 위한 회복지향적인 서비스를 제공하고 있으며 이는 약물남용 및 정신건강 예방과 치료를 통해 적응 유연성을 기르고 회복촉진하기위한 대표적 프로그램인 약물남용 및 정신건강 서비스국(SAMHSA), 회복지향 돌봄체계 지침(ROSC), 그리고 통합적 지역사회 정신건강 서비스(CMHI)를 소개하고 본 연구의 연계모형에 필요한 요소들을 제시하고자 한다.

1) 약물남용 및 정신건강 서비스국(SAMHSA)

(1) SAMHSA의 미션

약물남용 및 정신건강 문제를 지닌 사람들이 지역사회 내에서 적응적 삶을 영위할 수 있도록 '회복' 지향을 미션의 핵심요소로 하고 있으며 이 미션 속에는 회복지향적 서비스들을 확대하고 약물남용 및 정신건강 예방과 치료에서의 적응 유연성(resilience)을 기르고 회복촉진을 지원하는 것 등이 포함되어 있다. 회복지향적 보건체계의 기본 개념과 원리는 원래 약물남용이나 정신건강 문제를 가진 성인들에게 적용되었던 것들로 아동 및 청소년에 대한 관심은 상대적으로 덜 기울어져 왔다.

이러한 현실에 비추어 SAMHSA에서는 청소년을 대상으로 회복적 보건모델 개발에 필요한 다양한 시각과 전문성을 확보하기 위하여 미국전역에 활동하고 있는 전문가들로 이루어진 소집단을 구성하였다. 지난 2008년 11월 약물남용치료센터(CSAT)와 정신건강 서비스센터(CMHS)에서 치료중이거나 약물남용 치료를 받았거나 공존적인 정신건강 문제를 가진 청소년과 그 가족들, 서비스 제공자, 연구자 그리고 연방 및 주정부차원에서의 정책결정자들을 초청하여 약물남용이나 공존적 정신건강 문제들(SU/COD)을 가진 청소년들을 위한 회복지향적(recovery-oriented) 보건 모델을 만들고자 자문회의를 개최하였다. 이 모임의 목적은 ① 최적의 청소년발달과 건강을 촉진할 수 있는 지역사회 중심의 효과적이고 통합적인 모델을 계획하고 실행할 수 있도록 청소년들을 대상으로 하는 회복지향적 보건체계의 핵심적 구성요소를 결정하고, ② 보건 체계의 발전적인 통합을 이루어내기 위하여 청소년 및 그 가족들의 삶에 있어서 다룰 중요한 시스템들뿐만 아니라 약물남용과 정신건강 분야들 간에 연계체계를 구축하는 것이다.

자문회의는 약물남용 및 정신건강 문제를 안고 있는 청소년들을 대상으로 하는 회복지향적 보건 체계의 핵심적 요소들을 확인하기 위한 4가지 단계를 활용하여 기획되었다. ① 회복지향적 체계의 여러 차원들과 핵심 요소들을 밝힌 문헌 고찰, 그리고 요약보고서 및 자료집의 발간, ② 자문회의 참가자들의 토론을 구조화하고 이끌어가기 위한 회복지향적 보건 체계의 핵심 요소들을 검토하기 위한 개념적 틀의 개발, ③ 청소년들을 위한 회복지향적 보건 시스템에서 고려해야 할 우선적인 핵심요소들과 향후 개발·시행되어야 할 사항들을 결정하는 데 있어서 광범위한 시각들을 대표하는 범국가적 전문가 회의 개최, ④ 자문회의 결과와 문헌고찰 내용의 비교이다.

자문회의에서 논의를 진행함에 있어서 청소년, 가족, 지역사회, 성인을 대상으로 진행된 회복지향적 모형, 그리고 연방정부 등의 관점과 입장을 모두 고려하고자 하였다.

(2) 회복지향체계의 주요소의 개념

① 가치와 원리

- 가족에 대한 초점화, 광의의 가족에 대한 정의 사용, 연령에 따른 적절성 및 발달단계 반영, 회복의 비선형적(nonlinear) 성질에 대한 이해, 적응유연성의 증진, 강점 기반, 그리고 회복된 능력의 확인

② 서비스 및 지원

- 지속적인 가족의 참여 유도, 연계 지원, 아동 및 청소년들의 다양한 삶의 영역에 대응할 수

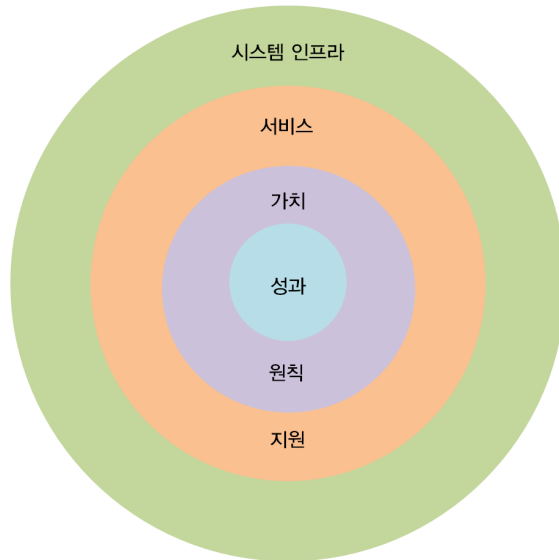
있는 서비스와 지원 마련, 사회적 참여를 촉진할 수 있는 서비스의 제공, 특수한 회복적 지원 제공, 그리고 치료적·임상적 개입의 제공

③ 인프라 관련된 고려요인

- 계획 및 정책입안 단계에서의 가족의 참여, 연방 및 주정부 그리고 서비스제공자 등 각 수준에 있어서의 정책적 변화 유도, 상호협력적 자원 마련, 청소년 대상의 모든 서비스체계들의 상호협력 및 통합, 서비스종사자의 역량강화, 그리고 주도성 및 책무성

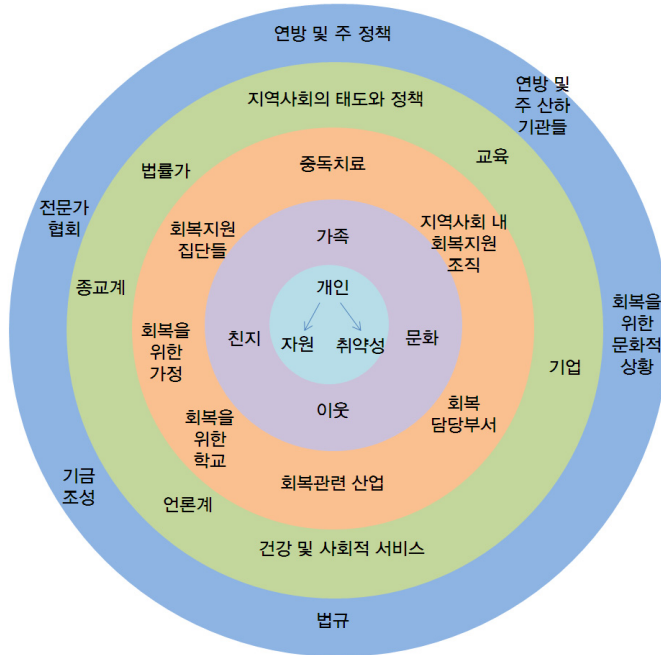
④ 성과

- 청소년: 사회적 참여, 호혜주의(서비스를 받은 청소년의 사회적 기여 증대), 자립능력의 증대, 발달에 필요한 자원들의 증가
- 회복지향적 보건 체계: 가족 및 형제나 자매의 회복 지원, 다차원적 진입로를 가진 서비스체계 확보를 통한 접근 용이성 확보
- 연방 및 주정부에 대한 권고
 - 정부 부처 간, 특히 약물남용 및 정신건강센터들 간의 통합적 노력 증진
 - 종합적인 재정 전략의 개발
 - 서비스의 계획과 조정을 위한 기간 간 협의체 구성을 통하여 주(state) 기관들 간 협력 증진
 - 회복지향적 목적에 비추어 연방 및 주정부 수준에서의 예산 조정 및 적절한 인센티브의 제공
 - 회복지향적 보건체계의 핵심적 원리, 특히 가족 및 청소년의 참여와 문화적 역량을 지원하기 위한 정책 개발 및 예산 확보
 - 지속성을 확보하기 위하여 법률에 근거한 기관의 설립
 - 약물남용, 정신건강, 공존적 장애 그리고 적응유연성과 회복 개념에 관한 사회적 인식 증대를 위한 전략 마련
 - 회복지향적 보건체계를 뒷받침하는 주정부 및 지역사회의 정책 및 인프라 개발, 모범사례, 연구결과물의 실행에 대한 지원



* 출처: SAMHSA(2009), p.4.

【그림 V-1】회복지향체계의 주요소의 개념



* 출처: SAMHSA(2009), p.8.

【그림 V-2】회복 생태계 모형

2) 회복지향 돌봄체계 지침

(ROSC[Recovery-Oriented System of Care] Resource Guide, 2010)

(1) ROSC의 목적

이 지침서의 목적은 ROSC에 관한 개관과 이것이 보건의료분야에 있어서의 새로운 환경의 일부로서 어떻게 통합될 수 있는가를 보여주는데 있다. ROSC는 2005년 주요정책결정자들, 예방 및 치료 전문가들, 약물남용문제를 겪은 가족들, 회복된 사람들, 연방정부 및 주정부, 그리고 지방 공무원들이 SAMHSA에 있는 약물남용치료센터에서 회복에 관한 국가적 회의에 참석함으로써 출발하게 되었다.

그들의 임무는 ① 회복을 위해 노력하는 개인들뿐만 아니라 가족구성원들을 대상으로 회복지향적 대책을 제공할 수 있는 정책, 서비스 그리고 시스템을 전환할 수 있는 아이디어의 개발, ② 시스템을 개선하고 자료들을 공유하며 프로그램을 조정해나가면서 서비스와 프로그램들에 적용가능한 회복의 기본 원리 및 측정도구들의 명료화, ③ 다양한 상황이나 시스템 상에서 ROSC를 발전시킬 수 있는 아이디어의 생성 등이었다.

이 지침서는 보건의료분야체계 개혁 원칙을 ROSC의 기능과 조직 그리고 역사뿐만 아니라 ROSC를 기획하고 실행하는 단계들과 맥을 함께하기 위함이었다. ROSC의 도입으로 인하여 약물남용분야에서 비교적 새로운 개념으로 여러 주와 지역사회에서 이 시스템을 만들어 실행하게 되었고 지역 간에 배울 수 있는 기회도 갖게 되었다. 각 지역에서는 ROSC를 발전시켜나감과 동시에, 보건의료분야 체계 개혁의 결과로 발생하는 변화 또한 고려해야만 한다. 이 점에 있어서 정책을 입안하고 제공하는 사람들 가운데는 그가 속한 지역사회가 가진 역량과 요구들을 사정하기 시작했고 연방정부의 보건의료 분야 개혁방안이 지향하는 원칙에 조화될 수 있는 ROSC 계획을 수립했다.

연방정부의 보건의료분야 개혁방안에 포함된 가장 중요한 요소들 가운데 하나는 약물 사용과 정신건강상의 문제를 가진 사람들까지 그 적용범위를 확대시키는 것이다. 이와 같은 광범위한 변화는 새로운 보건의료 환경의 토대를 만들어 가고 있다. 보건의료분야 개혁방안의 핵심은 일차적 보건의료와 통합된 예방, 판별 및 조기개입, 치료와 회복이라는 비전을 통하여 ROSC를 지지하는 공중 보건 모델이다. ROSC는 개인과 가족 그리고 지역사회가 함께 약물과 알코올에 대한 자제력을 기르고 건강과 행복, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 힘과 적응유연성을 기르기 위한 사람중심의 지역사회에 기반을 둔 서비스 지원을 위한 연계협력망이다. ROSC의 초점은 지역사회 내 약물남용 문제를 효과적으로 대처하기 위한 자원들로 인프라 혹은 “보건 체계”를 구축하는 것이다.

표 V-1 회복지향적 활동의 예시

예 방	개 입	치 료	사후 치료
-문제발생 전 조기 판별 -다른 시스템(예, 아동복지 분야)과의 협력 -징후 감소 활동 -개입 및 치료서비스로의 의뢰	-판별 -조기 개입 -예비 치료 -회복지원 서비스 -아웃리치 서비스	-치료서비스의 계획 -회복지원서비스 -대안적 서비스와 치료 -치료 중인 개인의 가족 및 형제들을 대상으로 하는 예방 활동	-지속적인 보호 -회복지원 서비스 -자기관찰

*출처: SAMHSA(2010). p.2

(2) ROSC 구성체계(ROSC System Framework)

① 미션

- 약물 남용 문제를 가진 개인과 가족들의 건강 증진 및 회복을 통한 건강하고 안전한 지역사회를 만들기

② 가치체계

- 사람 중심 그리고 강점을 기반으로 하여 가족과 친구, 보건의료종사자 및 지역사회의 참여

③ 목표

- 예방, 조기개입, 회복지원, 성과 향상

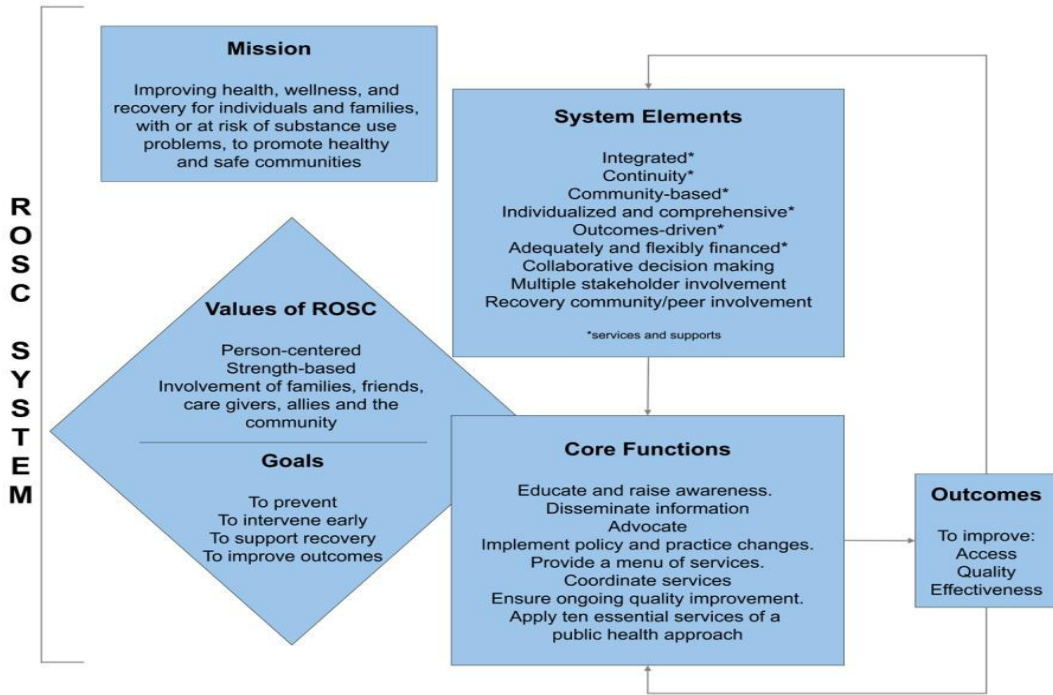
④ 시스템 구성요소

- 통합성, 연속성, 지역사회중심, 개별화 및 통합화, 성과 부여 방식, 적절하고 유연한 재원 운영, 협력적 의사결정, 다양한 재원의 참여, 회복적 지역사회 및 동료의 참여

⑤ 핵심기능

- 교육 및 인식 개선, 정보의 보급, 옹호, 정책 실행 및 변화 창출, 서비스 계획의 제공, 조정, 진행 중인 개선 내용에 대한 확인, 10가지 기본적인 공중보건 서비스의 제공

⑥ 성과: 개선



* 출처: SAMHSA(2010), p.4.

【그림 V-3】 ROSC 구성체계

(3) 회복지원 서비스(Recovery Support Services, RSS)

RSS는 약물남용문제로부터 회복하기 위하여 노력하는 개인과 가족을 지원하는 비임상적 서비스들을 말한다. 여기에 동참하는 서비스들은 사회적, 법률적, 그리고 그 외 다양한 자원들에서 제공되는 것으로 회복에 장애가 되는 환경적 혹은 개인적 요소들을 감소시키거나 제거하고 회복과 건강을 촉진하기 위하여 최대한 협력한다(아동복지, 운송회사, 취업준비를 위한 서비스, 법률 자문, 동료 멘토링 등).

3) 통합적 지역사회 정신건강 서비스(CMHI)

(1) CMHI의 목적

아동 및 가족 프로그램을 위한 통합적 지역사회정신건강 서비스(아동 정신건강 발의안(CMHI))는

건강 및 휴먼서비스부 내의 약물중독 및 정신건강 서비스국(SAMHSA)에 설치된 정신건강 서비스센터(CMHS)의 아동, 청소년 및 가족 분과의 관리 하에 운영되는 상호협력적인 프로그램이다. CMHI에서는 비행, 자살사고 및 시도 등을 포함하여 행동적, 정서적 문제를 가진 것으로 진단된 아동 및 청소년들(0~21세)과 그 가족들을 위한 정신건강 보건 체계를 활성화시키기 위하여 공적 서비스기관들을 대상으로 예산을 지원한다. 예산지원을 통하여 모든 주와 지역, 그리고 미국 인디언 및 알래스카 원주민을 포함한 미국 전역에서 통합적이고 협력적인 보건 체계를 발전시키고 시행하고 있다.

이 보건 체계는 자신들의 필요성에 따라 서비스를 받고 있는 아동 및 청소년, 그리고 가족들의 의지를 길러주기 위한 것이다. 또한 문화적이고 언어적인 능력이나 민감성을 증진시켜줌으로써 서비스 격차를 감소시켜주고 있다.

프로그램에 들어가는 예산은 시작연도인 1993년 490만 불이었으나, 2009 회계연도까지 누적된 투자액은 1400만 불에 이르고 있다. CMHI에서는 144회에 이르는 보조금(grant)을 교부하였고 많은 지역사회의 협약을 이끌어 내고 있다.

(2) 예산조달 방식

예산 확보체계가 협약 방식으로 전환된 2002년까지는 주로 보조금 지원체계로 예산지원을 받았다(보조금 지원을 받는 지역(grant community)이란 보조금이든 협약에 의한 자금이든 CMHI의 기금을 받았거나 받고 있는 곳을 말함).

주정부를 비롯하여 하부 행정단위들(예, 카운티, 시, 읍면지역 등), 인디언부족 및 부족 연합체, 그리고 미국령 등 다양한 유형의 주체들이 CMHI의 협약에 참여하고 있다.

협약에 의한 예산 조달은 매칭방식으로 6년에 걸쳐 이루어진다. 첫 3년 동안에는 CMHS와 보조금지원을 받는 지역이 3:1 수준의 예산을 마련하지만 4년차에는 1:1 방식, 그리고 5~6년차에는 1:2 방식으로 예산을 확보하게 된다.

(3) 보건체계의 철학과 목적

CMHI는 아동 및 청소년 서비스 체계 프로그램(CASSP)으로 시작하여 연방 및 주정부의 법안들에 의해 성립되었다. CASSP는 각 주와 지역사회에서 청소년과 그 가족에 초점을 둔 통합적인 지역사회 중심의 보건 체계를 만들어 가도록 도와주기 위한 국가적 차원에서의 대책이다. CASSP는 미국과 미국령에 있는 지역사회 차원에서의 다양한 정신건강 서비스 전달체계의 초석이 되었다.

건강 및 휴면서비스부, 교육부, 주택 및 도시개발부, 법무부, 노동부, 보건처, 그리고 사회보장국 등의 협력적 노력의 산물로서 연방차원에서의 의제(SAMHSA, 2009)가 채택되어 정신건강 서비스를 위한 공통된 국가차원에서의 약속을 만들어 나가고자 하였다.

① CMHI 철학

보건 체계의 기저에는 서비스가 공적·사적 서비스공급자, 소비자 그리고 그 외 주요 구성원들 사이에서 통합적이고 상호협력적이 되어야 한다는 신념이 있다. 이렇게 될 때, ① 효과적일 것이며, ② 개인의 역량을 길러줄 수 있게 될 것이고, ③ 각 개인 특유의 신체적, 정서적, 사회적, 문화적, 지적, 언어적 요구에 대처할 수 있게 될 것이라고 예상한다. 이러한 목표들을 성취하게 되면 아동과 청소년들은 자신들이 살고 있는 지역사회 내에서 적응적으로 생활하고, 성장하며, 학습하고 일할 수 있게 될 것이다.

○ 서비스 제공의 8가지 기본 원칙:

- 가족 참여적
- 개별적이고 개인의 강점을 기반으로 실증적 정보를 통한 서비스 계획의 수립
- 청소년 지도적
- 문화적으로나 언어적 유능성 획득
- 가능한 최소한의 환경적 구속
- 지역사회중심
- 접근용이성
- 기관 간 상호협력적인 네트워크 구축

② CMHI 목적

서비스를 제공받는 아동 및 청소년 그리고 그 가족들의 요구에 대응하고 그들의 강점을 활용할 수 있는 보건 체계 실행을 위한 지역사회의 전략을 만들어 나가는데 도움을 주기 위하여, CMHI 보조금을 받는 지역사회를 대상으로 제시된 목적은 다음과 같다.

- 심각한 정서적 문제를 가진 아동 및 청소년들과 그 가족에 대한 지역사회 서비스 역량의 확대
- 접근 용이하고 임상적으로 효과적이며 재정적으로 설명 가능한 서비스 및 처치 그리고 지원을

망라하는 규모의 시스템 제공

- 미국 전역을 아우르는 정책적 개혁과 인프라의 구축을 포함하는 광범위하면서도 지속적인 체계적 변화의 촉진
- 개별 아동을 대상으로 하는 개별화된 서비스 계획을 실행하기 위한 보건관리팀의 창설
- 인종, 언어적 다양성, 그 외에 잠재되거나 눈으로 확인할 수 없는 문화적 집단들에 대한 특별한 강조와 더불어 문화적 그리고 언어적 유창성을 위한 서비스 제공
- 서비스의 기획, 지역 서비스 및 지원책의 개발, 평가 및 유지, 전반적인 시스템 관련 활동에 있어서 청소년 및 가족들의 참여 유도

③ CMHI 서비스를 받은 아동 및 청소년 그리고 그 가족들

CMHI의 예산지원을 받는 보건 체계로부터 서비스를 제공받은 아동 및 청소년들은 대부분 남자들이었고, 비백인 인종집단에 속한 경우가 많았다. 그리고 경제적으로는 빈곤 계층이하에서 생활하는 경향이 높았다.

서비스를 제공받은 아동 및 청소년들 대부분은 정신건강에 위협이 될 만한 상황들에 있어서 보다 큰 위기와 관련된 하나 이상의 생활 경험을 가지고 있었다. 대부분의 아동 및 청소년들은 성장한 이후 정신건강에 위협이 될 만한 상황들에서 보다 큰 위기에 방치될 수 있는 가정(한 부모나 조손가정)에서 생활하고 있었다. 아동 및 청소년들의 절반 이상은 보건 체계 속에 진입하는 시점에서 품행이나 비행과 관련된 문제를 보였다. 비록 지역사회 내의 다른 기관(예: 학교)들이 의뢰되는 비율의 상당 부분에 대한 책임을 가지고 있긴 하였으나, 아동 및 청소년의 약 1/4정도는 정신건강관련 기관, 병원 혹은 서비스 공급자 등을 통하여 CMHI의 보조금을 받는 지역사회 내 서비스로 의뢰되었다. 교육분야 전문가들도 정신건강 전문가들과 함께 서비스 기획 회의에 상당 부분 참여하였다. 대부분의 아동 및 청소년들도 자신들에게 제공될 서비스 기획 회의에 참여하였다.

④ CMHI의 종단적 성과

아동과 청소년들은 보다 강화된 행동적, 정서적 실행능력(서비스제공자와 청소년 모두의 보고에서 나타남), 우울과 불안 증상의 감소, 아동 및 청소년들의 행동적, 정서적 문제 및 전반적 기능에 있어서 개선을 포함하여, 임상적 결과에서 개선되었음을 보였다.

아동과 청소년들은 더욱 좋아진 교육적 성과(출석률과 학업성적 모두), 보다 안정된 생활상, 법률체계에 진입감소(예: 소년원이나 소년법정), 건강문제 재발로 인한 정상적 활동으로부터 이탈의 감소

등과 같은 가정 및 지역사회에서의 기능 또한 개선되었음을 보였다.

서비스제공자들은 자신들이 돌보는 아동들로 인한 부담 수준이 감소되었고 업무를 제대로 처리하지 못한 날짜의 감소를 포함하여 일하는 상황이 개선되었음을 보고하였다.

⑤ CMHI 보건 서비스 체계를 통한 경험

가장 공통적으로 사용되는 서비스로는 사정과 평가, 치료에 대한 모니터링, 개인별 치료, 그리고 사례관리 서비스 등이었다. 반면 가장 공통되지 않은 서비스로는 치료적 양육이나 그룹홈, 숙박형 치료캠프나 야외 활동, 그리고 직업 훈련 등이었다. 다양한 형태로 제공된 서비스의 수는 아동 및 청소년들이 서비스를 활용하기 시작한 이후 2년에 걸쳐 감소하였다.

입원치료, 숙박형 치료캠프 혹은 숙박형 치료를 받은 아동 및 청소년의 비율은 첫 면접 접수로부터 12개월째 면접 사이, 그리고 12개월째 면접과 24개월째 면접 사이 동안에 감소하였다.

서비스제공자와 청소년들은 서비스공급자들이 문화적 역량을 갖추었다고 인식했으며 그들의 서비스가 지닌 문화적 민감성에 매우 만족하는 것으로 나타났다.

서비스제공자가 아동들에게 제공되는 처치에 관한 정보를 더 잘 알고 있는 경우 서비스에 대한 만족도가 더 높게 나타났다.

⑥ CMHI의 서비스 비용적 측면

- 입원 관리 비율 감소로 인한 비용 절감
- 소년범 감소로 인한 비용 절감
- 서비스와 그 비용에 대한 사례연구

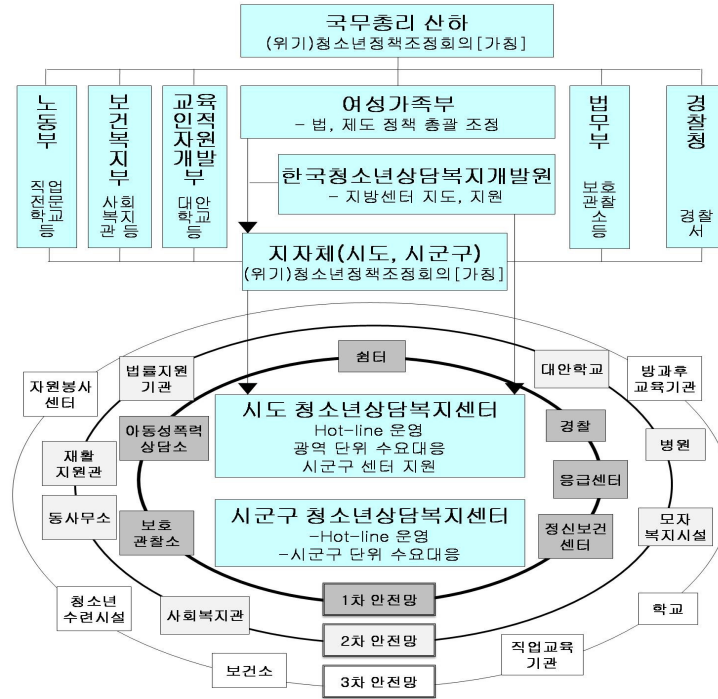
- 2004년 켄터키주 정신건강 및 정신지체서비스국(Department of Mental Health and Mental Retardation Service, DMHMRS)은 중부 및 북부 지역에 속한 8개 카운티에서 청소년들의 성공을 독려하기 위한 켄터키주 프로젝트(Kentuckians Encouraging Youth to Succeed, KEYS)를 실행하기 위하여 CMHI로부터 보조금을 받았다. KEYS는 정신건강전문가, 서비스조정자, 그리고 가족들과 연락을 맡은 인력 등으로 구성된 가족지원팀(Family Support Teams)을 각 지역별로 4개의 다른 학군에 있는 학교에 배치함으로써 일차적으로 학교 중심의 개입 방안을 마련했다. 선정되어진 각 학교들은 ‘긍정적인 행동적 개입 및 지원 모델(Positive Behavioral Interventions and Support Model)’을 시행하였다. 이 모델은 문제 행동을 예방하고 정서적 문제를 지닌 아동과 청소년들의 행동에 대처하기 위한 긍정적이면서도 치료적인

접근을 뒷받침하는 환경을 만들어가는 것이다. KEYS는 지역사회 내의 다양한 기관들로부터 구체적인 서비스와 비용에 관한 정보를 성공적으로 수집하였다. 이 사례연구는 KEYS를 통해 서비스를 받은 가족들이 제공하는 서비스에 관한 정보와 그 서비스에 관련된 비용을 제시하고 있다. 여기서 제시되는 자료는 2005년 10월부터 2009년 3월까지 기간 동안에 해당되는 것으로 144명의 아동 및 청소년들을 대상으로 한 8471건의 대표적인 서비스제공 사례들(사례관리, 개인치료, 가족치료, 교육적 서비스, 약물치료 집단치료, 위기개입 등)과 관련된 것이다. 3년 반의 관찰기간동안에 외래 및 입원을 통한 정신건강 서비스와 아동복지분야 서비스에 투입된 비용은 총 110만 불로 1인당 7,728불에 해당한다. KEYS 서비스는 다양한 장소에서 제공되는데, 약 2/3(72.0%)가 학교에서 제공되고 9.0%는 지역사회 내의 정신건강센터, 6.8%는 병원, 6.4%는 또 다른 지역사회 내의 기관에서 제공되며, 5.1%는 서비스제공자의 사무실이나 개인클리닉에서 제공되어졌다. 그 외 아동 및 청소년의 가정, 이동수단, 그리고 비숙박형 약물남용치료센터 등도 포함된다. 사례관리자와 보건의료조정자들에 의한 서비스가 45.0%, 1/3정도는 상담전문가, 7.7%는 가족구성원, 7.5%는 심리학자 그리고 3.0%는 심리치료를 통한 서비스가 제공되었다. 그 외에도 사회복지사, 양부모 그리고 또다른 정신건강 종사자들이 포함되었다. 모든 아동 및 청소년 그리고 가족들 가운데 1/2 정도는 3가지 이상의 서비스제공자들의 도움을 받은 것으로 나타났다. KEYS의 사례에서 사례관리 지원과 더불어 지역사회 내에서의 외래 서비스를 통한 아동 및 청소년 그리고 그 가족들을 지원하기 위하여 여러 자원들을 활용하고 있음을 볼 수 있다. 대부분의 서비스들에 있어서 CMHI가 의도한 바처럼 보조금외의 다른 재원들로부터 비용이 지불되었고, 6%에 못 미치는 비용만 이용자가 지불하였다. 청소년과 가족들의 다양한 요구에 부응하기 위하여 다양한 장소에서 다양한 유형의 서비스제공자(가족구성원까지 포함)에 의해 서비스가 제공되었다. 아동 대상 서비스 시스템에서 제공되는 서비스들과 그 비용에 관한 상세한 정보들을 살펴본 KEYS 사례는 지역사회에서의 의미 있는 예산 사용을 확인하는데 활용할 수 있는 정보를 제공한다고 볼 수 있다.

3. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원 모형

1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 CYS-Net 지원 모형

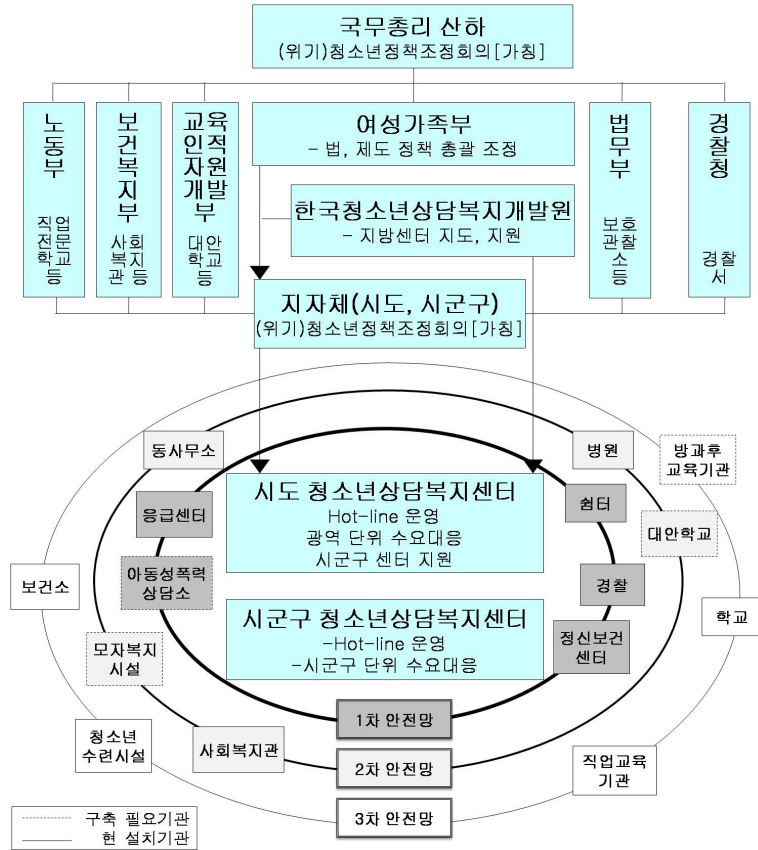
(1) 광역시 및 대도시 지역을 위한 CYS-Net 모형(안)



【그림 V-4】 광역시 및 대도시 지역을 위한 CYS-Net 모형

1차 안전망은 심리적인 안정을 위한 상담 및 정서적 지원하는 곳으로 한국청소년상담복지개발원 및 지역의 시도 및 시군구 청소년상담복지센터 등이 포함된다. 자살, 성폭력 및 성매매 시 긴급구조나 보호서비스를 제공할 수 있으며 이는 정신보건센터, 경찰, 교통지원기관 및 응급센터 등과 연계되어 움직인다. 기본적인 의·식·주를 해결을 해줄 수 있는 곳은 단기쉼터(Drop-in Center)가 있다. 2차 안전망 중 위기(가능) 청소년 조기 발견 및 자활 지원은 사회복지관, 동사무소, 자활지원관, 대안학교, 모자복지시설, 법률지원기관 등에서 개입 가능하며, 3차 안전망은 일반청소년 성장과 발달 촉진 및 위기청소년의 지속 성장 지원이 가능한 곳으로 자원봉사센터, 수련시설, 방과후 교육기관, 학교, 직업교육기관, 보건소 등이 해당된다.

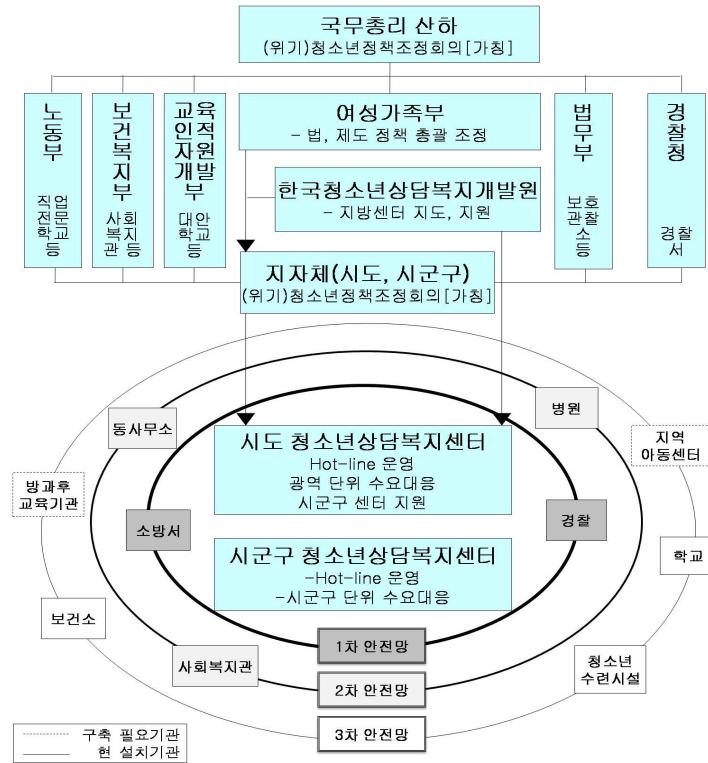
(2) 중소도시 지역을 위한 CYS-Net 모형(안)



【그림 V-5】 중소도시 지역을 위한 CYS-Net 모형

1차안전망 중, 상담 및 정서적 지원은 시군구 청소년상담복지센터에서 담당하며 단기쉼터에서 사회적 보호 서비스를 주로 담당한다. 긴급구조 및 보호서비스는 정신보건센터, 경찰, 응급의료센터, 교통지원기관 등에서 관할하는 모형이다. 2차안전망에서는 사회적 보호 서비스 (중장기 쉼터, 사회복지관 등), 경제적 지원 서비스(동사무소내의 사회복지 전담공무원 등), 의료서비스(병의원)를 제공할 수 있다. 마지막으로 3차안전망에는 보건소 및 청소년수련시설, 직업교육기관, 학교 등이 포함되어 있다.

(3) 읍면 지역을 위한 CYS-Net 모형(안)



【그림 V-6】 읍면지역을 위한 CYS-Net 모형

농어촌을 포함하고 있는 읍면 지역의 경우, 현재 구조 및 지원이 가능한 민간단체 및 교통지원기관과의 연계가 미미한 상태이며, 방과 후 이용 가능한 교육기관도 부족한 상태이다. 청소년상담복지센터를 중심으로 연계망을 형성함과 동시에, 향후 센터, 교통지원기관, 방과 후 교육기관과의 구축 및 연계가 보완되어야 할 것이다.

2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 Wee 프로젝트 지원 모형

2008년도에 현장전문가 자문회의 및 문헌조사, 학생문제 발생 유형 및 특성, 지역 인프라 상황조사를 통해 지역에 따라 발생한 대상 학생의 특성과 지역이 가지고 있는 대처 인프라 및 접근성에 따른 지역 차별적 모형, 발생 문제의 유형에 따라 요구되는 다양한 심리검사 및 측정도구 및 문제의 심각성에 따른 개입 수준 등에 따라 다중단계가 요구되는 다중평가체계 모형, 다양한 서비스, 보다 전문적 상담 및 치료를 위해 요구되는 의뢰전달체계 모형, 가족적이고 치료적인 이해 및 대처가 요구되는 상담·치료 모형, 학교 안의 인프라와 전문성 한계극복을 위한 연계망 모형을 중심사항으로 담고 있는 학교안전관리통합시스템의 방향을 정하여 제안하였다. 2011년 현재 전국에 108곳에 Wee 센터를 설치하였으나 지역별 특성이 고려되지 않고 전국 단일기준으로 일괄적인 인원, 조직, 예산을 배정하여 각 지역에 적합한 서비스제공에 어려움이 드러나게 되었다. 도시의 규모가 클 경우에는 수퍼비전을 통한 사례중심의 맞춤형 연수가 많이 이루어지는 반면 읍면단위의 작은 규모에서는 상담이론 및 기법 중심의 연수가 보다 많이 이루어지는 차이도 있는데, 지역에 따라 Wee 센터별로 요구하는 직원연수의 내용에 차이가 있다는 것으로 해석할 수 있다. 이와 같은 분석결과는 Wee 센터가 지역의 특성에 따라 차별적으로 운영되어야 함을 단적으로 보여주고 있다.

Wee 프로젝트 사업 중장기 발전방안 연구는 학생규모별 Wee 센터 설립모델(안)을 제공하고 있는데, 교육지원청별 학생 수를 중심으로 하여 5천 미만의 경우 축소형, 5천에서 1만미만의 경우 기본형, 1만 이상부터는 5만 단위로 하여 종합형으로 설립 모델을 제시하고 있다. 축소형의 경우 교육지원청별 학생 수는 5천명 미만으로 전문상담교사 1명, 전문상담사 2명, 사회복지사 1명, 행정지원 1명 등 총 5명의 담당자가 근무를 하게 된다. 기본형은 학생수 5천명에서 1만 명 미만이며, 전문상담교사 2명, 전문상담사 4명, 임상심리사 1명, 사회복지사 2명, 행정지원 1명 등 총 10명의 담당자가 근무를 하게 된다. 종합형은 1만 명 이상 5만 명 미만의 학생수가 있으며 전문상담교사 4명, 전문상담사 6명, 임상심리사 2명, 사회복지사 4명, 행정지원 2명 등 총 18명으로 구성되어 있고, 학생수 5만 이상의 경우 5만 명 단위로 종합형 1개씩을 더 운영하게 된다. 각 상담센터의 조직 및 사업은 지역특색을 반영하여 구성된다.

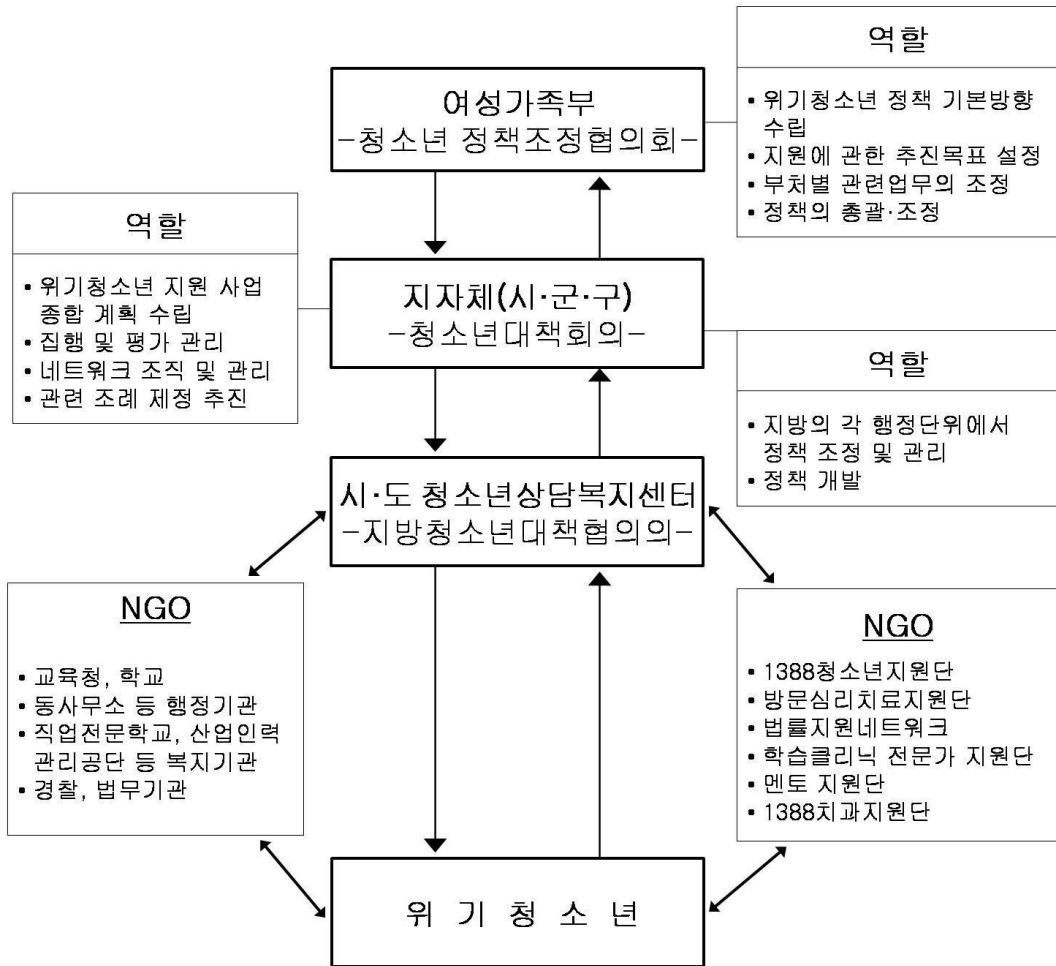
대도시형, 중소도시형, 도농복합형, 농·어·산촌형 등으로 나누어 각각의 특색 있는 조직과 사업을 운영하게 된다.

3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 효율적 연계방안: CYS-Net 운영(안) 모형을 중심으로

전국 시·도 소재 CYS-Net의 주 역할과 기능으로는 광역시·도 단위의 (위기)청소년 통합안전망 구축을 위한 정책을 개발하고 업무를 지원하는 데 있다. 또한 공공 및 민간 유관기관 협조적 연계체제망 구축운영, 시·군·구 청소년상담복지센터의 지도 및 지원, (위기)청소년전화 1388 운영(24시간), (위기)청소년 긴급구조(24시간) 업무 수행 등이 있으며, 이 밖에 광역시·도 단위의 (위기)청소년종합지원 운영실적 관리, (위기)청소년종합지원을 위한 현황조사, 광역시·도 단위의 지역특성을 반영한 프로그램 개발·보급의 역할을 수행하는 데 있다. 이와는 달리, 군, 구내 센터의 주요 역할은 시·군·구내 (위기)청소년 통합안전망 구축을 위한 정책 개발 및 공공·민간 유관기관의 협조적 연계체제망 구축운영이라고 할 수 있으며, 권역별로 긴급구조 업무 수행하는 역할을 담당하게 된다.

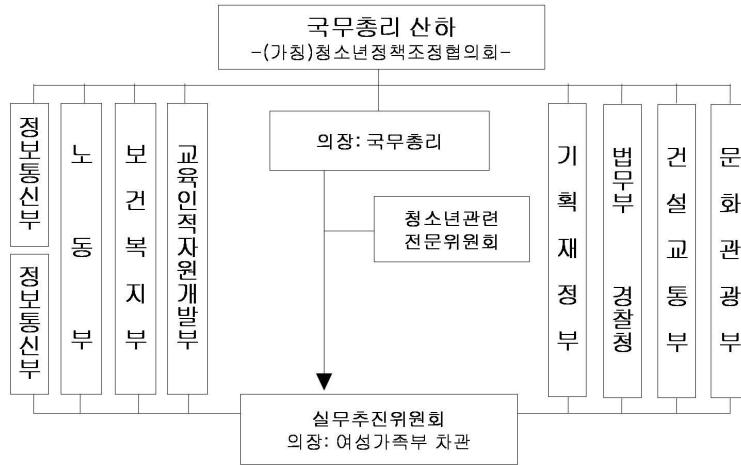
지역사회 특성을 고려한 효율적 네트워크 구축을 위한 운영 방안을 모색하기 위해서는 아래의 여섯 가지 사항을 고려해야 할 것이다. 첫째, 공동의 목표를 개발하고 공유해야하며 둘째, 기관별 주기능과 보조기능을 구분하고 주기능을 중심으로 연계망을 구축해야할 것이다. 셋째, 기관별 활동영역에 대한 정확한 정보를 공유하고 서로의 욕구를 파악해야하며, 넷째, 시·군 지역 내의 유관기관과의 연계 및 상위부처간의 연계도 함께 이용할 것을 제안한다. 다섯째, 시·도 청소년상담복지센터에서 구축한 네트워크망을 시·군지역에서 연계하는 접근방안, 그리고 마지막 여섯째로 연계기관간의 서비스 제공에 대한 책임성과 자발성이 증대될 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

구체적인 연계 방안으로 다음과 같은 운영 안을 제시하고자 한다.



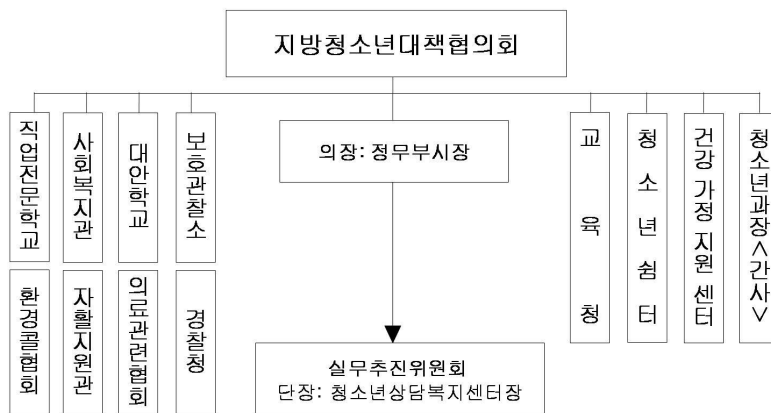
【그림 V-7】 위기청소년을 위한 중앙 및 지역에서의 협의체 운영(안)

청소년정책 조정협의회(가칭)는 중앙단위의 조정협의회로 의장은 국무총리, 유관부처 장관들을 위원으로 구성하여 국가 차원의 위기청소년정책의 기본방향을 수립하는 곳으로 설정하였다. 여성가족 부차관을 의장으로 한 실무추진위원회를 구성하여 청소년정책조정협의회에서 의결된 사항에 관한 부처별 실천계획을 수립하도록 하였으며, 민간전문조직의 관련인사들로 구성되는 자문위원회를 설치 운영하는 것으로 구성하였다. 이러한 구성을 도표화 하면 다음과 같다.



【그림 V-8】 청소년정책 조정 협의회(가칭)

지방단위로는 지역정부부시장을 의장으로 하고 각 안전망별 실무기관의 기관장으로 구성된 청소년 대책협의회(가칭) 운영을 제안하고자 한다. 지방청소년대책협의회를 통해 지방 행정단위의 정책을 조정하고 관리 및 개발할 수 있도록 하며, 청소년상담복지센터장을 단장으로 한 실무추진협의회를 구성하여 위기청소년지원사업 종합계획을 수립하고 네트워크 조직 및 관리, 관련조례를 제정할 수 있도록 제안하는 바이다. 이러한 지방단위의 청소년대책협의회(가칭) 운영에 대한 내용을 도표화 하면 아래와 같다.



【그림 V-9】 지방청소년대책협의회(가칭)

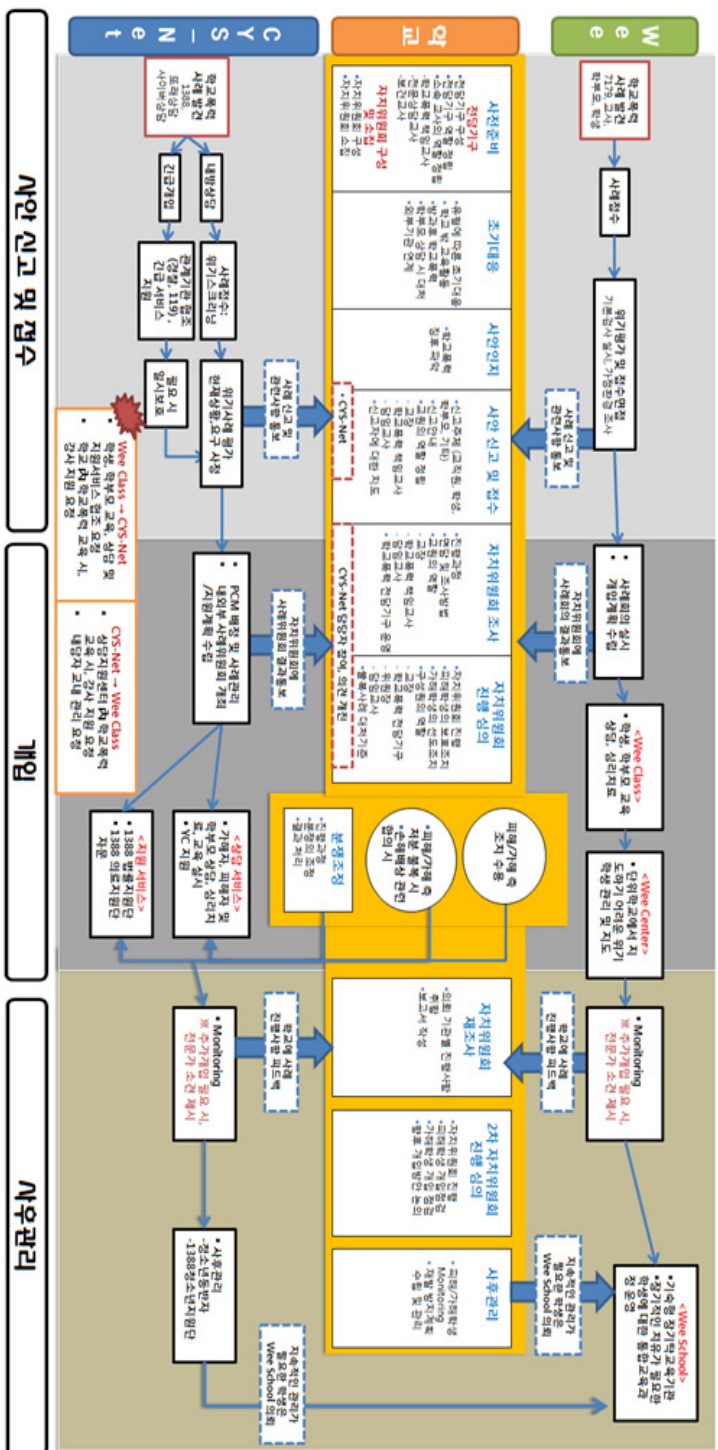
4) 연계모형(안): 학교폭력대응을 중심으로

Wee 프로젝트와 CYS-Net과의 연계모형을 학교폭력 사건에 대한 구체적인 사례를 통해 제시하고자 한다. 자세한 과정은 아래 [그림 V-10]에서 볼 수 있다.

학교폭력에 대한 대처 과정은 크게 사안신고 및 접수과정, 그리고 개입과정, 그리고 사후관리 과정으로 분류할 수 있다. 이 중 첫 번째 과정은 학교폭력 사안에 대한 발생 후 이루어지는 과정으로 학교폭력이 발생하면, 학교에서는 사전 준비로 전담 기구를 구성하고, 전담 기구와 소속 교사의 역할을 정립한 후, 자치위원회를 구성하고 소집한다. 이후 학교 밖 교육활동, 학부모 상담 시 대처, 외부기관 연계 등의 초기 대응을 한 후, 학교 폭력의 징후를 파악하여 신고 및 접수를 진행한다. CYS-Net에서는 학교 폭력 사례가 발견되면, 내방상담의 경우 사례접수 후 위기사례 평가를 거쳐 사례 신고 및 관련사항을 통보하고, 긴급개입이 필요한 경우 관계기관의 협조를 구해 필요시 일시 보호 조치를 취한다. 이 후 위기사례 평가를 거쳐 학교 측에 사례 신고 및 통보 한다. 이와 비슷하게 Wee 센터에서도 학교폭력 사례 발견 시, 사례접수 후 위기 평가 및 접수 면접을 실시하고, 사례 신고 및 관련사항을 학교 측에 통보한다.

개입의 과정을 살펴보면, 우선 학교에서는 자치 위원회의 조사와 진행 심의를 통해 1차 합의 결과를 도출하게 된다. 즉 사안에 따른 분쟁 조정 결과로 피해/가해 측 조치가 수용되면, CYS-Net를 통해 피해자 및 가해자, 학부모 상담과 심리치료, 교육 및 YC지원을 해주며, 만약 피해/가해 측에서 처분 불복하거나 손해배상 관련 합의가 이루어진다면 CYS-Net을 통해 법률지원단 및 의료지원단의 자문을 구할 수 있다. 이러한 과정에서 CYS-Net은 PCM 배정 및 사례 관리와 내/외부 사례 위원회 개최, 지원계획 수립을 통해 학교 자치위원회에 사례위원회 결과를 통보해주며, 상담서비스와 법률 및 의료 지원서비스를 제공한다. Wee 센터는 사례회의를 실시하고 개입계획을 수립하여 자치 위원회에 사례회의 결과를 통보하고, Wee 클래스로 학생, 학부모 교육상담 및 심리치료를, Wee 센터로 단위학교에서 지도하기 어려운 위기 학생을 관리 및 지도한다.

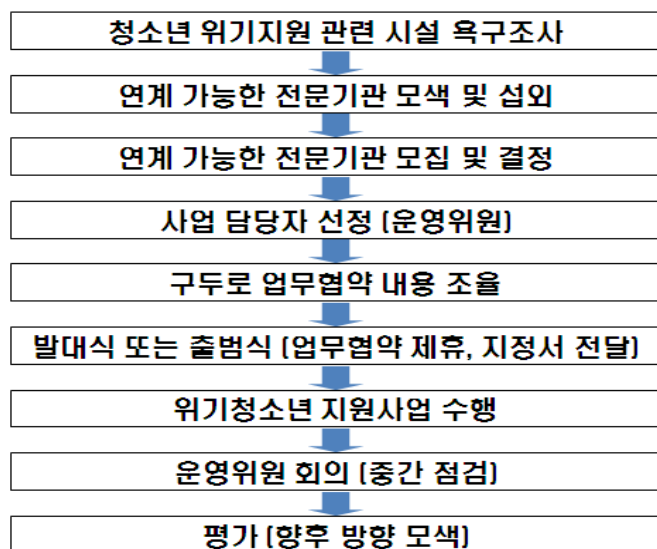
학교 내 자치 위원회 재조사를 거쳐 2차 자치위원회 진행 심의가 진행된다면 향후 개입 방안을 논의 한 후, 사후 관리로 피해가해학생 모니터링과 재방방지 계획 수립 및 관리를 하게 된다. 이후 지속적인 관리가 필요한 학생은 Wee 스쿨에 의뢰될 수 있다. CYS-Net에서는 전문가 소견으로 추가 개입이 필요한 경우 모니터링하여 학교에 사례 진행사항을 피드백 하고, 청소년 동반자나 1388청소년 지원단 등의 사후 관리를 실시한다. 이러한 과정에서 지속적인 관리가 필요하다



【그림 V-10】 학교폭력 발생 시 Wee 프로젝트와 CYS-Net과의 연계모형

고 여겨지는 학생은 Wee 스쿨에 의뢰한다. Wee 센터에서 역시 전문가 소견으로 추가 개입이 필요한 경우 모니터링하여 학교에 사례 진행사항을 피드백 하고, Wee 스쿨을 통해 장기적인 치유가 필요한 학생에 대한 통합 교육과정을 운영하게 된다.

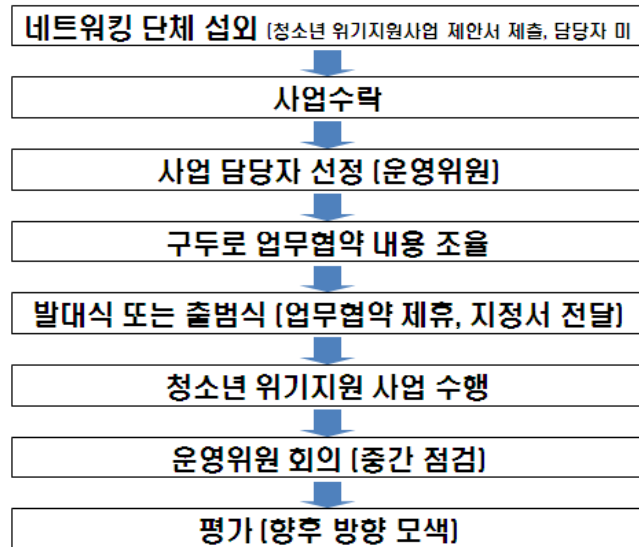
마지막으로 공공기관 및 민간전문기관과의 효율적 연계방안을 구축하기 위한 구체적인 과정을 제안하고자 한다. 먼저 공공기관과의 연계방안 구축을 위해서는 청소년 위기지원관련 시설의 욕구조사를 실시한다. 그 후, 연계 가능한 전문기관을 모색 및 섭외하고 모집을 통해 결정하게 된다.



【그림 V-11】 청소년보호시설과의 네트워크 구축과정

사업담당자를 선정하여 운영위원회를 조직하여 구두로 업무협약 내용을 조율한 후, 발대식 혹은 출범식을 시행한다. 이후, 실질적인 위기청소년 지원사업을 수행해 나가는데, 이러한 수행과정은 운영위원회를 통해 점검받아야 하며, 이러한 활동에 대한 평가를 실시함으로써 효율적인 연계모형을 구축해 나갈 수 있을 것이다.

민간 및 전문기관과의 네트워크 구축과정도 공공기관의 네트워크 구축과정과 유사한 과정을 따라 구축될 수 있다. 즉 네트워킹 단체를 섭외하고 사업이 수락될 경우 사업담당자를 선정한다. 이후 업무협약 내용을 구두로 조율한 후, 발대식을 시행한다. 위기청소년 지원사업은 운영위원회의 점검을 받으면서 수행이 되며, 이에 대한 향후 방향에 대한 평가를 통해 효율적인 연계모형을 구축해 나갈 수 있도록 한다.



【그림 V-12】 민간 자원 및 전문기관과 네트워크 구축과정

제 VI 장

결론 및 정책제언

1. 결론
2. 정책제언

제 VI 장³¹⁾ 결론 및 정책제언

1. 결 론

이 연구는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지원방안 마련을 위해 연구 영역을 크게 세 영역으로 구분하여 수행하였다. 첫째 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국단위 조사를 실시하였다. 이 조사를 통해 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 수준을 객관적으로 파악할 수 있는 자료를 확보하였다. 둘째는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내외 인프라 및 서비스전달체계를 고찰하고 이용자와 공급자 측면에서의 문제점을 분석하여 개선방안을 제안하였다. 세 번째 영역은 아동·청소년의 정신건강 증진을 위해 지역단위별 지원모형을 개발하여 제안함으로써 정책의 효과성과 효율성을 제고하는데 연구의 목적이 있었다. 각 연구 영역을 통한 결론은 다음과 같이 요약될 수 있다.

1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사 연구

아동·청소년 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국 16개 시·도의 초등학교, 중학교 및 고등학교에 재학 중인 남, 여 청소년 8,745명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사영역은 개인영역, 가족영역, 학교영역 및 지역사회 영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하여 각 영역별로 세부영역과 세부영역별 문항을 구성하였다.

주요 요인에 대한 조사결과 우울과 불안, 자살 생각이나 시도, 스트레스 등 부적응적 심리요인에서는 여학생이 남학생보다 평균점수가 더 높았으며, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등 개인 내(內) 적응적 심리요인에서는 남학생이 여학생보다 더 높은 평균점수를 나타냈다. 반면 게임중독, 비행 등의 경우는 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고, 대체로 연령이 증가할수록 각 세부요인에서 부정적인 결과를 나타냈다.

2011년과의 비교결과를 보면, 소폭이지만 우울, 불안, 게임중독, 스트레스 등 개인 내 부적응적

31) 이 장은 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)과 이선영 책임연구원(서울대학교 의료관리학연구소)이 공동 집필하였음.

심리요인의 평균점수는 낮아졌고, 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 가족관계의 질, 지역사회 지원 및 상호작용, 학교생활 등 전반적으로 적응적 심리요인의 평균점수는 높아진 것으로 나타났다. 하지만 개인 내 적응적 심리에 중요한 역할을 하는 부모 지원의 경우 앞선 결과와 달리 2011년도 보다 낮아진 것으로 나타났다.

각 세부 요인별 구체적인 주요결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 개인 내 부적응적 심리요인 중 우울과 불안의 경우 여학생이 남학생보다 모든 하위요인에서 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 연령이 증가할수록 모든 하위요인에서 평균점수가 높아지는 경향을 보였다. 가족 구성별로는 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 평균점수가 더 높은 경향을 나타냈다. 반면, 게임중독의 경우 남학생이 여학생보다 게임 중독의 모든 하위요인 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 교급별로는 중학생이 초등학생과 고등학생보다 모든 하위요인에서 더 높은 평균점수를 나타냈다. 가족구성별로는 양부모가정의 청소년이 조손가정, 한부모가정보다 낮은 평균점수를 나타냈다. 자살생각의 경우 여학생이 남학생보다 훨씬 많은 응답결과를 나타냈으며, 교급별로는 중학생이 가장 높았고, 다음으로 고등학생, 초등학생 순으로 나타났다. 자살시도 경험의 경우도 마찬가지로 여학생이 남학생보다 더 많았으며, 교급별로는 초등학생이 가장 높았고, 다음으로 중학생, 고등학생 순으로 나타났다. 스트레스도 마찬가지로 여학생이 남학생보다 평균점수가 더 높았으며, 교급별로는 교급이 높아질수록 스트레스를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 가족구성별에서는 한부모가정 청소년의 스트레스 경험률이 가장 높았다.

다음으로 개인 내 적응적 심리요인의 경우 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 모두 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고, 교급별에서는 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났다. 가족구성별에서는 양부모가정의 응답자가 한부모가정보다 평균점수가 더 높았다. 생활만족도 영역에서 남학생이 여학생보다 더 높은 점수를 보였으며, 교급이 올라갈수록 평균점수가 낮아지는 경향이 나타났다. 가족 구성에서는 양부모가정이 다른 가족구성보다 만족도가 높은 것으로 나타났다. 부모의 지원 및 가족관계의 질과 관련된 요인을 분석한 결과 남학생이 여학생보다 조금 더 높은 평균점수를 나타냈고, 교급별 비교에서 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났다. 가족구성에서는 양부모가정이 한부모가정보다 더 높게 나타났다.

마지막으로 학교영역에 대한 분석에서 학교수업과 학교생활의 경우 남학생의 평균점수가 여학생보다 더 낮게 나타났고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮게 나타나는 경향을 보였다. 그리고 가족구성별은 양부모가정의 평균점수가 한부모가정과 조손가정보다 높은 것으로 나타났다.

2) 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구

본 연구에서는 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 인프라 및 서비스 전달체계를 중심으로 연구를 진행하였다. 먼저 각 조직의 인프라 현황 및 조직의 운영상황을 분석하였고, 서비스공급을 위한 자원과 예산의 적절성여부를 분석하였다. 연구방법으로는 문헌고찰과, 포커스 그룹 인터뷰, 델파이조사 등 질적인 연구를 추진하였다.

본 연구결과 우리나라 아동·청소년의 정신건강문제와 가장 관련이 많은 원인은 사회환경적 요인이며 특히 가족과의 관계, 의사소통 등이 주요 요소인 것으로 분석되었다. 경제적 환경이나 다른 이유로 해체된 가정에서 자라게 되는 아동·청소년일수록 정신건강문제를 더 많이 경험하고 있고, 여기에 대한 서비스접근성은 아주 많이 미흡한 것을 알 수 있었다. 부모가 문제를 조기에 발견하여 도움을 구하는 경우, 학교나 보건의료기관에서 만족할만한 서비스를 공급받지 못하며, 재정적인 뒷받침, 정신과적 문제에 대한 사회적 편견, 서비스공급자 문제, 서비스의 지속성 등이 요구도에 비하여 크게 못 미치는 것으로 분석되었다. 또한 학교에서 학생정신건강검진 조사가 실시되고 있으나 이에 대한 대응력이 매우 부족한 상황이고, 지역사회 정신보건센터의 아동·청소년 정신건강 서비스는 매우 제한적이라서 많은 수요를 감당하기 어려운 상황이다. 이는 정부의 예산지원이 부족한 탓도 있고, 학교현장에서 아동·청소년 정신건강 증진에 관한 인식이 매우 낮기 때문인 것도 원인이라고 할 수 있다.

본 연구에서는 공공부문의 인프라와 서비스 전달체계를 주된 연구대상으로 하였지만, 서비스 이용자 측면에서는 종교기관과 같은 민간의 자원도 아동·청소년 정신건강 증진 지원을 하는 데 역할을 할 수 있다는 가능성을 엿볼 수 있었다. 아동·청소년의 정신건강 증진에 관심이 많은 부모들에게 중요한 정보원이 되고, 자원이 될 수 있기 때문이다.

아동·청소년기의 정신건강 증진의 과제와 정신건강문제는 지속적인 관리가 필요하다. 그러나 현재의 인프라 및 서비스 전달체계상에서는 단편적이고 분절적인 서비스만 존재하고 있기 때문에 효과를 기대하기 어려운 상황이다. 현재 정신보건의료체계 외의 지역사회 인프라인 Wee 센터와 한국청소년상담복지개발원 등은 아동·청소년의 정서적 심리적 문제를 관리할 수 있고, 정신과적 문제를 조기에 진단받을 수 있도록 의뢰할 수 있는 역할을 해야 하는데, 물리적으로도 제한되어 있고, 인력의 공급 또한 부족한 형편이어서 인력보강과 예산지원이 필요하다.

3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구

본 연구에서는 먼저 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례를 지역 규모별(대도시 지역, 중소도시 및 읍면지역)로 구분하여 정신보건센터, Wee 센터, CYS-Net을 통해 자료를 수집하여 제시하였다. 이 연구에서는 각 사례의 사례관리 내용과 지역자원 연계 내용 및 활용 결과(성과 및 결과)를 소개하였다. 또한 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 우수사례 검토하여 제시하였다. 이 연구에서는 약물남용으로부터 회복을 지원하기 위해 구성된 약물남용 및 정신건강 서비스국(SAMHSA)의 회복지향 돌봄체계 지침(ROSC)과 통합적 지역사회 정신건강 서비스(CMHI)를 소개하고, 본 연구의 연계모형에 필요한 요소들을 위한 시사점을 도출하였다.

한편, 효과적인 지원 모형 개발을 위하여 아동·청소년들의 정신건강 분야에 종사하고 있는 전문가들을 대상으로 표적집단면접(FGI)을 통한 의견을 수렴하였다. 면접을 통해 나타난 결과들을 살펴보면, 먼저 아동·청소년 정신건강과 관련된 부처별 문제점들의 경우, 각 부처들 간의 협의부족과 현장을 고려하지 못한 일방적인 업무 지시사항이 많다는 점과, 사업에 따른 각 기관의 정체성 문제, 명확한 업무지침의 부재, 그리고 관련 법안이 부재한 점이 보고되었다.

또한 기관별 문제점으로는 서비스 필요 대상에 비해 서비스를 제공해 줄 수 있는 전문 인력의 확보가 어려우며, 이러한 전문 인력 확보를 어렵게 하는 주요 요인으로는 인력에 대한 인건비 부족이 주요 요인으로 대두되었다. 한편, 연계의 성공요인으로는 실무자 개인의 역량이 매우 중요한 요인으로 꼽혔으며, 연계기관 확보를 위해서는 적절한 경제적 지원이 따라야 하는 것으로 나타났다. 연계 시 어려운 요인으로는 체계적이고 조직화된 연계시스템이 부족하다는 점과 연계 기관 간 의사소통 부재로 드러났다. 즉 개인의 역량이 연계 시 중요한 요인으로 작용하였다.

마지막으로 이 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원 모형을 개발하였다. 상담 및 정서적 지원을 위한 1차 안전망과 여러 지역기관을 연계하여 정신건강 증진을 위해 지원할 수 있는 2차 안전망, 3차 안전망으로 구성되어 있는 Wee 프로젝트, CYS-Net 모형을 제시 및 운영방안을 소개하였다. 또한 Wee 프로젝트와 CYS-Net과의 연계모형을 토대로, 학교폭력 사건에 대한 개입을 위한 모형을 소개하고, 청소년보호시설, 민간자원 및 전문기관과의 네트워크 구축과정을 제시하였다.

2. 정책제언

정신건강에 있어 정신건강증진은 정신건강 문제를 예방하기 위한 다양한 방법의 개발, 실행, 보급 그리고 지속성을 담보하는 것이 매우 중요하다. 아동·청소년을 위한 정신건강 증진과 정신질환 발생을 예방하기 위한 인프라는 조직력 구성, 즉, 정책개발과 이를 실현하기 위한 거버넌스, 정부기관들과 지역사회들의 협력이 필수적이며, 이를 수행하기 위한 숙련되고 훈련받은 전문 인력의 양성이 기반 되어야 한다. 또한 정책수립의 근거가 되는 자료 수집과 보급, 즉, 역학조사 및 조사연구 결과, 수행한 사업에 대한 결과 모니터링이 있어야 한다. 마지막으로 이를 수행하는 지역사회의 역량을 강화시키는 것이 중요한 요소가 된다.

아동·청소년기 정신건강문제는 정상적인 성장발달을 저해하고 다양한 부적응의 문제를 야기하여 추후 성인기 정신질환의 문제로 이완될 가능성 때문에 그 중요성이 더 부각되고 있다. 사회적 부담과 사회비용의 지출 측면에서도 아동·청소년기의 우울증과 품행장애는 높은 의료비용을 발생시키며, 이들이 성장하여 성인이 되었을 때, 정신건강 서비스 이용률이 그렇지 않은 집단보다 높다. 따라서 아동·청소년기에 적절한 예방이 이루어지면, 정신건강 증진의 효과가 크고 특히, ADHD와 우울증은 조기발견 및 조기치료 시 치료효과와 예후가 좋다는 연구결과(김효진 외, 2009)가 보고되고 있다. 때문에 아동·청소년기 정신건강에 대한 조기개입은 한 개인의 건강한 성장 측면에서 뿐 아니라 국가의 사회적 부담을 감소시킬 수 있는 매우 중요한 전략이기도 하다.

지금까지 살펴본 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 2차 연구 결과를 근거로 몇 가지 정책 제언을 하고자 한다.

1) 중앙정부 단위 거버넌스 협력 체계 구축: 국가 아동·청소년정신건강위원회 설치

아동·청소년 정신건강 영역에서 중요한 문제 중 하나는 부처 간의 분산이다. 현재 각 부처에서 추진되고 있는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 사업은 다양한 명칭 아래 하나의 통합된 방향 없이 진행되고 있다. 또한 부처 간의 ‘실적’이라는 명목으로 교육과학기술부와 보건복지부의 학생정서행동선별검사 이외의 협력은 거의 부재한 상황이다. 각 부처별로 접근방법이나 대상자의 위기의 수준은 다르지만 모두 아동·청소년의 정신건강 증진을 통해 사회구성원으로서의 성장을 돕는다는 것에는 그 목적이 같으나 실상은 별도의 사업으로 추진되고 있다. 이처럼 부처 사업간 연계가 되어

있지 않아 결과적으로 효율적이고 일원화된 지원체계를 마련하지 못하고 있고 서비스가 필요한 아동·청소년들에게 적절한 서비스가 제공되지 못하고 있다는 부작용이 발생한다.

아동·청소년 정신건강 증진사업도 다른 사업과 마찬가지로 지속적인 개입과 관리가 필요한 사업이다. 특히 아동·청소년기는 건강한 성장을 통해 건강한 성인으로 성장할 수 있는 기반이 되는 시기이므로 신중하고 질 높은 지속적인 사례관리가 필요하다. 그러나 현실적으로 사업을 진행하는 기관의 상황을 살펴보면, 이러한 질 높은 지속적인 사례관리가 가능하지 않은 상태임을 확인할 수 있다.

제대로 된, 질 높은 사례관리를 제공하지 못하게 될 경우, 대상자들에게 정신건강 서비스에 대한 인지도와 체감도를 떨어뜨리는 부정적인 결과를 가져올 수 있으며, 실제로 정신건강의 문제를 발견만 하는데 그치고 마는 행정편의주의적 사업으로 전락될 수 있다. 이렇게 지속적인 서비스를 제공하지 못하거나 개입시기가 늦어지는 경우, 조기발견을 통한 조기개입으로 건강한 성인으로 성장을 도모하고자 하는 원래 목적과는 다른 결과를 낳을 수밖에 없게 된다.

이상의 한계를 해결하기 위해서는 부처 중심이 아니라, 대상자 중심의 부처 간 협력이 이루어져야 하고, 이를 통해 지역 내에 헤드쿼터 역할을 담당할 기관이 지정되어 사업 체계를 갖추어야 할 것이며, 나아가 아동·청소년의 건강한 성장을 위한 적절한 서비스제공과 지속적인 사례관리를 위해 관련 기관의 운영에 대한 정부차원의 보다 실질적이고 적극적인 지원이 마련되어야 할 것이다.

아동·청소년 정신건강을 위해서는 정신건강 분야를 넘어 그 이상으로 확대시키는 것이 매우 중요하다. 모든 건강분야와 아동·청소년의 정신건강에 영향을 끼칠 수 있는 다른 분야들까지도 포괄해야 한다. 아동·청소년 정신건강 정책이 실현되기 위해서는 협력적인 정부조직들이 동등하게 중요하며 직접, 간접적으로 아동·청소년의 정신건강에 영향을 끼친다. 이는 중앙정부(중앙부처), 시·도단위 관련 부서, 그리고 시·군·구 단위 관련 부서의 조직과 위원회를 설치하는 것을 의미한다. 이를 위해서 [아동·청소년 정신건강증진을 위한 지역별 지원모형]에서 제시한 바와 같이 국무총리 산하 ‘청소년정책조정회의’와 같은 ‘국가단위 아동·청소년정신건강위원회’가 설치되고, 어느 한 부서에서 주도함으로써 인해 발생될 수 있는 부작용을 최소화하기 위한 기반 조성이 매우 중요하다. 즉, 국무총리 혹은 대통령 산하에 위원회가 설치되어 다부처의 협력을 이끌어 낼 수 있어야 할 것이다.

2) 정부조직과 지역사회의 협력 도모

정부조직과 지역사회와의 협력은 아동·청소년 정신건강 증진과 문제 해결 및 예방에 매우 중요한 역할을 한다. Harris 등(1995)은 필요, 기회, 능력, 인지, 관계, 계획된 행동 그리고 지속되는

결과들을 포함하는 효과적인 협력관계를 위한 조건을 제시한다. 조직의 역할에 대해 명확히 하는 것이 효과적인 협력을 기대할 수 있다. 이것은 조직의 중심사업을 결정하고 기본적인 원리나 철학적 신념들, 그리고 이것들을 명확하게 하는 것을 포함한다. 또한 서비스 전달을 위한 기준을 만드는 것을 포함하며 공동으로 일하기 위한 형식적인 절차를 만드는 것을 돕는다.

정부조직과 지역사회의 협력이 이루어지지 못하면, 지역 내에서도 서비스 제공기관 간 업무 중복과 사각지대가 발생되기도 한다. 이러한 지역사회 내 다양한 시설 간의 연계가 필요함에도 불구하고 이를 연결해줄 수 있는 헤드쿼터(headquarter) 역할을 하는 조직이 부재한 것이 이러한 역기능적 상황을 유발하는 가장 큰 원인이라고 본다. 실제로 지역 내에서 정신건강 서비스의 중복과 누락이 발생되고 있다. 따라서 이러한 아동·청소년 정신건강 서비스를 책임지고 추진해나갈 수 있는 주체가 필요하며 이를 위한 기관간의 협력이 절실히 필요하다.

또한 아동·청소년 정신건강증진은 경미한 정신질환자에서 심각한 정신질환으로까지 그 스펙트럼이 넓게 포진된다. 따라서 심각한 정신질환으로 이완되거나 그럴 가능성이 존재할 때, 지역사회 연계율 확보 및 전문 서비스 강화가 기본적으로 지역사회에서 마련되어야 이를 해결할 수 있는 인프라가 갖추어 지는 것이라고 본다.

더불어 [지역별 지원모형 연구]에서 제시한 바와 같이 지역사회의 규모에 따른 지원모형이 개발되어 적용, 평가를 통해 효율적인 모델로 정착될 수 있도록 해야 한다. 특히, 서울시와 같은 대도시 지역 모형, 중소도시 모형, 나아가 시·군·구 지역 모형이 제대로 운영되어 지역별 차이가 차별이 아닌 구별로서 지역의 규모와 특성에 맞는 시스템을 갖출 수 있는 협력 방안이 마련되어야 한다.

3) 숙련되고 교육받은 전문가 확보 및 활용

아동·청소년의 정신건강의 문제는 증진에서 치료까지 넓은 스펙트럼이 모두 포괄되어야 한다. 따라서 아동·청소년의 정신건강을 발견하고, 증진을 돕고, 필요시 다음 단계 서비스로 연계하고, 치료 및 재활을 돕기 위한 인력의 확보는 매우 중요하다.

현재 아동·청소년 정신건강의 문제를 발견하는 주체는 학교 교사, 아동·청소년의 부모(혹은 보호자), 시설의 보육교사(지역아동센터의 돌봄 교사) 등일 것이다. 이들이 잘 발견할 수 있도록 돕는 것은 이들을 대상으로 한 홍보 및 교육일 것이다. 두 번째로 정신건강의 문제를 의뢰받거나 좀 더 깊게 볼 수 있는 주체는 Wee 센터, 청소년상담복지센터의 전문가이다. 이들 전문가들은 경미한 정신건강의 문제를 갖고 있는 아동·청소년에게 정신건강 증진을 도모하기 위한 프로그램, 상담을 질적으로 제공할

수 있게 교육 및 훈련이 보장되어야 한다. 정신건강의 문제의 크기 비교적 큰 아동·청소년의 경우, 정신보건센터와 소아정신과 전문의가 다음 단계로 의뢰받아 서비스를 제공하게 된다. 정신보건센터의 경우, [인프라 현황 및 서비스전달체계 개선 방안 연구]에서 제시한 바와 같이 서비스 대상, 콘텐츠 및 목표설정의 구체화, 그리고 공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정 등을 통해 서비스의 질 향상을 도모해야한다. 더불어 모든 지역을 커버하기 위한 인프라 자체가 확보되는 것이 우선되어야 한다.

각각 단계별로 투입되는 인력에 대한 교육 및 훈련 체계가 마련되어 각자의 단계에 맞는 서비스 제공을 위해 인력이 배치되어 자신의 역할을 충실히 이행할 수 있는 기본 틀이 마련되어야 할 것이다. 정신건강 증진에 투입되는 인력에 대한 교육·훈련 체계의 마련과 더불어 어떠한 직역과 전문영역이 각자의 역할을 수행할 것인가에 대한 규정이 명확히 되어야 할 것이다. 현재는 혼재되어 있어 어디까지 단계별로 정신건강 전문가 볼 것인가에 대해 혼란이 발생한다.

미국의 경우 “학교정신보건법”을 통해 국가차원의 정신건강사업을 적극적으로 실천하고 있으며 필요에 따라 다양한 전문가를 확보하여 지원하고 있다. 호주의 “Mind Matters” 경우, 초기 정신질환에 보다 신속하고 적극적으로 대응하기 위해 학교에서의 역할, 지역사회에서의 역할, 정부차원의 역할에 대해 명확하게 제시하고 있다. 또한 각 수준에서 보다 적극적인 대처를 할 수 있도록 하고 있다.

4) 근거중심 아동·청소년 정신건강 증진 프로그램 개발 및 보급

아동·청소년 정신건강을 증진시키고 성장과정에서 정신질환으로의 이완을 예방하기 위해서는 근거 기반 한 프로그램의 개발이 매우 중요하며 이에 대한 결과 모니터링 체계가 필수적으로 구축되어야 한다.

현재 교육과학기술부 중심으로 진행되고 있는 학교정신건강관리제도는 단순히 선별검사를 하는 것만으로는 그 효과를 거두기 어려우며, 학교 내 예방프로그램이 병행되어야 한다. 더불어 선별검사를 통해 서비스를 필요로 하는 학생에게 정신보건서비스에 대한 사후관리가 되지 않는다면 ‘학교정신건강관리’가 아닌, 단순 ‘실태조사’에 지나지 않을 것이다. 그러나 현재 진행하고 있는 학교에서는 선별검사를 위주로 진행하고 있다.

미국의 Teen Screen Program에서도 단순한 선별검사만으로는 원래의 목적을 달성하기 어렵다는 것을 알고 있어 검사로 그치지 않고 다양한 예방교육과 정신건강프로그램을 병행하고 있다. 더불어 지역사회 연계를 통해 지속적인 개입이 이루어지도록 지원하여 결과적으로 Teen Screen Program을

통해 학생들의 정신건강이 증진되었음이 증명되었다.

역학조사 및 현황조사 결과 생산을 통한 data를 확보하는 것 역시 프로그램 개발 및 보급에 기초를 제공한다. [조사결과 자료집]을 통해 2차 년도에 걸친 우리나라 아동·청소년의 전반적인 정신건강상태의 변화를 볼 수 있다. 이러한 결과를 통해 현재 어떠한 정신건강 증진 프로그램이 필요한지, 또한 어떠한 우선순위로 대안을 마련할 것인지에 대한 근거가 마련된다.

예를 들어, 2011년과 2012년의 조사 결과를 비교해 보면, 고등학생의 경우 ‘자신에 대한 실망’에서 2012년 증가한 것으로 나타났으며 ‘술을 마신 적이 있다’, ‘음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다’고 응답한 비율이 증가하는 경향을 보인다. 또한 ‘내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각 한다’, ‘나는 대부분의 다른 사람들과 일을 잘 할 수 있다’라는 질문에 대해서는 ‘그렇다’의 비율이 낮아지는 경향을 보인다. 또한 2012년 조사를 보면, ‘자살에 대해 생각해본 적 있다’고 응답한 경우는 23.4%(2,043명)이고, ‘자살을 시도해본 적 있다’고 응답한 경우는 3.4%(294명)로 나타나 현재 우리나라 아동·청소년들의 자살사고가 매우 심각한 수준이라는 것을 알 수 있다. 이와 같은 대규모 조사를 지속적으로 수행함으로써 우리나라 청소년들의 정신건강 상태에 대해 모니터링 할 수 있을 것이며, 또한 이러한 결과를 근거로 향후 우리나라 아동·청소년들에게 필요한 프로그램 개발의 근거로 활용할 수 있을 것이다.

더불어 국가 단위 정신질환 역학조사에서 2001년 시작하여 3차례(5년 단위 조사) 시행되었으나, 대상을 ‘18세 이상 74세 미만 국민’으로 규정하고 있어 실제 18세 미만 아동·청소년에 대한 역학조사는 이루어진바가 없다. 기본 조건으로서 아동·청소년에 대한 정신질환 역학조사를 국가단위에서 실행하도록 강력하게 요구해야 할 것이다.

5) 정신건강교육 실시를 통한 아동·청소년 정신건강 역량 강화

미국과 호주의 경우 국가적으로 아동·청소년 정신건강을 위해 별도의 법안을 마련하고 다양한 사업을 통합적으로 관리할 수 있는 관리체계를 두고 있다. 이러한 기본 체계구성을 통해 사업이 효과적으로 이루어지고 있으며, 나아가 다양한 영역에서 체계적인 관리가 이루어지고 있다. 초·중·고등학교에서 정신건강 과목을 필수과목으로 운영하면서, 초등학교부터 자신의 생각과 의사를 분명히 표현하는 의사소통법을 가르치고, 중·고등학교에 이르러서는 우울, 자살의 징후나 예방법, 자가진단법 등을 상세히 기술하고 있다. 아동·청소년들은 성장하면서 얼마든지 정신건강도 문제가 나타날 수 있으며, 이때는 적절한 도움과 치료가 필요하다는 사실을 배우는 것이다.

정신건강교육이 교과과정에 포함될 경우 정신건강 증진과 정신질환에 대한 올바른 이해를 높이는 데 가장 효율적인 수단이 될 것이며, 궁극적으로 정신건강문제의 조기발견, 치료 및 재활에 기여하여 사회적 비용을 절감하는 효과가 예상된다. 이 프로그램에는 학생 스스로 정신건강문제를 조기에 인식할 수 있는 방법을 설명하고, 어느 선까지 스스로 조절해야 하며, 어느 선부터는 전문치료기관을 이용해야 할지 판단할 수 있는 기준을 제시해야 한다.

또한 학교에서는 물론 자신이 속한 지역사회에는 정신건강 서비스 관련기관이 어디에 있으며, 어떻게 이용할 수 있는지 실제적인 방법이 소개되어야 한다. 또한 정신건강교육을 조기에 실시하게 됨으로써 우리나라에 만연되어 있는 정신질환에 대한 낙인과 편견해소에 가장 효과적일 것이다.

우리나라는 2007년 17대 국회에서, 2009년부터 전국의 모든 학교에서 학생들이 체계적으로 보건교육을 배우도록 의무화 하는 학교보건법 개정안이 통과되었다. 2008년 9월에 교육과학기술부 장관이 초등학교 5·6학년, 중학교 1개 학년, 고등학교 1학년에 한하여 재량활동 시간에 연간 17시간 이상 의무적으로 보건교육을 실시하도록 고시하였다. 이 시간을 통해 정신건강교육을 실시하는 것이 바람직한 그림일 것이다. 그러나 제대로 운영되는지에 대해서는 회의적이다. 일부 학교에서는 2009년부터는 법적으로 반드시 실시하도록 하는 보건교육 시간도 편제하지 않거나 축소하고 있는 상황이다. 이를 적극적으로 개선하여 ‘정신건강교육’을 통한 학생 스스로 역량을 강화시킬 수 있는 근거라 마련되는 것이 매우 중요할 것이다.

6) 정신건강 홍보와 교육을 통한 지역사회 역량 강화

서비스가 필요하면서도 서비스 정보 이용이나 접근이 취약한 대상을 위한 맞춤형 홍보방안이 마련되어야 한다. 이를 통해 지역사회 전체가 ‘아동·청소년 정신건강 증진을 도모할 수 있는 지역사회’로 역량을 강화시킬 수 있다.

특히 [인프라 현황 및 서비스전달체계개선 방안연구]에서 밝힌 바와 같이 학교의 가정통신문 활용, 학부모간담회, 부모교육 등을 통해서 아동·청소년 정신건강에 대한 홍보를 강화해야 한다. 더불어 관련 기관(정신보건센터, Wee 센터, 청소년상담복지센터 등)에서는 아동·청소년 정신건강에 대한 전화안내, 민간기관 홍보, 방송홍보, 개별방문 홍보 등의 방법을 총동원하여 인식의 변화를 도모시키도록 노력해야 한다. 이러한 홍보는 아동·청소년 정신건강에 대한 이해를 통해 문제의 발견과 의뢰, 연계를 통한 치료라고 하는 모든 맥락에서 기본 자원으로 활용될 수 있기 때문이다.

더불어 지역사회는 구성원들이 자신의 정신건강 증진을 도모하고 유지시키기 위한 적절한 인프라를

확인하고 부족한 것이 있는지를 파악하도록 하는 것은 매우 중요하다. 지역사회 구성원은 정신건강 증진을 위해 지역사회의 능력에 영향을 끼칠 수 있는 사회적 요소, 복지혜택 이용, 적절한 주거환경, 자녀양육, 스포츠 및 오락시설, 대중교통, 학교 및 교육 기회의 보장 등에 대해 스스로 판단하고 요구할 수 있는 힘을 기를 수 있다.

[지역별 지원모형 개발]에서 제시한 것처럼, 지역별 인프라 수준에 따라서 다른 접근이 필요한 것도 사실이나, 기본적으로 갖추어야 할 인프라가 부족하다는 것에 대해 요구할 수 있는 역량을 지역사회가 배양할 수 있는 힘을 기르는 것이 더 중요한 요소일 것이다. 특정 문화집단이 경험한 차별 대우, 소속감 그리고 시민의식과 같은 사회자본과 관련된 사회적 요소들이 지역사회 구성원의 정신건강에 큰 영향을 끼치기 때문이다. 정신건강의 문제를 정의하고 해결을 모색함에 있어 스스로 참여하고 문제를 해결할 수 있는 회복력이 스스로에게 있음에 대한 역량 강화 자체가 정신건강 증진에 기여하게 된다.

7) 교육현장 중심의 Wee 프로젝트와 지역사회 기반의 CYS-Net간의 상호공조 강화

[지역별 지원모형 개발]에서 제안한 바와 같이 정신건강상 위기 수준에 따른 효율적 개입을 위하여 교육현장을 중심으로 하는 안전망으로서의 Wee 프로젝트와 지역사회에 기반을 둔 청소년 통합지원체계로서의 CYS-Net이 상호공조하여 대응해야 할 필요가 있다. 현재 두 가지 사업의 운영방식이나 역할에 있어서 차별성 확보를 기반으로 한 연계의 필요성이 대두되고 있다.

위 두 가지 정책 사업 간의 기능을 구분해 본다면, 우선 Wee 프로젝트의 경우에 심리평가 실시 및 청소년들이 학교 내에서 호소하는 문제를 중심으로 예방을 위한 상담(대인관계, 학업, 진로, 인터넷 중독 등)과 특별교육 프로그램 참가(정신건강, 특별교육 등), 학교폭력을 비롯한 학교 위기 조정, 외부기관 의뢰(대외 연계 업무) 등의 기능을 중심으로 그 역할을 규정할 수 있다. CYS-Net의 경우에는 Wee 프로젝트에서 제공될 수 없는 지원방안으로서 상담 및 정서적 지원, 사회적 보호, 학업중단 청소년을 위한 교육 및 학업지원, 진로 및 취업지원, 의료 및 건강지원, 여가 및 문화 활동 지원, 기초생활 및 경제적 지원 등의 통합적 서비스 제공 기능 등을 중심으로 그 역할을 규정하는 것이 바람직할 것이다.

.....

참 고 문 헌

참 고 문 헌

- 강은정 (2009), 호주 빅토리아주 정신건강 개혁 전략 2009~2019와 시사점, **보건복지포럼**, 155, 77-87.
- 건강보험심사평가원 (2010). 보도자료.
- 교육과학기술부 (2007). 학생정신건강관리방안.
- 교육과학기술부 (2010). 학생 정서·행동 선별검사 및 추구관리 매뉴얼.
- 교육과학기술부 (2011). 학생 정서·행동 선별검사 및 추구관리 매뉴얼.
- 김미숙, 우국희, 양소남, 이주연, 이정현 (2011). **선진국의 아동사례관리체계 비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로**(연구보고서 2011-16-1). 서울: 한국보건사회연구원.
- 김봉년, 김수진, 김재원, 김현수, 손정우, 신윤미 (2009). **전국 지역정신보건센터에서의 소아청소년사업을 위한 기본 사업 모델 및 사업표준가이드라인과 프로토콜 개발 연구**. 서울: 건강증진사업지원단.
- 김성식, 김안나, 정귀생, 정창현, 황화성, 이남교, 안정희 (2000). **학교부적응실태조사 및 적응 프로그램 개발**. 한국청소년교육연구회. 서울: 문영사
- 김윤, 이명수, 이선영, 강상경, 곽영숙, 김정희, 김명식, 남윤영, 문용훈, 박종익, 백종우, 서규동, 이영문, 이진석, 조근호, 이계성 (2010). **국가정신보건 5개년 계획 (2011-2015) 수립**. 서울: 건강증진사업지원단.
- 김윤, 이선영, 오무경, 이은정, 강미영 (2009). **정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계 개발**. 서울: 건강증진사업지원단.
- 김효진, 조수철, 김재원, 강제욱, 신민섭, 김효원, 윤명주, 이경영, 강연주, 김봉년 (2009). **소아청소년 정신건강 선별검사 및 치료연계 효율성에 대한 연구: 지역사회중심 연구. 소아청소년정신의학**, 20, 129-139.

- 민성길 (2006). **최신 정신의학**. 서울: 일조각.
- 박재연 (2009). 청소년 자살에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인의 구조적 관계 검증. **청소년학연구**, 16(10), 249-272.
- 박효정, 안동현, 김현정, 현미나, 김운영, 이혜숙, 남동현, 김상원 (2008). **2008 학생정신건강검진 시범운영 사업 결과 및 추진 방안 연구**(CR2008-70-02). 서울: 한국교육개발원.
- 배주미, 김동민, 정슬기, 강태훈, 박현진 (2010). **2010년 전국 청소년 위기 실태조사**(2010 청소년 상담연구 154). 서울: 한국청소년상담복지개발원.
- 배주미, 이승연, 김은영 (2010). **청소년 자살 사후개입 매뉴얼 개발: 학교 장면에서의 개입을 중심으로**. 서울: 한국청소년상담복지개발원.
- 변보기 (2008). 미국 아동정신건강정책의 주요내용과 한국적 함의. **교육의 이론과 실천**, 13, 71-91.
- 변용찬, 윤상용, 김성희, 강민희, 이민경, 권선진, 박종현, 변경희, 석재은, 이경석, 이선우, 이승기, 이지수, 정한영 (2009). **2009 장애인 복지 인프라개선 연구 I** (정책보고서 2010-47-1). 서울: 한국보건사회연구원.
- 보건복지부 (2010). 제5차 2009년 청소년건강행태온라인조사 통계.
- 보건복지부 (2007). **정신건강사업안내**. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부 (2009). **정신건강사업안내**. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부 (2010). **정신건강사업안내**. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부 (2012a). **2012년도 아동분야 사업안내**. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부 (2012b). **사회복지관 운영관련 업무처리 안내**. 서울: 보건복지부.
- 세계일보 (2011.11.01). [죽음의 문턱에 선 아이들] '우울증 늪'에 쉽게 빠져...청소년 정신건강 적신호.
<http://www.segye.com/Articles/NEWS/SOCIETY/Article.asp?aid=20091101002193&subctg1=&subctg2=>에서 인출.
- 신민섭, 박광배, 오경자 (1991). 우울증과 충동성이 청소년의 자살행위에 미치는 영향. **한국심리학회지: 임상** 10(1), 286-297.
- 여성가족부 (2010). 제4차 청소년정책(수정·보완)기본계획.
- 오경자, 송동호, 하은혜 (2003). **청소년기 정서장애의 조기발견 및 정신건강 서비스 연결체계 모형개발**. 서울: 건강증진사업지원단.

- 유성경 (2002). 청소년 비행관련 위험요소 및 보호요소의 남녀별 차이분석. **교육심리연구**, 16(2), 201-217.
- 이시형, 이세용, 정현희, 박현선 (1997). **부모-자녀관계와 청소년기 심리사회적 적응**(연구보고서 제 97-7호). 삼성생명 사회정신건강연구소.
- 이영호, 심경순, 김태준 (2006). **정신보건사회복지의 이해**. 서울: 학지사.
- 이정숙, 최영, 박향, 김수진, 정순복, 권영란, 양미화, 최봉실, 이성희, 오은주 (2003). **일 도시 중학생을 위한 학교정신보건사업 모형**. 전남대학교 간호과학연구소.
- 이진석, 이선영, 김명정, 최혜원, 한혜민 (2011). **학생정신건강관리 체계 운영 실태 분석을 통한 문제점 확인 및 개선방안 연구**. 서울대학교, 충북교육청.
- 이호근 (2011). **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구**(연구보고 11-R22-3). 서울: 한국청소년정책연구원.
- 전영주 (2001). 우울증을 매개로 한 청소년의 자살구상에 관한 가족 및 학교환경의 경로분석 모델. **대한가정학회지**, 39(1), 151-167.
- 정인원, 장동원, 서동우, 김진학, 이종일, 홍진표, 이해국, 방수영 (2005). **국민의 정신건강 증진을 위한 국립정신병원의 역할과 발전방향**. 서울: 건강증진사업지원단.
- 조수철, 고복자, 김봉석, 김봉년, 김재원, 신민섭, 유한익, 이동우, 이준영, 이재원, 정동선, 전성일, 정희연, 홍진표, 황준원, 한성희 (2006). **2005년도 역학사업보고서 - 서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사-**. 서울: 서울특별시, 학교보건진흥원, 서울대병원 소아정신과, 서울시소아청소년광역정신보건센터.
- 중앙정신보건사업지원단(2011). 내부자료.
- 최인재, 모상현, 강지현 (2011). **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I**. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 최인재, 이기봉(2010). **한국 청소년 지표 조사 V : 건강안전(보호) 지표**. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 홍연숙, 송진희, 김진학 (2006). **정신질환 조기개입 정책 개발을 위한 기초연구**. 서울: 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터.
- 홍영수, 전선영 (2005). 청소년의 생활스트레스가 자살생각에 미치는 영향과 우울의 매개효과. **정신보건과 사회사업**, 19, 125-149.

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (2002). Toward a comprehensive policy vision for mental health in schools. In M. Weist, S. Evans, & N. A. Lever (Eds.), *School mental health handbook* (pp. 23–42). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Atkinson, M., & Hornby, G. (2002). *Mental Health Handbook for Schools*. London: Routledge Falmer.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1497–1505.
- Columbia University (2003). Teen Screen Program; Mental Health Check-ups for Youth. www.teenscreen.org.
- Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School based screening : A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*, 2(4), 166–176.
- Furlong, A., & Cartmel, F. (1997). *Young People and Social Change: Individualization and Risk in Late Modernity*. Buckingham: Open University Press.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Cheok, F. (2002). Mental health literacy of those with major depression and suicide ideation: An impediment to help seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 394–404.
- Gray, P. (2000). *Mental Health in the Workplace: Tackling the Effects of Stress*. London: The Mental Health Foundation.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(4), 404–417.
- Harris, E., Wise, M., Hawe, P., Finlay, P., & Nutbeam, D. (1995). 'Common Wealth Department of Human Services and Health, National Centre for Health Promotion', Intersectoral Action for Health, University of Sydney, Acnberra:

- Government Printing Service.
- Weist, M. D., Rubin, M., Moore, L., Adelsheim, S., & Wrobel, G. (2007), Mental Health Screening in School, *American School Health Association*, 2, 53–58,
- Masako, M. (2002). *The role of perceived family dysfunction in the occurrence and severity of adolescent suicidality among urban ethnic minority psychiatric outpatients*. Unpublished Doctoral dissertation, University of Columbia.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Global Health Promotion*, 14(2), 17–22.
- Morgan, A., Currie, C., Due, P., Gabhain, S. N., Rasmussen, M., Samdal, O., & Smith, R. (2008). Mental well-being in school-aged children in Europe: Associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. *Social cohesion for mental well-being among adolescents: Report of the 2007 WHO/HBSC Forum*, 12–25.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school based intervention programme. In D. Pepler, & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (411–418). Hillsdale: Erlbaum.
- Rao, M. (2001). Book Review: Promoting children's emotional well-being. *Journal of Public Health Medicine*, 23(2), 168.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Trish Beuhring, J. T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1997), Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.
- Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 193–212.

- Rowling, L., Martine, G., & Walker, L. (2008). **소아청소년 정신보건증진: 개념과 실제**. (곽영숙, 박순영 공역). 서울: 하나의학사. (원서출판 2001).
- Rutter, M., & Smith, D. J. (1995). *Psychosocial disorders in young people: Time, trends, and their causes*. Chichester: Wiley.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). New York: Cambridge University Press.
- SAMHSA (2009). *Designing a recovery-oriented care model for adolescents and transition age youth with substance use or co-occurring mental health disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- SAMHSA (2010). *Recovery-Oriented Systems of Care (ROSC) resource guide*. <http://www.samhsa.gov>.
- Scales, P. (1999). Reducing risks and building developmental assets: Essential actions for promoting adolescent health. *Journal of School Health*, 69(3), 113–119.
- Steinhausen, H. C., Meier, M., & Angst, J. (1998). The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males. *Psychological Medicine*, 28(2), 375–383.
- Vallant, G. E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373–1384.
- WHO (2001). Mental health policy project.
- WHO (2003). Investing in Mental health.
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Burton, P., & Blair, E. (2000). Mental health disorders in children and young people: Scope, cause and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 570–578.

.....

부부

부 록

조사학교 ID
(기록하지 마세요)

--	--	--	--	--	--

2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사

안녕하십니까?

한국청소년정책연구원은 국무총리 산하 정책 연구 기관으로 아동·청소년 관련 각종 조사 연구와 정책 개발 업무를 담당·수행하고 있습니다.

이 조사는 한국의 아동·청소년들의 정신건강과 관련하여 실태를 조사하고 현황을 파악하여 더 나은 청소년 정책을 만들기 위한 목적으로 실시됩니다.

여러분께서 응답해 주신 내용은 무기명으로(이름을 밝히지 않고) 처리되어 아동·청소년 관련 정책 수립을 위한 연구 자료로만 활용되므로 개인의 비밀이 철저히 보장됩니다. 또한 여러분의 응답 내용은 학교에서나 선생님이 절대로 볼 수 없으며, 모든 질문에는 맞고 틀린 답이 없습니다.

여러분의 의견이 정확하게 정책에 반영될 수 있도록 솔직하고 성실한 응답을 부탁드립니다. 본 조사에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2012년 5월

한국청소년정책연구원
(137-715) 서울특별시 서초구 태봉로 114
<http://www.nypi.re.kr>

주관기관: 한국청소년정책연구원	담당자: 최인재 박사	(02)2188-8876
수행기관: (주)한국리서치	담당자: 황인창 차장/염숙희 팀장	(02)3014-0086/0131

조사 일시	2012년 ____월 ____일 ____시 ____분부터 ____시 ____분까지
면접원 성명	면접원 ID

설문지 작성 요령

설문지에는 여러분 자신에 관한 질문들이 들어있습니다. 사실대로 대답해야 하는 질문도 있고, 여러분의 생각을 밝혀야 하는 질문들도 있습니다. 질문의 내용을 잘 읽고 정확하고 솔직하게 응답해 주세요. 만일 이해가 되지 않거나 궁금한 것이 있으면 앞에 계신 면접원 또는 선생님께 손을 들고 질문해도 좋습니다.

♣ 표시하는 방법

질문 다음에는 대개 1에서 4까지의 숫자 중 하나를 골라 답을 하게 되어 있습니다. 왼쪽의 문장을 읽고, 여러분이 생각할 때 ‘전혀 그렇지 않다’면 ①에, ‘그렇지 않은 편이다’면 ②에, ‘그런 편이다’면 ③에, ‘매우 그렇다’면 ④에 동그라미(○)로 표시해 주세요.

<보기1>

		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
a	나는 지각을 자주 한다	①	②	③	④

☞ 나는 한 번도 지각을 매우 자주 했기 때문에 ‘④’에 ○를 표시했습니다.

♣ 표시한 것을 바꾸고 싶을 때

<보기2>와 같이 처음 답을 한 곳에 가위표(X)를 하고 맞다고 생각하는 답에 동그라미(○) 표시를 하십시오. 지우개 또는 볼펜으로 지우지 않아도 됩니다.

<보기2>

		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
a	나는 지각을 자주 한다	①	②	③	④

정신건강-1

문 1. 다음 각 항목별로 제시되어 있는 4개의 문장 중에서 오늘을 포함해서 지난 일주일 동안의 자신을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 문장을 하나씩 선택해 주십시오.

번호	문 항
1)	① 나는 슬프지 않다 ② 나는 슬프다 ③ 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다 ④ 나는 매우 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다
2)	① 나는 앞날에 대해서 별로 낙담하지 않는다 ② 나는 앞날에 대한 용기가 나지 않는다 ③ 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무것도 없다고 느낀다 ④ 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다
3)	① 나는 실패자라고 느끼지 않는다 ② 나는 보통 사람보다 더 많이 실패한 것 같다 ③ 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면 실패 투성이인 것 같다 ④ 나는 인간으로서 완전한 실패자라고 느낀다
4)	① 나는 전과 같이 일상생활에 만족하고 있다 ② 나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지가 않다 ③ 나는 요즘에는 어떤 것에서도 별로 만족을 얻지 못한다 ④ 나는 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다
5)	① 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다 ② 나는 죄책감을 느낄 때가 많다 ③ 나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다 ④ 나는 항상 죄책감에 시달리고 있다
6)	① 나는 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다 ② 나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다는 느낌이 든다 ③ 나는 벌을 받을 것 같다 ④ 나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다
7)	① 나는 나 자신에게 실망하지 않는다 ② 나는 나 자신에게 실망하고 있다 ③ 나는 나 자신에게 화가 난다 ④ 나는 나 자신을 증오한다
8)	① 내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다 ② 나는 나의 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓하는 편이다 ③ 내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다 ④ 일어나는 모든 나쁜 일들은 모두 내 탓이다
9)	① 나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다 ② 나는 자살할 생각을 가끔 하지만 실제로 하지는 않을 것이다 ③ 자살하고 싶은 생각이 자주 든다 ④ 나는 기회만 있으면 자살하겠다
10)	① 나는 평소 우는 것 보다 더 많이 울지는 않는다 ② 나는 전보다 더 많이 운다 ③ 나는 요즘은 항상 운다 ④ 나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만 요즘은 울래야 울 기력조차 없다

번호	문 항
11)	① 나는 평소 짜증을 내는 것 보다 더 많이 짜증을 내지는 않는다 ② 나는 전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다 ③ 나는 요즈음 항상 짜증을 내고 있다 ④ 전에는 짜증스럽던 일이 요즈음은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다
12)	① 나는 다른 사람들에 대한 관심을 잃지 않고 있다 ② 나는 전보다 사람들에 대한 관심이 줄었다 ③ 나는 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다 ④ 나는 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다
13)	① 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다 ② 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많다 ③ 나는 전에 비해 결정 내리는데 더 큰 어려움을 느낀다 ④ 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수 없다
14)	① 나는 전보다 내 모습이 나빠졌다고 느끼지 않는다 ② 나는 매력 없어 보일까봐 걱정한다 ③ 나는 내 모습이 매력 없이 변해버린 것 같은 느낌이 든다 ④ 나는 내가 추하게 보인다고 믿는다
15)	① 나는 전처럼 일을 할 수 있다 ② 어떤 일을 시작하는데 전보다 더 많은 노력이 든다 ③ 무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야만 한다 ④ 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다
16)	① 나는 평소처럼 잠을 잘 수 있다 ② 나는 전에 만큼 잠을 자지는 못한다 ③ 나는 전보다 일찍 깨고 다시 잠들기 어렵다 ④ 나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고 한번 깨면 다시 잠들 수 없다
17)	① 나는 평소보다 더 피곤하지는 않다 ② 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다 ③ 나는 무엇을 해도 피곤해진다 ④ 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다
18)	① 내 식욕은 평소와 다름없다 ② 나는 요즈음 전보다 식욕이 좋지 않다 ③ 나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다 ④ 요즈음에는 전혀 식욕이 없다
19)	① 요즈음 체중이 별로 줄지 않았다 ② 전보다 몸무게가 2kg가량 줄었다 ③ 전보다 몸무게가 5kg가량 줄었다 ④ 전보다 몸무게가 7kg가량 줄었다
20)	① 나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있지는 않다 ② 나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같은 신체적 문제로 걱정하고 있다 ③ 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일을 생각하기 힘들다 ④ 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일을 아무것도 생각할 수 없다
21)	① 나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 없다 ② 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다 ③ 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다 ④ 나는 성(sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다

정신건강-2

문 2. 오늘을 포함해서 지난 일주일 동안, 자신이 경험한 증상의 정도를 묻는 질문입니다. 다음 문항을 천천히 읽어 보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 느끼지 않음	조금 느낌	상당히 느낌	심하게 느낌
1) 나는 가끔씩 몸이 저리고 쓰시며 감각이 마비된 느낌을 받는다	①	①	②	③
2) 나는 흥분된 느낌을 받는다	①	①	②	③
3) 나는 가끔씩 다리가 떨리곤 한다	①	①	②	③
4) 나는 편안하게 쉴 수가 없다	①	①	②	③
5) 매우 나쁜 일이 일어날 것 같은 두려움을 느낀다	①	①	②	③
6) 나는 어지러움(현기증)을 느낀다	①	①	②	③
7) 나는 가끔씩 심장이 두근거리고 빨리 뛴다	①	①	②	③
8) 나는 침착하지 못하다	①	①	②	③
9) 나는 자주 겁을 먹고 무서움을 느낀다	①	①	②	③
10) 나는 신경이 과민되어 있다	①	①	②	③
11) 나는 가끔씩 숨이 막히고 질식 할 것 같다	①	①	②	③
12) 나는 자주 손이 떨린다	①	①	②	③
13) 나는 안절부절 못한다	①	①	②	③
14) 나는 미칠 것 같은 두려움을 느낀다	①	①	②	③
15) 나는 가끔씩 숨쉬기가 곤란할 때가 있다	①	①	②	③
16) 나는 죽을 것 같은 두려움을 느낀다	①	①	②	③
17) 나는 불안한 상태에 있다	①	①	②	③
18) 나는 자주 소화가 잘 안되고 배속이 불편하다	①	①	②	③
19) 나는 가끔씩 기절할 것 같다	①	①	②	③
20) 나는 자주 얼굴이 붉어지곤 한다	①	①	②	③
21) 나는 땀을 많이 흘린다	①	①	②	③

정신건강-3

문 3. 최근 다음과 같은 경험을 얼마나 자주 해보았습니까? 다음 문항을 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	때때로 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1) 게임을 하는 것이 친한 친구들과 어울리는 것보다 더 좋다	①	②	③	④
2) 게임공간에서의 생활이 실제생활보다 더 좋다	①	②	③	④
3) 게임 속의 내가 실제의 나보다 더 좋다	①	②	③	④
4) 게임에서 사귀 친구들이 실제 친구들보다 나를 더 알아준다	①	②	③	④
5) 게임에서 사람을 사귀는 것이 더 편하고 자신 있다	①	②	③	④
6) 밤 늦게까지 게임을 하느라 시간 가는 줄 모른다	①	②	③	④
7) 게임을 하느라 해야 할 일을 못한다	①	②	③	④
8) 갈수록 게임을 하는 시간이 길어진다	①	②	③	④
9) 점점 더 오랜 시간 게임을 해야 만족하게 된다	①	②	③	④
10) 게임을 그만두어야 하는 경우에도 게임을 그만두는 것이 어렵다	①	②	③	④
11) 게임 하는 시간을 줄이려고 노력하지만 실패한다	①	②	③	④
12) 게임을 안 하겠다고 마음먹고도 다시 게임을 하게 된다	①	②	③	④
13) 게임 생각 때문에 공부에 집중하기 어렵다	①	②	③	④
14) 게임을 못한다는 것은 견디기 힘든 일이다	①	②	③	④
15) 게임을 하지 않을 때에도 게임 생각을 하게 된다	①	②	③	④
16) 게임으로 인해 생활에 문제가 생기더라도 게임을 해야 한다	①	②	③	④
17) 게임을 하지 못하면 불안하고 초조하다	①	②	③	④
18) 다른 일 때문에 게임을 못하게 될까봐 걱정된다	①	②	③	④
19) 누가 게임을 못하게 하면 신경질이 난다	①	②	③	④
20) 게임을 못하게 되면 화가 난다	①	②	③	④

정신건강-4

문 4. 다음을 읽고 해당되는 곳에 (○)표 해 주십시오.

문 4-1. 최근 1년간, 자살을 생각해 본 적이 있었습니까?

- ① 있다 ② 없다  문 5로 이동

문 4-2. 자살하고 싶었던 가장 큰 이유는 무엇이었습니까?

- ① 경제적 문제 ② 학업·진로문제 ③ 건강문제
④ 학교폭력 ⑤ 외모문제 ⑥ 가정불화(부모와의 관계 등)
⑦ 이성문제 ⑧ 기타

※ **학교폭력:** 학교 내외에서 학생 간에 발생한 폭행, 감금, 협박, 명예훼손·모욕, 강요 및 성폭력, 따돌림, 정보통신망을 이용한 음란·폭력정보 등에 의하여 신체·정신 또는 재산상의 피해를 수반하는 행위

문 4-3. 최근 1년간, 자살을 시도해 본 적이 있었습니까?

- ① 있다 ② 없다

정신건강-5

문 5. 아래의 각 항목과 관련하여 자신이 현재 느끼는 스트레스 정도를 묻는 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 받지 않는다	별로 받지 않는다	조금 받는다	매우 많이 받는다
1) 부모님과 의 관계	①	②	③	④
2) 형제·자매와의 관계	①	②	③	④
3) 외모(키, 몸매, 생김새 등)	①	②	③	④
4) 신체건강	①	②	③	④
5) 심리건강	①	②	③	④
6) 가정형편(경제적 문제)	①	②	③	④
7) 친구와의 관계(친구갈등, 폭력 등)	①	②	③	④
8) 이성과의 관계	①	②	③	④
9) 선·후배 관계	①	②	③	④
10) 선생님과의 관계	①	②	③	④
11) 진로문제(장래 또는 미래)	①	②	③	④
12) 학업문제(시험, 성적문제 등)	①	②	③	④

정신건강-6

문 6. 최근 1년 동안, 다음과 같은 경험을 얼마나 해보았습니까? 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 없음	1-2번	3-4번	5번 이상
1) 담배를 피운 적이 있다	①	②	③	④
2) 술을 마신 적이 있다	①	②	③	④
3) 남의 돈이나 물건을 훔친 적이 있다	①	②	③	④
4) 다른 사람을 심하게 때린 적이 있다	①	②	③	④
5) 남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다	①	②	③	④
6) 학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다	①	②	③	④
7) 가출을 한 적이 있다	①	②	③	④
8) 음란물(영상, 사진, 서적)을 본 적이 있다	①	②	③	④
9) 돈내기 도박을 해본 적이 있다(인터넷 포함)	①	②	③	④
10) 공공장소에 있는 기물이나 다른 사람의 물건을 파손시킨 적이 있다	①	②	③	④

정신건강-7

문 7. 다음은 평소 생활의 만족 정도에 관한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족
1) 부모와의 관계	①	②	③	④
2) 경제적인 생활수준	①	②	③	④
3) 친구와의 관계	①	②	③	④
4) 여가 생활	①	②	③	④
5) 선생님과의 관계	①	②	③	④
6) 학교생활	①	②	③	④
7) 학업성적	①	②	③	④
8) 건강	①	②	③	④

정신건강-8

문 8. 다음은 자신에 대해 스스로 어떻게 생각하는지 묻는 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 나는 내가 다른 사람들처럼 가치있는 사람이라고 생각한다	①	②	③	④
2) 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다	①	②	③	④
3) 나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘할 수가 있다	①	②	③	④
4) 나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다	①	②	③	④
5) 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다	①	②	③	④

정신건강-9

문 9. 다음 문항을 읽고 자신의 생각과 경험에 가장 잘 일치하는 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 나는 노력하면 대부분의 일들을 잘할 수 있다	①	②	③	④
2) 내가 잘 할 수 있는 일들이 많다	①	②	③	④
3) 나는 어려운 일이 있어도 잘 극복할 수 있는 능력이 있다	①	②	③	④
4) 감정에 휩쓸리지 않고 일이나 공부에 집중할 수 있다	①	②	③	④
5) 슬프거나 힘들 때에도 좌절하지 않는다	①	②	③	④
6) 화가 나거나 기분이 상할 때에도 나의 감정을 조절 할 수 있다	①	②	③	④
7) 어떤 일에 실패했을 때에도 크게 실망하지 않는다	①	②	③	④
8) 내가 원하는 대로 일이 이루어질 것이라고 생각한다	①	②	③	④
9) 목표를 이루는데 실패하더라도 기운을 내어 새로 시작할 수 있다	①	②	③	④

정신건강-10

문 10. 다음은 평소 부모님께서 학생을 대하는 태도에 관한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 정신적으로 편안하게 해 주신다	①	②	③	④
2) 나를 잘 알고 이해해 주신다	①	②	③	④
3) 따뜻하게 대해 주신다	①	②	③	④
4) 고민을 들어 주신다	①	②	③	④
5) 힘들고 어려울 때 도와 주신다	①	②	③	④
6) 실망하거나 좌절할 때 위로해 주신다	①	②	③	④
7) 진학이나 진로문제에 대해 조언해 주신다	①	②	③	④
8) 공부에 도움이 되는 말씀을 해 주신다	①	②	③	④
9) 좋은 책이나 필요한 정보를 알려 주신다	①	②	③	④
10) 올바른 공부 태도와 사는 방식에 대해 가르쳐 주신다	①	②	③	④
11) 용돈을 주신다	①	②	③	④
12) 공부에 필요한 것들을 사 주신다	①	②	③	④
13) 준비물이 필요할 때 돈을 주신다	①	②	③	④
14) 경제적인 걱정 없이 생활하게 해 주신다	①	②	③	④

정신건강-11

문 11. 다음은 가족에 관한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 우리 가족은 서로 아껴준다	①	②	③	④
2) 우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다	①	②	③	④
3) 우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와 준다	①	②	③	④
4) 우리 가족은 서로 친하다	①	②	③	④
5) 우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다	①	②	③	④

정신건강-12

문 12. 다음은 학생이 살고 있는 지역과 이웃에 대한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	①	②	③	④
2) 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다	①	②	③	④
3) 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다	①	②	③	④
4) 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다	①	②	③	④
5) 나는 지역사회 각종 단체에 가입하여 활동한다	①	②	③	④
6) 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행하는 활동에 참여한다	①	②	③	④

정신건강-13

문 13. 다음은 학교생활에 대한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력한다	①	②	③	④
2) 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리한다	①	②	③	④
3) 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고, 집중하여 잘 듣는다	①	②	③	④
4) 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	①	②	③	④
5) 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있다	①	②	③	④
6) 학교에 내가 힘들고 어려울 때 도움을 주시는 선생님이 있다	①	②	③	④
7) 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	①	②	③	④
8) 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편하다	①	②	③	④
9) 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	①	②	③	④
10) 나는 학교규칙을 잘 지키고 있다	①	②	③	④
11) 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용한다	①	②	③	④
12) 나는 지각이나 결석을 하지 않는다	①	②	③	④

배경질문

배문1. 성별은?

- ① 남자 ② 여자

배문2. 아래에서 학생의 가족구성원을 모두 표시해 주십시오.

※ 가족구성원 중에서 결혼을 해 따로 살고 있는 가족(예: 시집간 언니)은 제외하고,

1) 함께 살고 있거나,

2) 직장 또는 학교 때문에 따로 떨어져 살고 있는 가족은 모두 표시해 주세요.

※ 예 1: 시집 가서 따로 사는 언니, 삼촌 집에서 사는 사촌형 ☞ 표시하지 않습니다.

예 2: (같이 살다가) 직장이 지방에 있어서 내려가 있는 큰형 ☞ 표시합니다.

- ① 할아버지/외할아버지 ② 할머니/외할머니 ③ 아버지 ④ 어머니
⑤ 형제 또는 자매 ⑥ 친척 ⑦ 기타() ⑧ 없음

배문3. 부모님은 학교를 어디까지 다니셨나요? 부모님께서 학교를 완전히 마치신(졸업하신) 학교를 표시해 주세요(중간에 학교를 그만 둔 경우는 '졸업'이 아닙니다. 예를 들어, 중학교를 다니다가 졸업하지 않고 중간에 그만둔 경우 초등학교 졸업에 표시합니다).

	학교 안다님	초등학교 졸업	중학교 졸업	고등학교 졸업	2-3년제 대학 졸업	4년제 대학 졸업	대학원 졸업 (석사박사)	잘 모르겠음
1. 아버지	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
2. 어머니	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

배문4. 부모님께서 현재 직업을 갖고 계십니까? 부모님 각각에 대하여 응답해 주세요.

	현재 직업이 있는지 없는지 여부	
	있음	없음
1. 아버지	①	②
2. 어머니	①	②

배문5. 학생의 학업 성적(2012년 1학기)은 반에서 대략 어디에 해당된다고 생각합니까?

※ 다른 사람에게 알려지지 않으므로 솔직하게 응답해 주세요.

매우 못하는 수준	못하는 수준	중 간	잘하는 수준	매우 잘하는 수준
①	②	③	④	⑤

배문6. 학생 가정의 형편(경제 수준)은 다음 중 어디에 해당된다고 생각합니까?

매우 못산다		보통 수준			매우 잘산다	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

배문7. 현재 살고 있는 집은 어디입니까?

()시/도 ()시/군/구 ()읍/면/동

※ 사는 곳이 서울시 서초구 우면동이라면 (서울)시/㉠ (서초)시/군/㉡ (우면)읍/면/㉢으로 표기함

※ 사는 곳이 충청남도 아산시 배방동이라면 (충청남)시/㉣ (아산)시/군/구 (배방)읍/면/㉤으로 표기함

배문 8. 전반적인 자신의 정신건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 전혀 건강하지 못한 편이다 ② 건강하지 못한 편이다
③ 건강한 편이다 ④ 매우 건강한 편이다

배문 9. 자신의 정신건강에 대한 부모님(보호자)과 본인의 관심정도는? 해당 되는 번호에 (○)표 해 주십시오.

구 분	전혀 관심이 없다	별로 관심이 없다	조금 관심이 있다	매우 관심이 많다
1) 부모님(보호자)의 관심정도	①	②	③	④
2) 본인의 관심정도	①	②	③	④

♣ 조사에 협조해 주셔서 감사합니다 ♣

ABSTRACT

The study understands mental health of children and adolescents in our nation and has the purposes to prepare improvement policy by analyzing current status of mental health infrastructure and service delivery system for youth and regional-based support systems.

The study method conducted with literature research, consultation meeting of experts, nationwide survey, and cooperation research and other study promotion method induced policy implications through experts workshop for the policy improvement of children and adolescents' mental health, and the efficiency of the proposed policy plan was considered through policy meeting with government department promoting the policy.

The study contents was performed by dividing to three areas. First, nationwide survey was conducted to understand children and adolescents' mental health. Second, analyzed current status of mental health infrastructure and service delivery system for adolescents' mental health and to give recommendation on improved policy for mental health service infrastructure and service delivery system for youth. At last, searched for appropriate supports and interventions models for crisis adolescents. To prepare improvement plan of infrastructure and service delivery system for adolescents' mental health, it investigated overseas policy and cases and policy enhancing children and adolescents' mental health through Delphi investigation reflecting field experts' opinions and interview of FGI group.

And based on this, improvement plan in the aspect of future necessary policy, mental health infrastructure and service delivery system for youth and regional-based support systems was suggested.

Key words: actual state of children and adolescents' mental health, promotion policy of mental health, mental health infrastructure, service delivery system

2012년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

- 12-R01 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ : 청소년문화의집을 중심으로 / 김형주 · 황진구 · 김정주 · 권순달
- 12-R01-1 청소년문화의집 평가편람 / 김형주 · 황진구
- 12-R02 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구Ⅱ / 김현철 · 황여정 · 민경석 · 윤혜순
- 12-R03 후기청소년 세대 생활 · 의식 실태조사 및 정책과제 연구Ⅰ / 조혜영 · 김지경 · 전상진
- 12-R04 주5일수업제에 따른 청소년활동 활성화 방안 연구 / 맹영임 · 이광호 · 이진원
- 12-R05 청소년의 소셜미디어 이용실태 연구 / 이창호 · 성윤숙 · 정낙원
- 12-R06 청소년정책 총괄조정방안 연구 / 윤철경 · 박병식 · 김진호 · 강현주
- 12-R07 청소년 생활실태 국제비교연구 : 진로준비 / 안선영 · 김희진 · 강영배 · 송민경
- 12-R08 다문화가족 아동 · 청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅲ / 양계민 · 김승경 · 김윤영
- 12-R09 취약계층 아동 · 청소년 종단조사Ⅲ / 이해연 · 박영균 · 유성렬 · 정선욱
- 12-R10 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득가정 아동 지원방안 연구Ⅲ : 청소년멘토링 활성화 방안 연구 / 김경준 · 김영지 · 정익중 · 김지혜
- 12-R10-1 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득가정 아동 지원방안 연구Ⅲ : 청소년멘토링 시범사업 보고서 / 김경준 · 김영지 · 정익중 · 김지혜
- 12-R11 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ / 임희진 · 김현신
- 12-R11-1 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ : 2012 아동청소년인권실태조사 통계 / 임희진 · 김현신 · 강현철
- 12-R11-2 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ 아동 · 청소년의 놀 권리 : 현실과 대안 / 황옥경
- 12-R12 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ / 김영한 · 이승하
- 12-R12-1 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 청소년 도덕 감수성 및 판단력 검사도구 개발 / 임영식 · 손경원 · 신태수 · 정경원
- 12-R12-2 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 청소년 도덕 동기화 및 품성화 검사도구 개발 / 이인재 · 박균열 · 홍승훈 · 윤영돈 · 유숙희 · 전중희
- 12-R13 아동 · 청소년 성보호 종합대책 연구Ⅰ : 아동 · 청소년 성폭력 예방 및 피해지원 대책연구 / 이유진 · 강지명 · 조윤오 · 윤옥경
- 12-R14 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 사업보고서 / 이경상 · 서정아 · 배상률 · 성은모 · 김지영 · 강현철
- 12-R14-1 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 1 : 범죄유발적 지식구조와 청소년비행에 관한 연구 / 이경상 · 이순래 · 박철현
- 12-R14-2 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 2 : 중학교 2학년 청소년의 뉴미디어활용이 인지, 정서, 사회 발달에 미치는 영향 / 성은모
- 12-R14-3 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 3 : 미디어가 청소년에게 미치는 문화배양효과 연구 / 배상률
- 12-R14-4 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 4 : 사회자본이 청소년의 학교적응에 미치는 영향 - 가족, 지역사회 사회자본을 중심으로 / 서정아 · 조홍식

협동연구과제

- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-01 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ :총괄보고서 / 최인재 · 모상현 · 이선영 (자체번호 12-R15)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-02 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ :조사 결과 자료집 / 최인재 (자체번호 12-R15-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-03 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ :아동 · 청소년 정신건강증진 인프라현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구 / 최은진 · 김미숙 · 이명수 · 윤명주 · 정지원 (자체번호 12-R15-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-04 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ :아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구 / 이창호 · 최보영 · 유춘자 (자체번호 12-R15-3)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-01 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 2012 청소년 민주시민역량 실태조사 / 이종원 · 김준홍 (자체번호 12-R16)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-02 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 미디어 이용과 가족내 사회적 자본 / 이종원 · 김준홍 · 정선아 (자체번호 12-R16-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-03 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 교육분야 민주시민역량 요인과 관계성 분석 / 김태준 · 이민영 (자체번호 12-R16-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-01 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 백혜정 · 김지연 · 김혜영 · 방은령(자체번호 12-R17)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-02 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ : 청소년 한부모의 발생과정에 따른 예방 및 지원정책 연구 / 김은지 · 김동식 · 최인희 · 선보영 (자체번호 12-R17-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-03 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ : 청소년 한부모가족 지원정책 국가 비교 연구 / 신윤정 · 이상림 · 김윤희 (자체번호 12-R17-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-04 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ : 청소년 한부모가족 지원사업 편람 / 백혜정 · 김지연 (자체번호 12-R17-3)

수 시 과 제

- 12-R18 청소년수련시설 운영 개선방안 연구 / 박영균 · 김호순
- 12-R18-1 청소년수련시설 운영매뉴얼 : 청소년수련원 청소년수련관 / 박영균 · 김호순
- 12-R19 청소년 흡연 · 음주 실태와 효과적인 정책적 대응방안 / 이경상 · 김지연 · 최수미 · 이순래
- 12-R20 차기정부 청소년정책 방향과 과제 / 김기현 · 장근영
- 12-R21 청소년활동정책 체계화 방안 연구 / 김현철
- 12-R22 청소년방과후아카데미 경제적 효과성 분석을 위한 기초연구 / 김지경 · 우석진
- 12-R23 학교폭력 및 학교문화에 대한 학부모 · 교사 인식조사 연구 / 윤철경 · 강명숙
- 12-R24 예술영재청소년의 정신건강 연구 : 한예종 사례를 중심으로 / 안선영 · 김희진 · 김준홍 · 김정희 · 최인호
- 12-R25 청소년운영위원회 운영활성화 기초 연구 / 서정아 · 김지경
- 12-R26 소년보호기관 자원봉사자들의 참여도 제고를 위한 역할 강화 방안 연구 / 서정아
- 12-R27 지역사회와 청소년 보호 효과(이슈페이퍼 발간) / 황여정
- 12-R28 청소년정책 환경변화에 따른 청소년지도사교재 개선방안(이슈페이퍼 발간) / 황진규

수탁과제

- 12-R29 청소년보호체계 구축을 위한 정책방안 연구 / 김경준 · 김희진 · 성윤숙
- 12-R29-1 제1차 청소년보호종합대책(안) : 2013~2015 / 김경준 · 김희진 · 성윤숙
- 12-R30 청소년 인터넷게임 건전이용제도관련 평가척도개발 연구 / 이창호 · 이경상 · 변승환 · 유홍식 · 김현수 · 김동일 · 이형초
- 12-R31 청소년 자살예방을 위한 효과적인 사업 방향 및 대응방안 연구 / 최인재 · 김영지 · 김지연 · 오승근
- 12-R32 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 총괄보고서 / 모상현 · 이진숙 · 조남익
- 12-R32-1 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 청소년 동아리 활동 운영 매뉴얼 (지도자용) / 모상현
- 12-R32-2 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 청소년 동아리활동 실태조사 결과 보고서 / 모상현 · 이진숙 · 조남익
- 12-R33 청소년수련활동인증제 개선 연구 / 김형주 · 김진호 · 김혁진
- 12-R34 디지털게임에 대한 이미지분석 연구 / 모상현 · 장근영 · 이장주
- 12-R35 공생발전 종합연구 아동, 청소년과 함께하는 공생의 사회구현 실행방안 연구 / 김지연
- 12-R36 CYS-Net과 Wee센터의 효율적 연계 운영방안 / 김지연 · 전연진 · 차성현
- 12-R37 학교규칙 운영 매뉴얼(초등용, 중등용) / 이창호 · 성윤숙 · 김경준 · 김영지
- 12-R37-1 학교규칙 평가표 개발 연구 / 허종렬 · 조진우 · 박형근 · 이수경 · 이지혜
- 12-R37-2 학교규칙 운영 내실화 정책사례 분석 및 지원방안 연구 / 한유경 · 정제영 · 김성기 · 정성수
- 12-R38 2012 청소년 가치관 국제비교 조사 / 임희진 · 백혜정 · 김현철
- 12-R39 청소년동아리활동인증 시범운영 / 맹영임 · 조남익 · 손익숙 · 김현경
- 12-R40 제8회 청소년특별회의 의제연구 / 김영한
- 12-R41 한 · 중 청년의 국제관과 문화자원의 가치에 대한 인식비교 / 윤철경 · 장수현 · 정계영
- 12-R42 2012 청소년 방과후 아카데미 효과 · 만족도 조사 연구 / 양계민
- 12-R43 청소년 유해환경별 현황분석 및 제도개선 방안 연구 / 김영한
- 12-R44 2012년도 청소년 유해환경 접촉 종합실태조사 / 이종원 · 이유진 · 김준홍
- 12-R45 청소년 체험활동의 발달적 가치 및 사회 · 경제적 가치 연구 / 성은모 · 이해연 · 황여정
- 12-R46 멘토링 수행기관 유형별 사례지침서(매뉴얼) 개발 / 성은모
- 12-R47 경제사회지표 변화 조사 연구 - 청소년정책 부문 / 이종원 · 김기현 · 이경상
- 12-R48 한국가족의 변화와 청소년정책 / 김준홍 · 장근영 · 배상률
- 12-R49 한국의 가족변화에 대응하는 Public Relations 정책의 진단과 정책과제 / 김준홍 · 김지경 · 배상률
- 12-R50 체험중심 진로교육 인프라 구축을 위한 전문기관간 연계협력 방안 / 김현철 · 안선영
- 12-R51 포래조정 시범학교사업(2013년 1월 발간예정) / 양계민 · 김지경 · 맹영임 · 조혜영
- 12-R52 청소년의 인터넷게임 이용 실태조사(2013년 1월 발간예정) / 배상률 · 김준홍 · 이창호
- 12-R53 인성교육실천 우수학교(2013년 2월 발간예정) / 김경준 · 성윤숙 · 김영지
- 12-R54 학생모니터단 운영 사업 결과보고서(2013년 2월 발간예정) / 박영균 · 최인재 · 모상현
- 12-R55 학업중단 학생 중단 정책연구(2013년 2월 발간예정) / 윤철경 · 김영지 · 유성렬 · 강명숙
- 12-R56 학업중단학생 교육지원사업 성과분석 연구(2013년 2월 발간예정) / 윤철경 · 김성기
- 12-R57 서울 교육복지정책 적정성 분석 및 체계화 방안(2013년 2월 발간예정) / 김준홍 · 윤철경 · 우창빈

세미나 및 워크숍 자료집

- 12-S01 개원 23주년 기념 특별 세미나 : 19대 국회에 청소년정책을 묻는다(7/6)
- 12-S02 연구성과발표회(2/26)
- 12-S03 청소년 한부모가족 종합대책 연구 I 콜로키움 자료집 : 청소년 한부모 지원정책의 쟁점과 방향(3/20)
- 12-S04 2012년 한국아동·청소년패널 1차 콜로키움 자료집 : 한국교육종단연구 2005의 설계, 결과 그리고 종단조사에서 유의해야할 개인정보보호법(3/21)
- 12-S05 청소년과 SNS 소통(4/6)
- 12-S06 2012년 한국아동·청소년패널 2차 콜로키움 자료집 : 고령화연구패널조사(4/4)
- 12-S07 학생대상교사의 표본설계와 조사데이터 분석(4/5)
- 12-S08 인성교육실천 우수학교 워크숍(4/9, 10)
- 12-S09 청소년활동 관점에서 바라본 주5일 수업제(4/13)
- 12-S10 지역사회 자원활용 진로체험활동 국내외 사례(4/12)
- 12-S11 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ(4/24)
- 12-S12 제2차 한국청소년정책연구원 2011년도 고유과제 연구성과발표회 : 아동·청소년의 건강한 성장(4/19)
- 12-S13 질적연구에서의 자료수집방법에 대한 이해(4/25)
- 12-S14 정책의 원리 및 정책분석·평가의 이해(4/24)
- 12-S15 2012년 인성교육실천우수학교 컨설팅위원 워크숍(4/30)
- 12-S16 청소년보호대책의 문제점과 개선방안(5/2)
- 12-S17 정책분석 및 성과평가의 방법(5/11)
- 12-S18 2012년 진로진학상담교사 배치교 교장 특별연수(4/25)
- 12-S19 2012년 청소년활동정책 체계화 방안 : 육성·수련·활동·역량, 개념의 고리를 찾아서
- 12-S20 주5일수업제와 청소년활동(5/25)
- 12-S21 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ 제1차 콜로키움 자료집 : 지역아동센터 평가제도에 대한 이해
- 12-S22 질적연구 자료분석방법의 다양성 이해(5/24)
- 12-S23 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ 제2차 콜로키움 자료집 : - 청소년방과후아카데미 평가제도에 대한 이해 -(6/11)
- 12-S24 아동·청소년 인권 관련 국내·외 동향(6/5)
- 12-S25 청소년멘토링 국내·외 실태 및 활성화 과제 모색(6/8)
- 12-S26 다문화가족 아동·청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅲ
- 12-S27 청소년정책 총괄조정 현황 및 관련정책 동향 분석 : 국내외 사례를 중심으로(6/8)
- 12-S28 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ 콜로키움 혼합형 모형 : 아동·청소년 발달연구에서의 대상 중심적 접근과 적용
- 12-S29 인성교육실천우수학교 2차 워크숍
- 12-S30 한국아동·청소년 패널조사2010 Ⅲ : 데이터방법론 세미나(7/5)
- 12-S31 후기청소년세대 연구를 위한 쟁점과 이슈(2/10)
- 12-S32 청소년동아리활동 인증 시범운영워크숍
- 12-S33 청소년 한부모가족 지원정책 국가비교와 예방접근 모색(7/13)
- 12-S34 청소년심터 평가제도에 대한 이해
- 12-S35 2012 전국청소년운영위원회 워크숍(8/8)

- 12-S36 2012 초·중·고 진로업무담당교사 직무연수
- 12-S37 주5일 수업제 전면실시에 따른 청소년활동 활성화 방안(8/23)
- 12-S38 청소년보호대책안 전문가 워크숍(8/24)
- 12-S39 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 제2차 콜로키움 자료집(9/4)
- 12-S40 학교규칙을 통한 실천적 인성교육 구현방안 학술대회 및 우수사례 발표대회(9/26)
- 12-S41 청소년멘토링 효과분석 및 활성화 정책과제
- 12-S42 청소년멘토링 시범사업 기관 성과발표회
- 12-S43 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ 워크숍 자료집 : - 청소년문화의집 시범평가용 편람(안) -
- 12-S44 교과속의 체험활동요소(9/27)
- 12-S45 청소년 한부모와 학습권(10/16)
- 12-S46 일본의 진로교육정책 콜로키움(10/19)
- 12-S47 청소년의 소셜미디어 리더러시 증진을 위한 정책세미나(11/12)
- 12-S48 제2회 한국아동·청소년 패널조사 학술대회(11/16)
- 12-S49 소셜텍스트를 활용한 사회문제분석 : 빅데이터를 중심으로(11/29)
- 12-S50 진로교육정책 이해과정
- 12-S51 아동·청소년 성보호 종합대책 연구Ⅰ : 아동·청소년 성폭력 예방 및 피해지원 대책 연구결과 발표 워크숍(12/18)

학 술 지

- 「한국청소년연구」 제23권 제1호(통권 제64호)
- 「한국청소년연구」 제23권 제2호(통권 제65호)
- 「한국청소년연구」 제23권 제3호(통권 제66호)
- 「한국청소년연구」 제23권 제4호(통권 제67호)

청소년지도총서

- 청소년지도총서① 「청소년정책론」, 교육과학사
- 청소년지도총서② 「청소년수련활동론」, 교육과학사
- 청소년지도총서③ 「청소년지도방법론」, 교육과학사
- 청소년지도총서④ 「청소년문제론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑤ 「청소년교류론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑥ 「청소년환경론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑦ 「청소년심리학」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑨ 「청소년상담론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑩ 「청소년복지론」, 교육과학사

청소년지도총서⑪ 「청소년문화론」, 교육과학사
 청소년지도총서⑫ 「청소년 프로그램개발 및 평가론」, 교육과학사
 청소년지도총서⑬ 「청소년 자원봉사 및 동아리활동론」, 교육과학사
 청소년지도총서⑭ 「청소년기관운영론」, 교육과학사
 청소년지도총서⑮ 「청소년육성제도론」, 교육과학사
 청소년지도총서 「청소년학 연구방법론」, 교육과학사
 청소년지도총서 「청소년학 개론」, 교육과학사

한국청소년정책연구원 문고

한국청소년정책연구원 문고 01 「좋은교사와 제자의 만남」, 교육과학사
 한국청소년정책연구원 문고 02 「행복한 심대 만들기 10가지」, 교육과학사
 한국청소년정책연구원 문고 03 「집나간 아이들 - 독일 청소년 중심」, 교육과학사
 한국청소년정책연구원 문고 04 「청소년학 용어집」, 교육과학사

기타 발간물

NYPI 청소년정책 리포트 29호 : 청년층의 효과적인 성인기 이행 지원 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 30호 : 청소년 정신건강 실태 및 대응 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 31호 : 청소년 멘토링 활성화 정책 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 32호 : 다문화가족 청소년의 발달실태 및 지원정책 개선방안
 NYPI 청소년정책 리포트 33호 : 대학 재학 후기청소년 현안과 정책과제
 NYPI 청소년정책 리포트 34호 : 청소년문화의집 현황과 평가방안
 NYPI 청소년정책 리포트 35호 : 청소년 국제교류 현황 및 정책안
 NYPI 청소년정책 리포트 36호 : 주5일수업제 전면 실시에 따른 청소년활동 활성화 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 37호 : 지역사회 자원을 활용한 창의적 체험활동 활성화 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 38호 : 청소년정책 총괄조정 방안
 NYPI 청소년정책 리포트 39호 : 지역사회의 청소년 보호 효과
 NYPI 청소년 통계브리프 1호 : 2011 민주시민역량 실태조사
 NYPI 청소년 통계브리프 2호 : 2011 아동·청소년 인권실태조사
 NYPI 청소년 통계브리프 3호 : 다문화가정 아동·청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구 결과
 NYPI 청소년 통계브리프 4호 : 2011 한국 아동·청소년 정신건강 실태조사
 NYPI 청소년 통계브리프 5호 : 제19대 국회의원 청소년정책 의견조사
 NYPI 청소년 통계브리프 6호 : 청소년의 소셜미디어 이용실태조사

경제·인문사회연구회 협동연구총서 12-21-01
연구보고 12-R15

**아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II:
총괄보고서**

인 쇄 2012년 12월 21일

발 행 2012년 12월 26일

발행처 **한국청소년정책연구원**
서울특별시 서초구 태봉로 114

발행인 이 재 연

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 (주)아르빗 전화 02)503-3223 대표 유채란

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.
구독문의 : (02) 2188-8844(연구기획·대외협력팀)

ISBN 978-89-7816-604-1 94330
978-89-7816-603-4 (세트)

