

아동·청소년 정신건강 증진을 위한
지원방안 연구 I :
아동·청소년 정신건강 증진 정책
현황 및 개선방안 연구

책임연구원 : 최은진(한국보건사회연구원 · 연구위원)

공동연구원 : 김미숙(한국보건사회연구원 · 연구위원)

김지은(한국보건사회연구원 · 연구원)

박정연(한국보건사회연구원 · 연구원)

경제·인문사회연구회 협동연구총서

“아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ”

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
11-32-01	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 총괄보고서	한국청소년정책연구원
11-32-02	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 조사결과 자료집	한국청소년정책연구원
11-32-03	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 연구	한국보건사회연구원
11-32-04	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구	전북대학교

2. 참여연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국청소년정책연구원	최인재 연구위원	모상현 부연구위원(한국청소년정책연구원) 강지현 교수(동덕여자대학교)
협력연구기관	한국보건사회연구원	최은진 연구위원	김미숙 연구위원(한국보건사회연구원) 김지은 연구위원(한국보건사회연구원) 박정연 연구위원(한국보건사회연구원)
	전북대학교	이호근 교수	김영문 교수(전북대학교) 정혜주 교수(고려대학교)

국 문 초 록

1. 연구목적

- 아동·청소년의 정신건강 요구를 심층 분석하고 국내외 정부의 정신건강 관련 정책 현황을 사전예방적인 측면에서 분석하여 포괄성, 접근성 및 충족성 측면에서 개선방안을 제시

2. 연구내용 및 방법

- 국내외 정책현황자료수집(외국: 미국, 캐나다, 호주, 영국)
- 아동·청소년 및 부모대상 FGI 인터뷰 회의
- 전문가 대상 델파이조사/ 자체 워크숍 실시
- 국내 우수사례 분석/ 자체 워크숍 실시

3. 연구결과

- 지속가능한 정신건강 정책을 위해 종합적인 중장기적 로드맵 개발 필요
- 학생 정신건강 검진과 정신건강 서비스에 대한 학교에서의 홍보가 부족함
- 정신건강 문제에 대한 학교에서의 상담 및 정신건강 서비스 등의 편견이 접근성을 떨어뜨리는 요인이 되므로 개인정보관리를 철저히 해야 함
- 고위험군(저소득가정) 자녀의 정신건강 지원정책 수요는 높으나 접근성과 지속가능성이 문제가 되고 있음. 충분한 자원 확보를 위한 방안 마련이 필요함
- 저위험 대상 정신건강 증진을 위한 종합적인 건강증진사업이 활성화되어야 함
- 부모자녀관계 지원정책이 강화를 위해서는 조기발견과 서비스연계를 위한 다양한 인력활용 필요
- 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계 개선

4. 기대효과

- 아동·청소년 정신건강 향상
- 자살, 폭력 등 주요 정신건강 문제 감소
- 정책모델개발에 활용

주요어: 아동·청소년 정신건강 정책, 델파이 조사, FGI 인터뷰

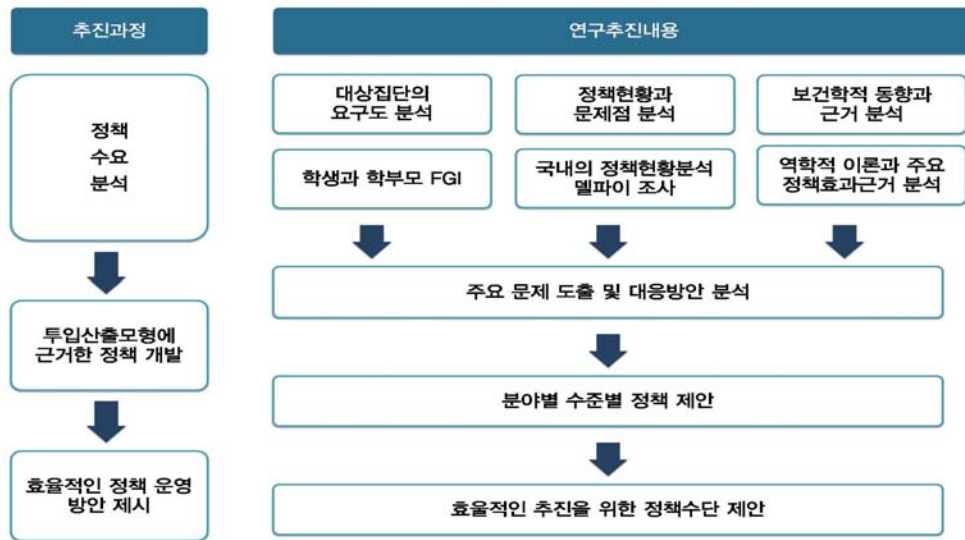
연구 요약

1. 연구목적

- 아동·청소년기의 건강한 발육발달을 위하여 정신질환 및 정신건강 위험요인의 조기발견과 더불어 사회환경적인 예방적인 지원정책이 필수적인 시기임
- 아동·청소년의 정신건강 증진과 관련된 요인과 요구도를 심층 분석하고 국내외 정부의 정신건강 관련 서비스의 현황을 분석하여 국내 아동·청소년정신보건정책의 개선방안을 제시함

2. 연구방법

- 본 연구에서 정한 아동·청소년의 범위: 초등학교 4학년~고등학교 3학년
(근거: 청소년은 청소년기본법 제3조에 의거 “9세 이상 24세 이하의 자”이며, 아동은 아동복지법 제2조에 의거 18세 미만의 자에 해당, 본 연구에서는 초등학교 고학년에서 고등학교 3학년까지의 범위로 한정함)
- 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 분석함. 정신건강 검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스전달 체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하며, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법의 정책을 개발함
- 외국의 아동·청소년의 정신건강 증진 정책 현황 및 시사점을 분석함: 선진 외국의 효과적인 아동·청소년 정신건강 증진 정책을 중심으로 분석
- FGI 인터뷰 회의를 통하여 아동·청소년 정신건강 증진의 수요(Needs)를 분석하고 정책적 개선방안을 도출: 건강향상, 건강위험요인 감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 관련 수요 파악
- 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하고 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로로 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책 대안 마련



【요약그림 1】 연구추진체계

○ 기대효과

- 아동·청소년 정신건강 향상을 위한 정책성과 제고
- 아동·청소년의 정신건강 향상
- 아동·청소년의 정신건강 정책모델 개발에 활용
- 국가 정신건강 지표의 개선

3. 주요결과

1) 아동·청소년의 정신건강 문제와 정책에 관한 이론적 고찰

- 세계보건기구에서는 아동·청소년의 약 20%가 정신질환을 가지고 있고, 성인 정신질환의 약 50%가 만 14세 이전에 발생한다고 보고하고 있음
- 아동·청소년기의 정신건강 증진의 과제는 인지적인 잠재력 발휘와 정서적인 건강을 유지하도록 하는 데 있음
- 학교에서는 포괄적인 건강증진학교사업을 통하여 정신건강 증진을 한 부분으로써 정기적인

학교의 서비스로 제공할 수 있어야 함

- 청소년들이 학교에서 정신건강 문제를 조기에 발견하고 서비스를 받을 수 있도록 모든 교사가 훈련되어 인식이 높아져야 하고 그와 동시에 학부모의 참여가 필요함

2) 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책

- 미국에서는 정신건강 문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 또는 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔음. 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강 서비스를 제공해 왔음. Expanded School Mental Health Program 사업은 모든 학생들에게 정신건강 평가와 치료서비스를 제공함. 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과 의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등이 참여하는 서비스를 제공하였음. 의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 왔음. Wraparound 프로그램은 지역사회 중심서비스로서 아동과 부모가 개별화된 서비스를 받도록 지원하는 프로그램임. 학교, 성직자, 사업가, 부모, 이해관계자 등으로 위원회를 구성하여 자원 코디네이터가 수요를 분석하고, 계획서를 만들어 승인을 받고 추진하는 방식으로 운영됨
- 캐나다 정부의 공중보건부서¹⁾에서는 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교 정책을 지원하고 있음. 온타리오 주의 교육부처에서는 건강증진학교를 통하여 학생의 건강증진과 정신건강 증진을 도모하도록 추진하고 있음. 노바 스코티아(Nova Scotia)지역²⁾에서는 건강증진학교 정책을 통하여 학생의 건강증진을 도모하여 의료비절감의 결과를 가져온 것으로 평가받았음. 2003년부터 2006년 동안 진행된 목소리와 선택(Voices and Choices)이라는 건강증진사업은 정신건강 및 중독센터가 협력한 프로그램으로 9학년 이상의 학생에게 제공되어 왔고, 효과적인 것으로 보고된 바 있음. 학교 교사, 보건교사, 부모, 학생 등이 연계된 프로그램으로 학생들이 건강에 대한 자신의 느낌이나 의견을 제시하게 하고 학교환경을 개선하는 프로그램임. 교육부의 뉴파운드랜드 랩래도(Newfoundland Labrador)³⁾사업은 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동·청소년을 위한 서비스임. 주요 정신건강 장애로는 주의력결핍장애(ADHD),

1) <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-eng.php>

2) http://www.ednet.ns.ca/index.php?i=sub_pages&cat=1160

3) 자료원 <http://www.ed.gov.nl.ca/edu/index.html>

<http://www.ed.gov.nl.ca/edu/k12/studentssupportservices/exceptionalities.html>

품행장애(Conduct Disorder), 불안장애(Anxiety Disorder), 우울장애(Depressive Disorders), 반항장애(Oppositional Defiant Disorder), 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder), 약물남용 등을 포함하고 있음. 전문적인 진단을 거쳐 정신장애 또는 정서장애가 있는 것으로 판정된 학생은 그 정신건강 상태의 수준에 따라 적절한 서비스를 받도록 하고 있음

- 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책은 National Health Service를 기반으로 하여 추진되어 왔음. 조기에 정신건강 문제에 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있음. 만 5세 아동의 정신건강 문제를 조기 개입하는 부모대상 개입사업은 행동문제를 보이는 아동의 부모에게 양육태도를 바꾸어 문제행동을 감소시킬 수 있게 하는 프로그램이며 비용효과적인 사업으로 평가되었음. 보건부 산하의 아동·청소년 정신건강 서비스(Children and Adolescent Mental Health Services: CAMHS)에서 일반적인 사업과 취약계층대상 사업, 특성화된 사업을 제공하고 있음. 일반적인 정신건강 사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 하고, 특성화된 사업은 지속적인 관리가 필요한 청소년을 대상으로 보건과 사회적 서비스를 제공하고 있음
- 호주의 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 학교건강 증진사업으로 근거가 있는 것으로 평가받고 있음. 마음의 문제는 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하는 프로그램임. 학교의 모든 교사가 학생 정신건강 증진사업에 참여하여 안전하고 지지적인 분위기와 학습 환경을 제공함. 마음의 문제 프로그램의 접근대상은 네 가지 수준으로 개입대상이 구분됨. 전체 학교 공동체 영역은 지역사회기관, 학부모, 학생 등을 포함하고 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책 등을 포함함. 이 프로그램에서 기대하는 학생의 능력은 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결 기술 등을 포함함. 정신건강 교육과정은 정규적인 교육과정 안에서 정신건강 교육이 수행되도록 하고 있음

3) 아동·청소년 대상 정신건강 증진 국내정책 현황

- 국민건강증진종합계획의 학교보건서비스의 목표에도 학생의 정신건강 증진에 관한 목표를 포함하고 있으며 구체적으로는 자살 시도율, 스트레스 인지율 감소, 고위험 인터넷 사용자를 감소, 흡연 및 음주율 감소, 흡입제 등 약물사용 경험률 감소 등을 주요 목표로 하고 있음. 그러나 아동·청소년의 정신질환율에 대한 정확한 통계는 없음

- 우리나라에서 5년마다 실시하는 정신질환실태 역학조사는 18~64세 성인을 대상으로 하고 있음. 2006년 한 해 동안 한 가지 이상의 정신질환을 경험한 적이 있는 인구의 비율인 일년 유병율은 17.1%로 성인 6명중 1명꼴임. 또한 평생 동안 한 가지 이상의 정신질환을 경험하는 인구의 비율인 평생 유병율은 30%로 성인 3명 중 1명 수준으로 나타난 바 있음. 주요 우울장애의 일년 유병율은 1.8%에서 2.5%로 증가했고 평생 유병율은 4.0%에서 5.6%로 증가하였으며, 알코올 및 니코틴 의존은 감소하는 경향을 보였음. 정신질환자의 정신의료서비스 이용비율이 11.4%로 2001년의 8.9%보다 2.5% 높아졌으나, 미국 27.8%(2001) 등 선진국에 비해서는 낮은 수준임

- 교육과학기술부 주관으로 학생 정신건강 검진 사업이 2007년부터 추진되어 왔으며 체계적인 정신건강 문제의 관리를 시도해 왔음. 심층사정평가는 정신보건센터, 위(WEE)센터, 병원 등에 의뢰되어 실시되었음. 약 2/3 정도는 정신보건센터에서 심층사정평가가 이루어졌음. 지금까지 지적된 문제점으로는 구조적 한계(행정지원 및 수행체계의 미흡), 과정상의 한계(인력의 연수교육부재, 검사결과 전달체계의 일관성이 없고, 사후조치가 불충분함), 선별검사도구의 문제점(검사도구의 신뢰성, 수검자조작 및 방어 등 문제) 등이 지적되고 있음. 선별검사에 대한 불신이 커져서 정책성과를 기대하기 어려운 상황임
- 우리나라의 정신보건센터를 통하여 제공되는 정신보건사업은 등록과 심층검사, 개별 및 집단상담, 홍보 등으로 구성되어 있음. 정신보건사업의 우수사례 분석 결과 아동·청소년 정신건강센터에서 우선적인 대상은 관내 시설아동 등 고위험집단이었음. 선별검사를 통하여 고위험으로 분류된 사람을 대상으로 한 집중관리 치료프로그램 등이 주된 사업이었음

4) 아동·청소년의 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사

- FGI 조사를 위해서 정신보건센터의 정신건강 서비스 이용경험이 있는 초등학생, 중학생, 고등학생과 학부모를 모집하여 인터뷰 회의를 실시하였음. 본 조사에 참여한 학생과 학부모는 서울 및 수도권 지역에 거주하는 사람들로 구성되었음. 주요 조사내용은 학교에서의 정신건강 상담 서비스 경험, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스 경험에 대한 것으로 구성되어 있고, 전반적인 서비스만족도와 요구도를 포함하였음
- 첫째, 아동·청소년들이 정신건강 문제로 인해 서비스를 받게 될 때 이것이 학교생활과 연계가 되지 않고, 선생님들 또한 정신건강 문제를 충분히 이해하지 못하고 비행으로

받아들이 오히려 아동·청소년들을 탓하는(blame) 문제가 있었음

둘째, 증상이 심각하지 않은 아동·청소년의 경우 서비스 수혜 대상의 우선순위에서 밀려나
정신건강 서비스의 사각지대에 놓이게 되는 경우가 있었음

셋째, 부모들 스스로가 아동·청소년들의 정신건강 문제를 정확히 이해하고 공감하지 못하는
문제가 있었으며, 이를 부모모임, 부모교육 등으로 개선하고자 노력하는 사례가 있었음.

넷째, 현재의 아동·청소년 정신보건서비스는 기관별, 시기별, 그리고 담당자별로 연계가
잘 되지 않는 문제가 있었음

5) 정신건강 정책 개선을 위한 델파이 조사결과

- 전문가, 공무원, 사업담당자 대상으로 실시한 델파이조사 결과에 의하면, 정신건강 문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하고 학교에서 적절한 적응상태 등으로 나타났음. 나타나게 되는 주요 정신건강 문제는 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등임. 정신건강 문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스 대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력의 향상이 중요한데 이를 위해서는 정신건강 향상을 위해 도움을 받을 수 있도록 하는 환경조성이 가장 중요함. 학교에서의 환경조성, 지역사회 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석됨. 학교에서는 부모-교사의 연계강화를 통해 조기발견과 서비스접근이 초기에 이루어질 수 있도록 하는 노력이 필요함
- 학교차원의 아동·청소년 정신건강 증진 정책은 학생의 역량을 강화시키는 부분, 담임교사의 역량강화, 정신건강 검진 사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교의 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났음
- 시·도 및 시·군·구의 교육(지원청) 차원의 정신건강 증진 정책으로는 학교현장에서 정신건강 증진 사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었고, 관내 학교에서 정신건강 증진 사업 확대를 위한 예산을 확보하는 방안도 제안되었음. 학교 내의 위(WEE)센터와 정신보건센터의 연계, 교사의 연수프로그램 운영, 학부모 교육 등이 필요한 것으로 나타났음
- 교육청과 지방자치단체 간의 협력관계를 유지하여 정신건강 증진 정책을 강화할 수 있어야 하는 과제가 있고, 저소득층 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개입 및 치료비 지원 등이 필요한 것으로 제안되었음. 또한 아동·청소년의 정신건강 증진 정책을 홍보하는 것이 중요함. 이는 정신건강 서비스를 이용하는 데 대한 편견을 해소하는 데 중점을 두고, 도움이 필요할

때 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위함임

– 중앙정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

아동·청소년의 정신건강 문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할 수 있는 체계구축 및 기반이 조성되어야 함. 부처 간 연계체계강화도 가장 많은 요구도가 있는 과제임. 기존의 정신건강 정책을 평가하고 근거기반의 정책개선이 필요하다는 지적도 있었음. 중앙과 지방자치단체의 사업 중복성 문제를 개선해야 한다는 지적도 있었으나, 사업의 중복성보다는 증가하는 정신건강 수요에 대하여 중앙과 지방이 협조연계체계를 통하여 효율적으로 대응하고, 개인이 받는 서비스의 지속가능성을 확보하는 것이 중요하다는 제안도 있었음. 중앙정부차원에서도 국가적인 차원에서 아동·청소년 정신보건의사업에 대한 예산증대의 요구도가 높았음. 정신건강 증진 사업의 전문성강화도 중요한 과제로 제기되었는데, 정신건강 전문요원에 대한 처우개선 및 교육훈련을 통한 역량강화도 제안되었음

– 민간과의 역할분담

지역사회에서 민간의료기관 및 민간단체의 역할에 대해서는 정부정책에 대한 전문적인 조언을 할 수 있는 통로의 마련이 가장 중요한 역할로 제안되었음. 민간의료기관의 진료현장에서 진단되는 아동·청소년 정신건강 문제의 심각성이 조기에 공론화되어 정보 및 위기대응체계의 마련이 필요함. 민간의료기관이 공공사업에 적극적으로 참여하도록 네트워크형성과 사회에 기여할 수 있는 사업과 활동의 개발이 필요한 과제로 제안되었음. 민간의료기관의 정신건강 검사비 및 진료비가 표준화되어야 한다는 것도 과제로 제안되었음. 민간의료기관이나 민간기관에서 제공하는 상담의 질 관리도 표준화되어야 하는 과제로 지적되었음

4. 정책제언

○ 사전예방적인 학생 정신건강 증진을 위해 종합적으로 대처하기 위한 중장기적 로드맵 필요

- 학생의 정신건강을 지원하기 위해서는 전체적인 학교건강증진사업에서 정신건강 증진에 대한 부분이 함께 계획되어야 함. 학생 정신건강 검진 및 학생 정신건강을 위한 정책, 서비스에 대해서 모든 교사들이 충분히 이해하고 정책과 사업추진을 협조할 수 있도록 역량이 강화되어야 함. 이를 위해 중장기적인 학생 정신건강 증진 정책이 계획되고 추진되어야 함

○ **아동·청소년의 정신건강 문제와 정신질환을 조기발견하기 위하여 전문성 있는 검사 도구를 사용하여 모니터링 하는 시스템 마련이 시급**

- 정책개선을 위해서는 정기적인 정신건강 지표의 생산이 필수적이며, 현재 실시되고 있는 학생 정신건강 검진체계로는 대표성과 신뢰성 있는 통계생산을 기대하기 어려운 상황임.
- 성인대상으로 5년마다 실시하는 정신질환역학조사와 같이 아동·청소년 대상 정신질환역학조사체계의 마련이 시급함

○ **정신건강 서비스에 대한 홍보와 편견해소**

- 학생 정신건강 검진에 대한 취지와 내용에 대하여 학생과 학부모가 정확히 인지할 수 있도록 홍보가 필요함. 학교에서 학생의 정신건강 문제에 대한 상담 서비스가 신뢰할 수 있고 편견 없이 이용할 수 있는 서비스가 되도록 여건을 조성하고 홍보하여야 함. 이 문제는 단기간에 해결할 수 없을 것이며 중장기적인 홍보방안이 필요하고 모든 교직원과 학부모의 협조, 사회적 분위기 조성이 필요함

○ **부모자녀관계 지원정책 강화**

- 학교 및 지역사회의 정신건강 증진 정책은 포괄적으로 부모자녀의 정신건강 증진을 지원할 수 있어야 함. 스트레스 및 우울 등을 경험하는 자녀에 대해 부모가 적절히 대처해 줄 수 있도록 교육과 기술적 지원정책이 필요함
- 부모자녀의 정신건강 문제를 지원해줄 수 있는 정책이나 사업은 지역정신보건센터나 민간기관에서 부모와 함께 치료를 받는 서비스를 강화함으로써 가능함. 한편 지역정신보건센터나 민간기관에서의 상담의 질에 대해 부모들은 민감하므로 서비스의 질적 관리 및 개선이 필요함

○ **수요자 중심으로 정신보건사업관리체계 개선**

- 정부와 공공기관에서는 아동·청소년의 정신건강 문제를 개선하기 위하여 많은 노력을 해왔으나, 현재까지의 아동·청소년 정신건강 정책이 공급자중심으로 추진되어 왔다고 할 수 있음. 공급자 중심의 정책은 미충족 수요를 증가시킬 우려가 있고, 변화하는 정신건강 문제에 효율적으로 대처하기 어렵게 함

목 차

제 1 장 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	3
2. 연구내용	5
3. 연구방법	7
4. 기대효과	8
 제 2 장 아동·청소년의 정신건강 문제와 정책에 관한 이론적 고찰	 9
1. 아동·청소년 정신건강의 개념과 범위	11
2. 아동·청소년 정신건강 문제 예방 및 증진과 관련된 요인	13
3. 세계보건기구의 건강증진학교 개념과 건강증진 정책 접근 방향	23
4. 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책 및 사업관련 연구의 현황	27
 제 3 장 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책	 29
1. 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책	31
1) 아동·청소년 정신건강 목표와 정신건강 증진 정책	31
2) 학교 및 지역사회 아동·청소년 대상 정신건강 정책	31
2. 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책	34
3. 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책	35
1) 학교기반의 정신건강 증진 정책	36
2) 지역사회차원의 정신건강 증진 정책	36
4. 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책	37
1) 학교 정신건강 증진 사업인 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램	38
2) 지역사회의 정신건강 증진 프로그램	38

제 4 장 국내외 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 현황 41

- 1. 아동·청소년 정신건강 현황 43
- 2. 아동·청소년 정신건강 수준 파악을 위한 정부 정책의 현황 45
- 3. 우리나라 아동·청소년 대상의 정신건강 증진 정책 목표 57
- 4. 아동·청소년 정신건강 서비스의 우수사례 분석 63
- 5. 소결 65

제 5 장 아동·청소년의 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사결과 67

- 1. 조사개요 69
 - 1) 조사방법 69
- 2. 조사결과 74
 - 1) 학교에서의 상담 서비스 이용 경험 74
 - 2) 민간 병원의 정신건강 서비스 이용경험 76
- 3. 아동·청소년 FGI 조사 결과 77
 - 1) 학교에서의 정신건강 상담 서비스 77
 - 2) 가정, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스 78
- 4. 학부모 FGI 조사 결과 82
 - 1) 아동·청소년의 정신건강 상태 82
 - 2) 정신건강 증진을 위한 상담 서비스 이용경험 84
 - 3) 기타 89
 - 4) 고등학교 학부모 대상의 간담회의 결과 90
- 5. 소결 91

제 6 장 아동·청소년의 정신건강 정책 개선에 관한 델파이 조사결과	93
1. 조사개요	95
2. 1차 델파이조사 결과	95
1) 1차 델파이 조사 개요	95
2) 1차 델파이 조사의 주요 결과	95
3. 2차 델파이조사 결과	98
4. 소결	102
 제 7 장 정책제언	 103
1. 기본방향	105
2. 정부의 수준별 정책개선 방향	109
1) 학교 정신보건정책의 과제	109
2) 시도 및 시군구 교육(지원)청차원의 정신보건정책 과제	110
3) 지방정부 차원의 정책	110
4) 중앙정부 차원에서의 정책개선 방안	111
 참 고 문 헌	 113
 부 록	 119

표 목 차

〈표 II-1〉 아동·청소년 정신건강 문제와 관련된 요인	14
〈표 II-2〉 아동·청소년기의 건강한 성장의 지표	15
〈표 II-3〉 반사회적·범죄적 행동과 동반되는 위험요인과 회복요인들	16
〈표 II-4〉 세계보건기구 건강증진 정책 영역의 주요 정책 제안 동향	26
〈표 II-5〉 아동·청소년 정신건강 관련 학위논문 및 학술논문의 대상 학교급별 주제 분포	27
〈표 III-1〉 미국 정부의 아동·청소년 대상 정신건강 정책 및 사업	32
〈표 IV-1〉 부처별 아동·청소년 정신건강 서비스의 현황	47
〈표 IV-2〉 정신보건기관이용자 중 아동·청소년 현황(10~19세)	51
〈표 IV-3〉 국공립 및 민간의료기관이용자 중 아동·청소년 현황(10~19세)	52
〈표 IV-4〉 지역아동센터의 이용자 동향	53
〈표 IV-5〉 지역별 위(WEE)센터 개소 동향	55
〈표 IV-6〉 청소년상담센터 개소 동향	56
〈표 IV-7〉 청소년상담센터 이용자 동향	56
〈표 IV-8〉 국민건강증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표	58
〈표 IV-9〉 정부의 아동·청소년 정신건강 서비스 우수프로그램	63
〈표 IV-10〉 서울시 2010년 아동·청소년 정신건강 서비스 우수프로그램	64
〈표 V-1〉 학생 그룹 조사내용	70
〈표 V-2〉 학부모 그룹 조사내용	71
〈표 V-3〉 조사대상자의 개요	72
〈표 V-4〉 학부모 사전조사에 의한 조사대상 아동·청소년의 특성	72
〈표 V-5〉 조사대상 학부모의 특성	72
〈표 V-6〉 학교 상담 서비스 이용 경험	75
〈표 V-7〉 민간병의원 정신보건서비스 이용 경험	76
〈표 V-8〉 학생의 정신건강 서비스 이용경험 종합	82

〈표 VI-1〉 학교차원의 정책 또는 서비스	98
〈표 VI-2〉 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스	99
〈표 VI-3〉 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스	100
〈표 VI-4〉 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스	101
〈표 VI-5〉 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스	102

그림 목 차

【그림 I-1】 연구추진체계	7
【그림 II-1】 반사회적 인격장애의 안정된 코호트(출생에서 18세까지의)가 주의력결핍 과잉활동장애, 반항장애, 행동장애, 약물남용 장애와 반사회적 인격장애를 거쳐가며 보여주는 발달경로와 공존질환	17
【그림 II-2】 정신건강 중재의 스펙트럼모델	18
【그림 II-3】 지역사회 인구집단을 위한 통합적인 케어모델	19
【그림 II-4】 아동·청소년기의 정서적 웰빙과 건강한 공공정책과의 관련성에 관한 모형	20
【그림 II-5】 아동·청소년의 문제행동을 유발하는 양육방식의 영향요인	21
【그림 II-6】 문제행동에 미치는 영향요인	22
【그림 II-7】 문제행동과 관련된 예방적 개입과 치료적 개입이 필요한 정신건강의 요소	23
【그림 II-8】 학교건강증진을 위한 ACCESS 모형의 구성요소	25
【그림 III-1】 캐나다 Fraser South 지역의 허브 모델	35
【그림 III-2】 영국 램베스 조기 개입(LEO) 서비스 체계도	37
【그림 III-3】 호주 오리겐지역 청소년 정신건강 서비스의 체계도	39
【그림 IV-1】 우울증 및 자살 생각률의 국제비교	44
【그림 IV-2】 지역아동센터 이용 아동·청소년의 변화추이	54
【그림 IV-3】 드림스타트센터 수의 변화추이	54
【그림 IV-4】 드림스타트센터의 이용자 증가현황	55
【그림 IV-5】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요	65
【그림 VII-1】 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책	112

제 1 장

서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구내용
3. 연구방법
4. 기대효과

제 1 장 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

아동·청소년 정신건강 문제의 범위는 개인적인 우울감 및 사회생활에 약간의 지장을 주는 증상에서부터 손상이나 사망을 초래하는 질환이나 상태까지 광범위한 영역을 포함하고 있다. 대표적인 청소년 정신건강 문제로는 우울증, 식이장애, 담배 및 알코올 사용, 기타 약물남용, 인터넷 중독, 정신분열증 등이 있으며 정신건강 문제들이 폭력이나 의도적 손상, 자살 등의 결과로 나타나고 있다.⁴⁾

우리나라 국민의 질병부담의 원인 중 사망원인으로는 고의적 자해, 자살이 4위이고, 우울증이 6위, 정신분열병이 9위 등으로 나타난 바 있어 정신건강 문제가 심각함을 알 수 있다.⁵⁾ 또한 자살 사망률이 OECD 국가 중에서 가장 높은 수준에 속하고 있는 반면(2007년 기준 4위, 2008년 사망원인 중 자살사망은 인구10만명당 26.0명), 정신질환 치료율 및 적정치료 유지율이 다른 선진국에 비하여 매우 낮게 나타나고 있어 정책적 개입의 필요성이 증대하고 있다(외국은 우울증 치료율이 44%인데 반해 우리나라는 23%였음)⁶⁾. 한편, 아동·청소년의 ADHD환자도 증가하는 추세에 있는데, 지난 10년간 인구 10만명당 실진료 환자가 21.8% 증가하였다. ADHD아동의 발병률은 3~8%(약 26만명)이나, 적절한 치료를 받은 아동은 전체 ADHD아동 중 10%에 미치지 못하는 것으로 나타났다(유근춘·임완섭, 2011).

우리나라 아동·청소년의 정신건강 문제를 파악하기 위한 모니터링 체계 및 지표생산이 매우 제한되어 있고 정신질환 치료율이 매우 낮아 정신건강 관리를 체계화하기 어려운 상황이다. 질병관리본부의 청소년 건강행태조사결과에 의하면, 청소년(13~18세)의 스트레스 인지율은 2008년 43.7%로 성인(만 19세 이상)의 스트레스 인지율 27.1%(2007년)보다 매우 높은 것으로 나타났다. 청소년의

4) Friis R, Stock S.(1998) Mental Health, Promoting Teen Health: linking schools, health organizations and community Edited by Alan Henderson and Sally Champlin, William Evashwick, Sage Publications: CA, USA.

5) 최은진 등(2010). 제3차국민건강증진종합계획2020수립을 위한 세부전략에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 보건복지부.

6) 조맹재 등(2006), 정신질환실태 역학조사에서 재인용.

자살 생각률은 18.9%(2008년)였으며 이 역시 성인의 자살 생각률 15.0%(2007년)보다 높은 수치이다. 청소년의 우울감 경험률도 38.8%(2008년)로 성인의 우울감 경험률 12.7%(2007년)보다 높게 나타났다. 또한 우리나라 고등학생과 미국의 고등학생을 비교해 보았을 때, 우리나라 고등학생의 우울감 경험률은 2008년 38.8%로 미국 고등학생의 우울감 경험률 28.5%(2007년)보다 높게 나타났다.

아동·청소년의 정신건강 문제는 사회경제적 영향과 복합적으로 작용하여 아동의 건강한 성장을 저해하고 있다. 우리나라 아동들은 다양한 문제에 노출되어 있는데 특히 증가하는 해체가정 속에서 살면서 빈곤이나 정서적 방임을 경험하거나, 정신건강 면에서 인성교육의 부재로 인해 공격성, 폭력성, 불안, 우울 등을 경험하고 있다. 우리나라 전체 아동 중 빈곤아동은 15.0%, 잠재적으로 인터넷 중독 가능성이 있는 아동은 15.0%, 왕파 경험이 있는 아동은 24.2%, 행동장애아동은 25.7%, 불안장애아동은 23.0%, 우울아동은 12.2% 등으로 나타난 바 있다.⁷⁾ 또한 2002년에서 2005년까지 건강보험 가입아동의 정신질환 관련 진료가 증가한 것으로 분석된 바 있으며 10세 이상의 청소년층에서 신경증, 스트레스 관련 장애, 기분(정동)장애 등이 증가한 것으로 분석되었다.⁸⁾

현재로서는 이러한 아동·청소년의 정신건강 문제를 예방하고 정신건강 문제 및 질병을 조기에 발견하여 치료하고 관리할 수 있는 정신보건시스템이 부족하여 성과를 기대하기 어려운 상황이다. 따라서 통합적으로 아동·청소년의 정신건강 요구를 파악하여 사전에 예방 및 관리할 수 있도록 정책개선이 필요하다.

세계보건기구의 건강증진학교모형에서는 아동·청소년의 전체적인 웰빙을 지향하고 있으며, 학교를 중심으로 한 사례관리를 다양하게 포함하고 있다. 학교 보건정책, 물리적 환경제고, 사회적 환경제고, 지역사회와의 긴밀한 협조체계 확립, 학생 건강기술의 증대, 건강서비스의 공급 등을 통하여 아동·청소년의 웰빙을 추구한다.⁹⁾ 구체적으로 살펴보면, 미국은 학교정신보건에 의거하여 국가차원의 학교보건 정신보건사업을 실시하고 있다. 또한 통합학교 보건 프로그램을 실시하여 영양 및 체육, 보건교육, 상담 서비스 등과 함께 정신보건서비스와 사회복지서비스를 공급하고 있다.¹⁰⁾ 호주는 학교중심으로 포괄적인 정신건강 증진 사업을 수행하고 있는데, 학교의 건강증진학교 모델 안에 정신건강 서비스를 포함하고 있다. 지역사회와 파트너십 형태로 서비스를 운영하고 있으며, 학부모와 연계된 전문적 치료 또한 제공하고 있다.¹¹⁾

7) 김미숙·양심영(2007). 위기의 한국아동 실태와 정책적 대응방안, 보건복지포럼, 128호, 한국보건사회연구원, 2007년 6월, pp.5-20.

8) 강은정(2007). 한국아동정신건강현황과 정책과제, 보건복지포럼, 128호, 한국보건사회연구원, 2007년 6월, pp.60-72.

9) 김영·김혜경·김영복·최은진·임희진·이운영·최승희·김경남·김선자(2005). 각급 학교를 통한 건강증진사업 추진전략과 프로그램 개발, 이화여자대학교, 건강증진사업지원단.

10) 김윤 등(2009). 정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단.

우리나라에서는 보건복지부에서 2002년부터 정신보건센터를 통해 아동·청소년의 정신질환을 등록 관리하는 아동·청소년 정신보건사업을 수행해 왔다. 2002년에 16개소로 시작된 정신보건센터는 2004년에 24개소, 2005년에 31개소, 2007년에는 32개소 등으로 확대되어 왔다. 현재로서는 아동·청소년을 위한 정신건강 서비스가 양적으로나 질적으로 취약하기 때문에 향후 2020년까지 아동·청소년의 정신질환 치료율을 향상시키는 것을 국민건강증진의 목표로 삼고 있다.¹²⁾ 그러나 정신건강 증진 차원에서는 질병의 조기발견 및 치료뿐만 아니라 사전예방적인 정책적 시스템 마련이 시급하다.¹³⁾

■ 연구의 목적

- 사전예방적인 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국가정책 현황을 분석하여 개선방안을 제시한다.
- 아동·청소년의 정신건강 요구를 심층 분석하고 정부의 다양한 정신건강 관련 서비스의 현황을 분석하여 접근성 및 충족성 측면에서 평가하여 개선방안을 제시한다.

■ 대주제와 세부과제의 연계성

- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책의 현황 파악
- 아동·청소년 및 부모, 사업담당 공무원의 요구도 및 문제점 조사

2. 연구내용

- 본 연구에서 정한 아동·청소년의 범위 : 초등학교 4학년~고등학교 3학년
(근거 : 청소년은 청소년 기본법 제3조에 의거 “9세 이상 24세 이하의 자”이며, 아동은 아동복지법 제2조에 의거 18세 미만의 자에 해당, 본 연구에서는 초등학교 고학년부터 고등학교 3학년까지의 범위로 한정함)
- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 학교 및 지역사회의 정책현황을 분석하고 정책개선방안을 도출한다.

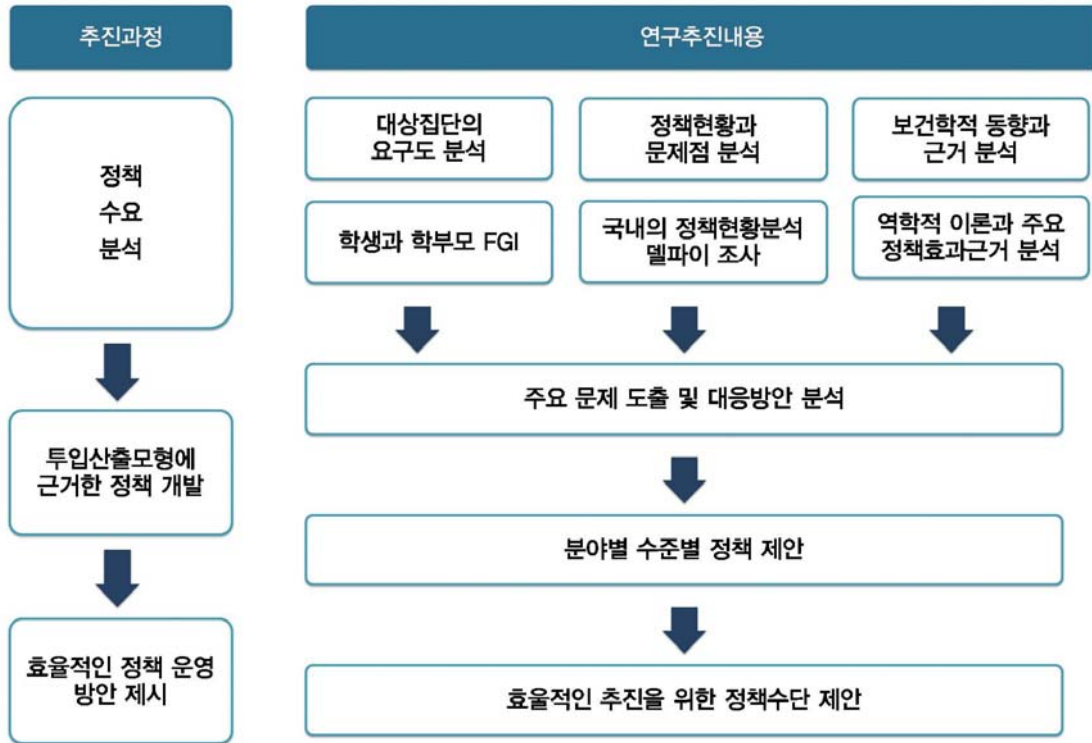
11) 김수진(2007). 청소년 정신건강검진사업 평가체계구축 및 맞춤형 사례관리프로그램개발 등 청소년 건강증진확산모형개발에 관한 연구, 전남대학교, 건강증진사업지원단.

12) 최은진 등(2010). 제3차 국민건강증진종합계획2020 수립을 위한 세부전략에 관한 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원.

13) 신윤정·최은진(2004). 청소년의 향정신성 유해약물 중독예방 및 치료프로그램 연구, 한국청소년개발원, 한국보건사회연구원.

- 정신건강 검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스전달 체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하며, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법의 정책을 개발한다.
- 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 분석한다.
교육과학기술부의 학교 정신건강 증진 관련 정책, 보건복지부의 중앙정신보건사업지원단, 전국 정신보건센터의 아동·청소년 정신건강 서비스 현황, 지방자치단체의 우수사례를 수집하여 분석한다.
- 외국의 아동·청소년의 정신건강 증진 정책의 현황 및 시사점을 분석한다: 선진 외국의 효과적인 아동·청소년 정신건강 증진 정책 중심으로 분석
- 아동·청소년 정신건강 증진의 수요(Needs)를 분석하고 정책적 개선방안을 도출한다: 건강향상, 건강위험요인감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 관련 수요 파악
- 효과적이고 효율적인 정신건강 정책 개선을 위한 대안을 제시한다: 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하고 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로로 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책대안 마련

3. 연구방법



【그림 I-1】 연구추진체계

- 정책수혜자 대상 포커스그룹 인터뷰(FGI): 30명
 - 학교 내외 정신건강 관련 시설이나 기관을 이용한 경험이 있는 청소년(초, 중, 고 각 5명) 15명
 - 해당 청소년의 부모 15명
- 전문가 의견조사(델파이조사)를 통한 의견수렴(총 10인 이상)
 - 기관, 시설의 담당자 및 운영자
 - 정책입안자(공무원)
 - 학계전문가 등
- 연구결과의 검토 및 의견수렴을 위한 워크숍 개최
- 국내외 문헌고찰
- 지자체의 우수사례 조사: 정신보건센터 등 공공부문의 우수사례조사

4. 기대효과

- 아동·청소년 정신건강 향상을 위한 정책성과 제고
- 아동·청소년의 정신건강 향상
- 아동·청소년의 정신건강 정책모델개발에 활용
- 국가 정신건강 지표의 개선

제 2 장

아동·청소년 정신건강 문제와 정책에 관한 이론적 고찰

1. 아동·청소년 정신건강의 개념과 범위
2. 아동·청소년 정신건강 문제 예방 및 증진과 관련된 요인
3. 세계보건기구의 건강증진학교 개념과 건강증진 정책 접근 방향
4. 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책 및 사업관련 연구의 현황

제 2 장

아동·청소년의 정신건강 문제와 정책에
관한 이론적 고찰

1. 아동·청소년 정신건강의 개념과 범위

세계보건기구에 의하면 건강의 정의는 “신체적, 정신적, 사회적인 완전한 안녕의 상태를 의미하며 단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니다”라고 정의된 바 있다. 여기서 정신건강은 “개인이 자신의 능력을 자각하고 삶에서 일어나는 보통의 스트레스에 적응하여 생산적으로 일할 수 있음으로써 지역사회에 기여할 수 있는 건강한 웰빙(Well-being)의 상태”라고 정의된 바 있다. 따라서 정신건강은 개인의 안녕과 개인이 지역사회에서 효과적으로 기능을 할 수 있도록 하는 기초가 된다고 할 수 있다.¹⁴⁾ 세계보건기구에서는 아동·청소년의 약 20%가 정신질환을 가지고 있고 청소년 사망원인 중 자살이 3위를 차지한다고 보고하였다. 또한 성인 정신질환의 약 50%가 만 14세 이전에 발생한다고 보고하고 있고 청소년기 품행장애가 성인기까지 지속된다고 하였다.

건강한 정신을 구성하는 요소는 광범위하다. 개인의 내적인 요소와 유전적 소인 등과 부모의 양육태도, 대인관계, 환경적 요인과 공공정책 등이 다양한 경로로 건강한 정신적 발달을 증진하거나 저해하게 된다.

아동·청소년의 정신건강은 정상적인 발육발달의 과제와 깊이 연관되어 있어서 성인의 정신건강 문제보다 그 범위가 크고 더 복잡하다. 또한 아동·청소년기는 건강한 성 개념과 정체성을 확립해야 하는 시기이기도 하다. 인간은 지속적으로 변화하는 환경 속에서 생물학적, 심리학적, 사회적 자아의 균형을 유지하려한다는 가정에서 출발하고, 성적 자아의 발달에는 자아와 성의 여러 요소들, 다른 사람이나 환경변수 등이 관계하는 것으로 본다. 성 개념 모형의 핵심에 자아가 있는데, 자아는

14) WHO(2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, World Health Organization.

신체, 마음, 영적인 요소의 삼각형으로 구성되어 있고 이렇게 세 요소로 통합된 자아를 둘러싸고 있는 성의 요소들이 성적 자아의 발달과 유지하는 과정과 행동에 영향을 미치도록 구성되어 있다. 성의 이런 요소들에 영향을 주는 중요한 타인은 성적 자아에 부정적 또는 긍정적 영향을 주는 과거나 현재 관계하는 사람들이다. 타인이 개인의 성적 자아 발달에 주는 영향의 정도는 다양하다. 이는 개인의 발달단계와 관계의 강도, 즉 친밀감의 정도에 따라 다르기 때문이다. 주요한 타인을 둘러싼 환경적인 변수도 성적인 자아발달에 영향을 주게 된다. 개인이 몸을 담고 생활하는 사회적, 문화적, 종교적, 신체적 환경은 성에 대한 태도와 신념에 영향을 주고, 수용할만한 행동의 타입에 영향을 주게 된다.¹⁵⁾

건강한 아동기의 발달은 생존에 필요한 기능을 얻게 되고 환경에 적응할 수 있게 한다. 발달은 단계적인 과정에 의해 진행되는데 심리적 성 발달과 사회성 발달, 인지발달, 도덕성발달 등의 발달과제들이 있다. 특히 학령기의 중요한 과제는 학교에 적응하고 지식과 기술을 습득하는 과정에서 자신감과 효능감, 만족감을 얻는 것, 친구와 사귀를 통한 사회성 향상, 단체의식함양과 규율 및 법의 준수 등 사회생활의 기초를 마련해야 한다. 또한 직접적으로 관찰할 수 있는 사물에 대하여 속성을 알고 그 인과관계에 관심을 가지면서 인지적인 발달을 이루게 된다.

건강한 발달을 위하여 필요한 환경적 요소는 배움의 중요성을 강조하고 다양한 성공을 경험할 수 있는 기회를 주고, 자신감을 길러주며 열등의식에 사로잡히지 않도록 도와주는 것이 포함된다. 또한 지식의 습득을 스스로 할 수 있는 능력과 자세를 가질 수 있도록 도와주어야 하며 동시에 육체적, 감성적, 개성적 발전을 도와줄 수 있는 환경을 제공해 주는 것도 필요하다.

아동이 성공적으로 발달단계를 이루어가는 과정에서 이를 저해하는 정신적 건강문제는 분리불안, 학교공포증, 품행장애, 주의력결핍과잉행동장애, 학습장애 등이 있다. 청소년기는 신체변화에 적응하고 충동을 통제하고 성 에너지를 승화시키는 단계이며, 부모로부터 심리적으로 해방하고 독립하며 자아정체성을 확립하는 시기이다. 청소년기에 나타날 수 있는 주요 정신건강 문제는 친구관계의 어려움, 집중과 학업의 어려움, 심한 걱정과 불안, 짜증, 잦은 화와 분노폭발, 혼자 또는 집단으로 하는 비행, 지속적 반항 또는 공격성, 입맛과 체중의 급격한 변화, 담배, 술, 약물, 인터넷 등의 지나친 사용, 수면의 장애(예: 과다수면, 불면증, 지속적 악몽) 등이 있다.

청소년기 정신건강 문제의 원인으로는 청소년의 신체적, 생물학적 요인과 청소년의 경험적 요소를 들 수 있다. 청소년의 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 신체적, 생물학적 요인은 유전적 요인,

15) 양순옥·정금화·최은진·최영애(1999). 성교육우수자료추천제개발방안, 교육부 여성교육정책연구과제(99-3).

신체적 상태, 지능, 기질, 뇌손상 여부 등이 있고, 경험적 요인으로는 육아경험, 부모자녀관계, 가족의 수, 경제사회적 여건, 훈육, 학교에서의 경험 등이 있다.

2. 아동·청소년 정신건강 문제 예방 및 증진과 관련된 요인

아동의 행동장애는 주의력 결핍장애, 반항성 도전장애, 품행장애, 공격성 등이 있고, 이러한 행동장애들과 더불어 학습부진, 언어장애, 정신지체, 뚜렛 또는 틱장애, 불안 또는 우울장애 등이 동반된다. 이상행동장애는 기능적인 문제를 동반한다. 사회적 관계형성에 문제를 가지고 정서적으로 우울증을 가질 가능성이 높아지며, 학습 성취에 문제가 생기고 가족관계형성에도 부정적인 결과를 가져오는 것으로 알려져 있다(곽영숙, 2000). 학령기 아동의 건강한 발달을 저해하는 정신적인 문제는 분리불안, 학교공포증, 우울증과 강박증, 틱장애, 품행장애, 주의력 결핍과잉행동장애, 학습장애 등이 있다. 이러한 문제들이 나타나는 행동적 양상은 다양하다.

아동·청소년의 정신건강 문제를 검진할 때 필수적으로 포함시켜야 할 문제행동은 다음과 같다. 첫째, 정신의학적 문제(우울, 불안, 정신분열증, 섭식장애), 둘째, 행동적 문제(흡연이나 음주 등 약물오남용, 비행, 폭력 및 공격성, 반항장애, 인터넷 중독, 소비생활을 포함한 충동성), 셋째, 학업성취 및 학교생활 적응문제(지체장애, 발달장애, 학습장애), 넷째, 교우관계 및 성격문제(집단따돌림, 친구 사귀기 어려움, 경계선적인 성격, 의존적 성격, 정체감혼란, 성격적 미숙), 다섯째, 성문제(성에 대한 지나친 관심과 탐닉, 성지식 및 가치관 부족, 성정체감 미숙, 성충동문제, 성추행 및 폭력, 임신 등), 여섯째, 가족 관계문제(가족 간 의사소통, 정서적 지지와 친밀감, 부모의 지나친 통제와 압박감, 부모의 폭력, 부모에 대한 반항/반감, 부모에 대한 지나친 의존) 등이다(안동현 등, 2006).

이와 함께 아동·청소년 정신건강 문제의 범위는 광범위하다. 정신건강이라는 개념의 범위가 크기 때문이기도 하고 정책적으로는 세분화된 관련 정책분야들이 다양하게 존재하기 때문에 정신건강 분야에서 다루는 내용은 여러 정책에 연결된다. 개인의 정신건강은 개인과 가족, 지역사회, 학교와의 상호작용을 통해 악화되기도 하고 향상되기도 한다. 즉, <표 II-1>에서 보는 바와 같이 개인의 정신건강에 영향을 줄 수 있는 다양한 위험인자와 보호인자가 존재하므로 개인에게 도움을 줄 수 있는 적절한 정신건강 지원체계가 필요할 것이다. 또한 <표 II-2>에 나와 있듯이, 청소년의 정서적인 건강수준을 향상시키고 사회적응을 증진하는데 관련된 지표는 사회성 관련 능력, 긍정적 자아감,

가치관 등과 같은 개인내적인 요소와 학교에의 순응, 다양한 활동시간 참여, 임파워먼트, 가족의 지지와 같은 개인외적 요소들이 있다.

표 II-1 아동·청소년 정신건강 문제와 관련된 요인

주요 정신건강 문제	정신건강 관련 요인의 구분	위험인자	보호인자
아동(12세미만) 학습장애 주의력결핍 및 행동장애 틱장애 청소년 (12세~만18세) 우울 및 자살 정신질환 전반적 발달장애 品行장애 물질남용 식사장애	개인	유전적 요인 성 저체중출생 언어장애 만성적 신체질환 낮은 지능 아동학대 혹은 방임	긍정적 기질 높은 지능 사회적 역량 신앙
	가족	심각한 결혼생활의 불화 대규모가족 아버지의 범죄 어머니의 정신질환 시설입소	소규모가족 부모와의 상호지지적 관계 형제자매와의 우호적 관계 부모의 적절한 규율과 감독
	지역사회	폭력 빈곤 지역사회 해체 부적절한 학교 차별	성실한 학교생활 보건 및 복지서비스제공 사회적 연대

* 출처: 강은정(2007). 한국아동정신건강현황과 정책과제, 한국보건사회연구원 보건복지포럼(2007. 6월호)에서 재구성.

표 II-2 아동·청소년기의 건강한 성장의 지표

구분	내용
지원 (support)	· 가족의 지원 · 가족 간 긍정적 의사소통 · 주변어른과의 관계 · 학교의 지원적 분위기 · 학교에 부모의 참여
임파워먼트 (Empowerment)	· 청소년에게 주어진 지역사회의 가치관과 기대되는 역할에의 참여
바운더리와 기대감 (Boundaries and expectations)	· 가족의 바운더리에 대한 기대감 · 학교의 규율에 대한 순응과 기대감 · 긍정적인 또래의 영향 · 부모와 교사의 기대감에 대한 순응
활동시간 (Time)	· 여가활동, 종교활동, 친구와의 모임 등
교육관련 순응 (Educational commitment)	· 성취동기 · 학교교육에의 순응과 참여 · 독서시간
가치관 (Values)	· 타인에 대한 배려와 도움에 대한 가치 · 정직함, 책임감 등에 대한 가치관 확립 · 약물남용, 성행동에 대한 자제
사회성 관련 능력 (Social competencies)	· 생활계획관리 · 친구, 동료의 관계 · 평화적인 갈등조정 추구
긍정적 자아감 (Positive identity)	· 자아존중감 · 목적성, 긍정적인 미래추구성향

* 자료원: Search Institute(1996). With the support of Lutheran Brotherhood, the Cargill Foundation, and Northwest Bank Minnesota.

Tones와 Green(2004)에 의하면 신체적인 건강의 정의는 비교적 직선적이지만 정신건강은 보다 많은 요인들과 복잡하게 연결되어 있는 특징이 있고 그 영향력도 광범위하다. 국민건강증진차원에서 가장 중요한 정신건강의 요소는 인지적인 차원과 정서적인 차원에서 최상의 정신건강 증진을 지향하는 것이다. 인지적 차원에서는 개인의 지적인 잠재력을 최대한 발휘할 수 있게 지원하는 정책이 필요하고 정서적인 차원에서는 긍정적 자아감을 갖고 사회생활에 적응력이 높아질 수 있도록 지원하는 정책이 필요하다.

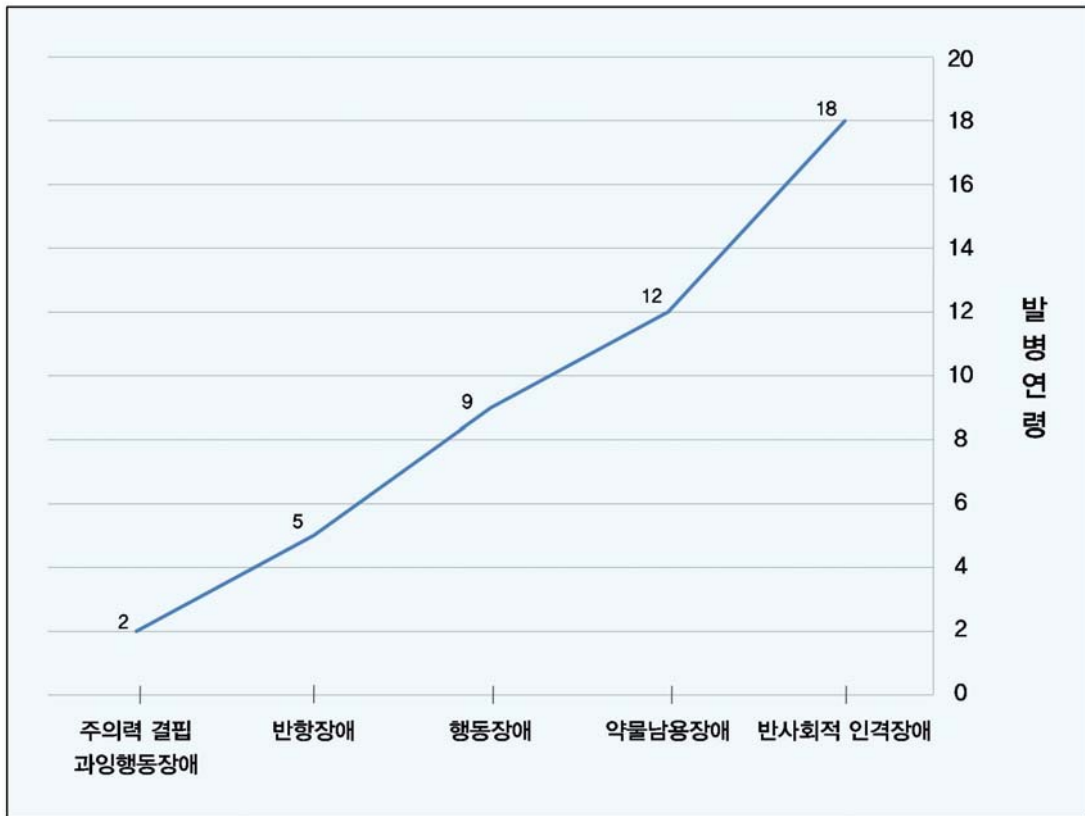
〈표 II-3〉은 반사회적 그리고 범죄적 행동과 동반되는 위험요인과 회복요인들에 관하여 나타난 표이다. 청소년의 반사회적 행동에 영향을 주는 위험요인에는 개인내적 요인인 출생시의 요인과 기질적 요인이 포함되며, 부모의 양육이나 가정의 해체 등도 중요한 요인으로 다루어져야 한다. 반면, 회복요인은 개인내적 강점들과 가족, 학교, 지역사회의 상황적 요인들을 포함한다.

표 II-3 반사회적·범죄적 행동과 동반되는 위험요인과 회복요인들

회복요인	위험요인
개인적 요인	
· 사회적 유능감 · 애착, 공감능력, 조절능력 · 미래에 대한 인식, 목적의식. 쉽게 좌절하지 않기 · 사회기술, 문제 해결능력 · 통제력, 편한 기질	· 조산 · 저 체중 출산 · 태아기 뇌 손상 · 출생 시 손상 · 까다로운 기질
가족요인	
· 적은 수의 가족, 강한 가족규범 및 도덕성 · 도움에 대한 요구와 집안일에 대한 책임감을 중요하게 생각하는 가족 · 따뜻함과 감정표현과 정서적 지지를 표현하는 가족 · 나이차가 2년 이상 나는 형제자매	· 편모나 편부 양육, 비일관적인 혹독한 훈육, 애정표현과 보살핌 부족, 10대 임신 · 임신 중 알코올과 약물남용, 범죄와 정신건강 문제 (우울증 등), 폭력과 부부 불화 · 아버지 부재, 대가족, 장기간 부모 실직 · 방임, 학대, 거절, 지도감독 부족
학교요인	
· 자존심 고양을 촉진하고, 사회적/ 학업적 성공을 증진시키는 학교 · 또래관계를 촉진하고, 긍정적인 학교문화, 폭력에 대한 학교 규범 · 능력수준에 대한 교과일정 조정/ 학업시간을 최대화	· 규칙에 대한 신뢰감 부족, 학교참여 부족, 또래의 따돌림과 사회적 소외감 · 교사/ 학교에 대한 낮은 애착, 약한 자를 괴롭히는 사람, 학업실패 및 공격성에 대한 규범적인 믿음 · 학교에 대한 적응부족(특히 낮은 출석률과 머무르는 시간 부족)
상황과 사회적 요인	
· 지지적 서비스에 대한 접근 · 커뮤니티에 대한 애착 · 폭력에 대항하는 지역사회의 문화적 규범 · 강한 문화적 정체성과 민족적 자긍심 · 새로운 지역으로 이주하는 것과 연관된 새로운 기회	· 이혼, 가족 해체 · 사별/ 상실(특히, 애착 대상) · 전쟁, 천재지변 · 문화적 인종적 정체성의 부족 · 지역사회/ 지역사회 연결망으로부터의 소외감

* 자료원: 소아청소년 정신보건증진(2008, Louise Rowling, Graham Martin, Lyn Walker 저, 곽영숙, 박순영 역, p.206에서 인용.

[그림 II-1]은 주의력 결핍장애가 반사회적 인격 장애로 진화해가는 과정을 보여주며 조기개입의 중요함을 시사한다. 반사회적인 행동은 연령증가와 더불어 증가하는 경향이 있고, 주의력 결핍 과잉행동장애, 반항장애, 행동장애, 약물남용장애, 반사회적 인격장애 등으로 발생한다.



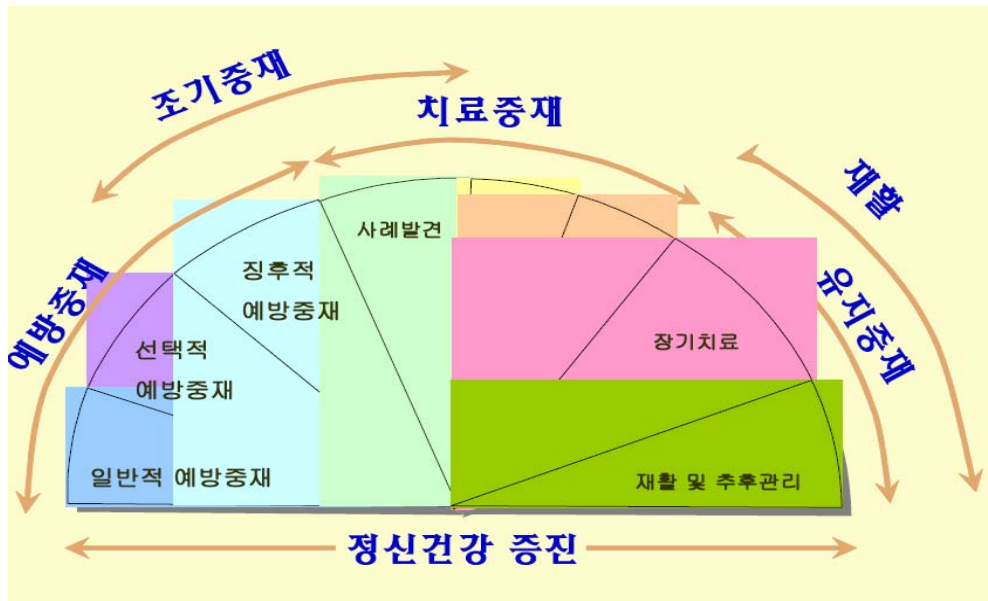
* 자료원: 소아청소년 정신보건증진(2008), Louise Rowling, Graham Martin, Lyn Walker 저, 곽영숙, 박순영 역, p.200에서 인용.
그래프의 가독성을 위해 일부형식은 연구자가 변경함.

【그림 II-1】 반사회적 인격장애의 안정된 코호트(출생에서 18세까지의)가
주의력 결핍 과잉활동장애, 반항장애, 행동장애, 약물남용 장애와
반사회적 인격장애를 거쳐가며 보여주는 발달경로와 공존질환

정신건강 증진을 위한 정책과 사업의 추진체계를 보면 예방, 조기개입, 치료개입, 유지를 위한 개입 등 단계적인 접근이 권고된다. 예방적 중재는 다시 일반적 예방중재와 선택적 예방중재, 징후적 예방중재 등으로 구분된다. 치료적 중재는 사례발견 및 관리가 해당되고 장기치료 및 재활과 추후관리는 유지중재의 단계에 포함된다([그림 II-2]). 일반적 예방중재는 개인의 정신건강 수준을 선별하는

절차 없이 일반대중 및 전체 대상집단에게 제공하는 프로그램이다.

일반적인 예방중재는 포괄적인 접근이므로 전체 대상집단에게 접근성이 확보되거나 인지할 수 있도록 하는 것이 효과적이다. 선택적 예방중재는 정신건강 문제의 위험성이 있는 잠재적 위험집단에게 제공하는 프로그램으로, 사회환경적 상황이 정신건강 문제를 발생시킬 위험이 높은 아동·청소년이 주요 대상이 된다. 징후적 예방중재는 증상을 조기에 발견하였으나 임상적인 진단이 내려진 질병상태이 전단계의 아동·청소년을 대상으로 예방적인 접근을 하는 프로그램이다.



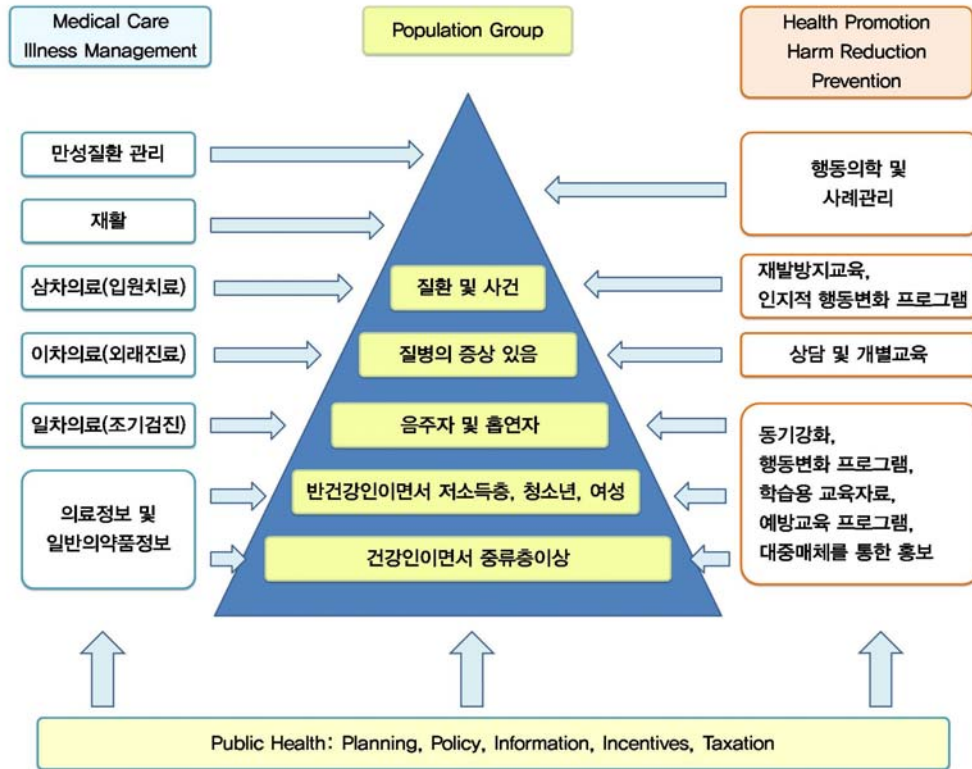
* 자료원: Mrazek PJ & Haggerty RJ. (Eds) (1994). Reducing risks for mental health disorders. Frontier for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

* 인용처: 김수진 등(2007). 청소년정신건강검진사업평가체계구축 및 맞춤형사례관리프로그램개발 등 청소년 정신건강 증진 확산모형개발에 관한 연구, 전남대학교, 건강증진사업지원단.

【그림 II-2】 정신건강 증진의 스펙트럼모델

【그림 II-3】은 인구집단을 대상으로 단계적으로 예방적인 건강증진정책과 치료중심의 보건의료서비스의 역할을 구분하여 보여준다. 인구집단의 구분은 질병의 증상이 없는 집단과 고위험군, 위험행동을 하고 있는 집단, 질병의 증상이 있는 집단 등으로 구분된다.

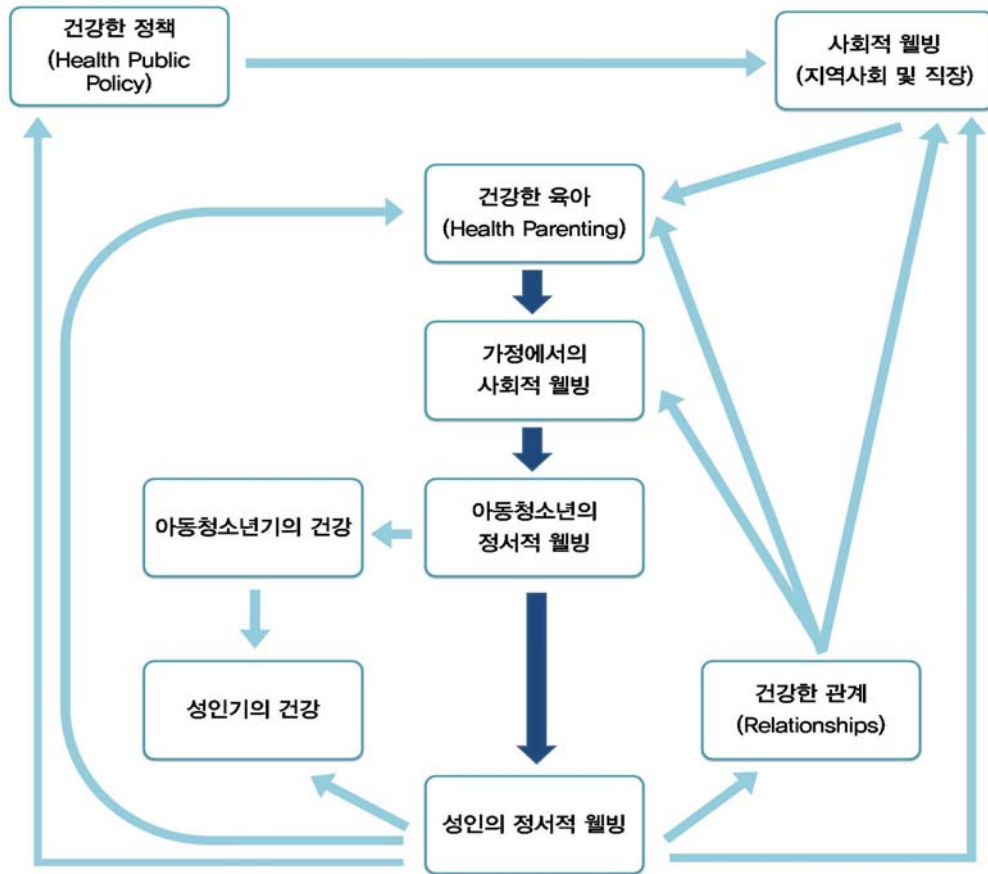
보건의료서비스의 제공결과는 임상적으로 질병을 치료하는 데 있다. 건강증진 및 예방서비스의 결과는 대상집단이 행동을 변화하고, 자발적으로 자기관리를 할 수 있도록 하는 데 있다. 질병의 위험성을 감소시키고 개인 스스로 문제해결을 할 수 있도록 하는 데 건강증진의 제공형태가 구분된다.



* 자료원: Model of integrated care for a community Population, Abrams, DB, Integrating Basic, Clinical, and Public Health Research for Alcohol-Tobacco Interactions, In Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice edited by J. B. Fertig & J. P. Allen, National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, USA, 1995, p.9.

【그림 II-3】 지역사회 인구집단을 위한 통합적인 케어모델

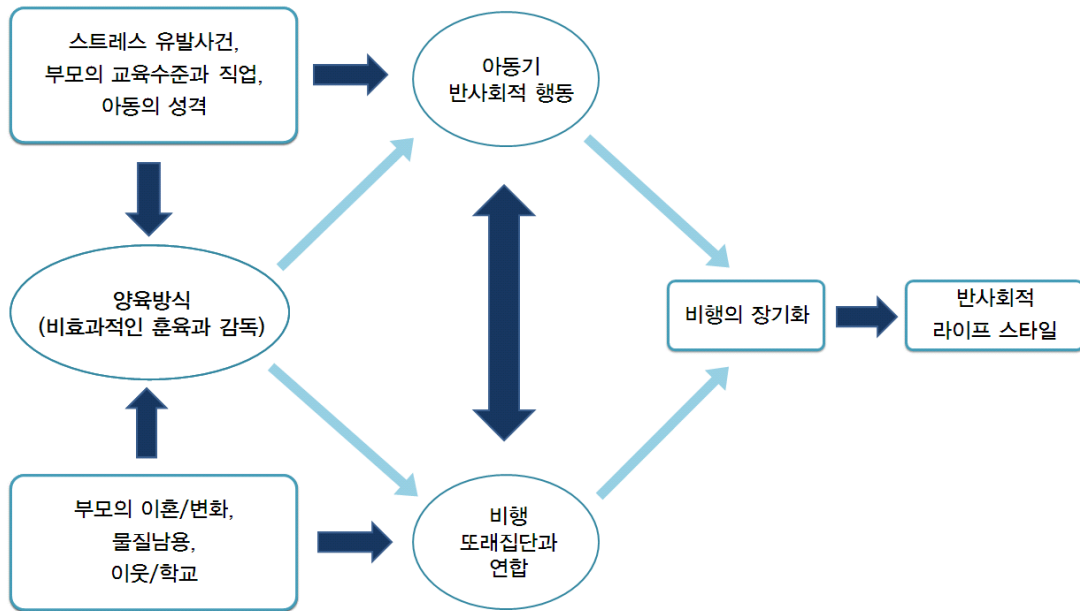
아동기의 정서적인 웰빙은 육아방법과 사회적인 정책과도 연결된다. 아동·청소년의 문제행동을 유발하는 부모요인 중 가장 강력한 요인은 육아방법이고, 그 다음은 가정에서의 사회적 웰빙 상태이다. 아동의 정서적 웰빙은 부모의 사회경제적 수준(사회적 웰빙), 결혼 상태나 결혼 관계의 질에 따라서도 다른 영향을 받는다(그림 II-4). 종합해 보면, 가정에서 부모로부터 존경 및 공감, 그리고 진실함 등을 경험한 아동은 사회적으로 정서적인 자원을 더 많이 가지게 되고 정서적으로 건강한 성인으로 성장할 가능성이 높다.



* 자료원: Buchanan, A. & Hudson, B. L. (Eds.) (2000). Promoting Children's Emotional Well-being. Oxford University Press, pp. 35.

【그림 II-4】 아동·청소년기의 정서적 웰빙과 건강한 공공정책과의 관련성에 관한 모형

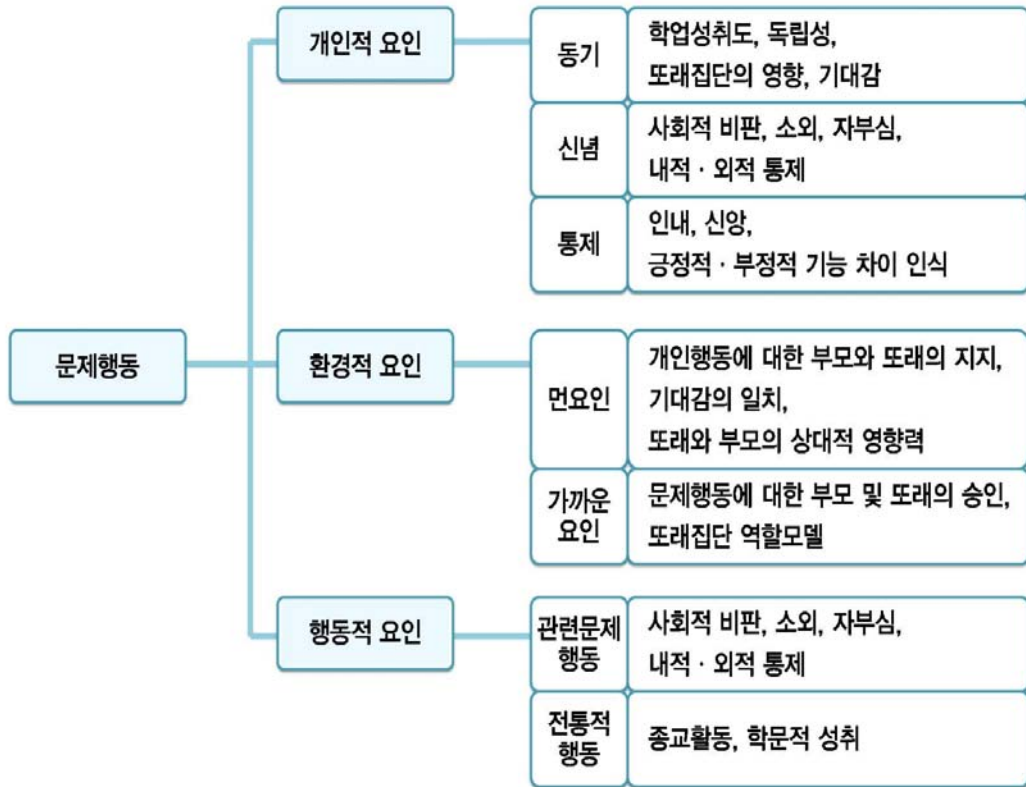
아동·청소년기의 개인의 문제행동에 영향을 주는 정서적 요인을 도식화한 것이 [그림 II-5]에 제시되어 있다. 부모의 결혼 상태와 직업, 스트레스 상태 등이 부모의 양육방식에 영향을 주고 아동의 성격도 부모의 양육방식에 영향을 미치게 된다. 이러한 요인들이 아동기의 반사회적 행동의 가능성을 높게 하고 비행청소년 또래집단과 연합할 때 비행이 장기화되게 되며, 결과적으로 반사회적 라이프스타일을 가져오게 된다.



* 자료원: The mediational family model; Buchanan, A. & Hudson, B. L. (Eds.) (2000). Promoting Children's Emotional Well-being. Oxford University Press, pp.212.

【그림 II-5】 아동·청소년의 문제행동을 유발하는 양육방식의 영향요인

Jessor와 Jessor(1977)에 의하면 문제행동은 연령에 적합하지 않거나 사회적으로 받아들여지지 않는 행동을 의미한다. 이들에 의하면 문제행동을 자라나게 하는 요인은 크게 개인적 요인, 환경적 요인, 행동적 요인 등으로 구분된다(그림 II-6). 동기, 신념, 통제 등에서 나타날 수 있는 특징들은 개인적 요인이다. 환경적 요인은 청소년에게서 먼 요인과 가까운 요인으로 구분되는데, 그 중 부모와 또래의 문제행동에 대한 승인과 역할모델이 가까운 요인에 해당되며 특히 중요한 역할을 하게 된다. 행동적 요인은 청소년이 보이는 문제행동과 전통적인 역할행동으로 구분된다. 특히 이 모델은 예방적인 접근의 방향성을 수립하는데 중요한 역할을 한다(신윤정·최은진, 2004).

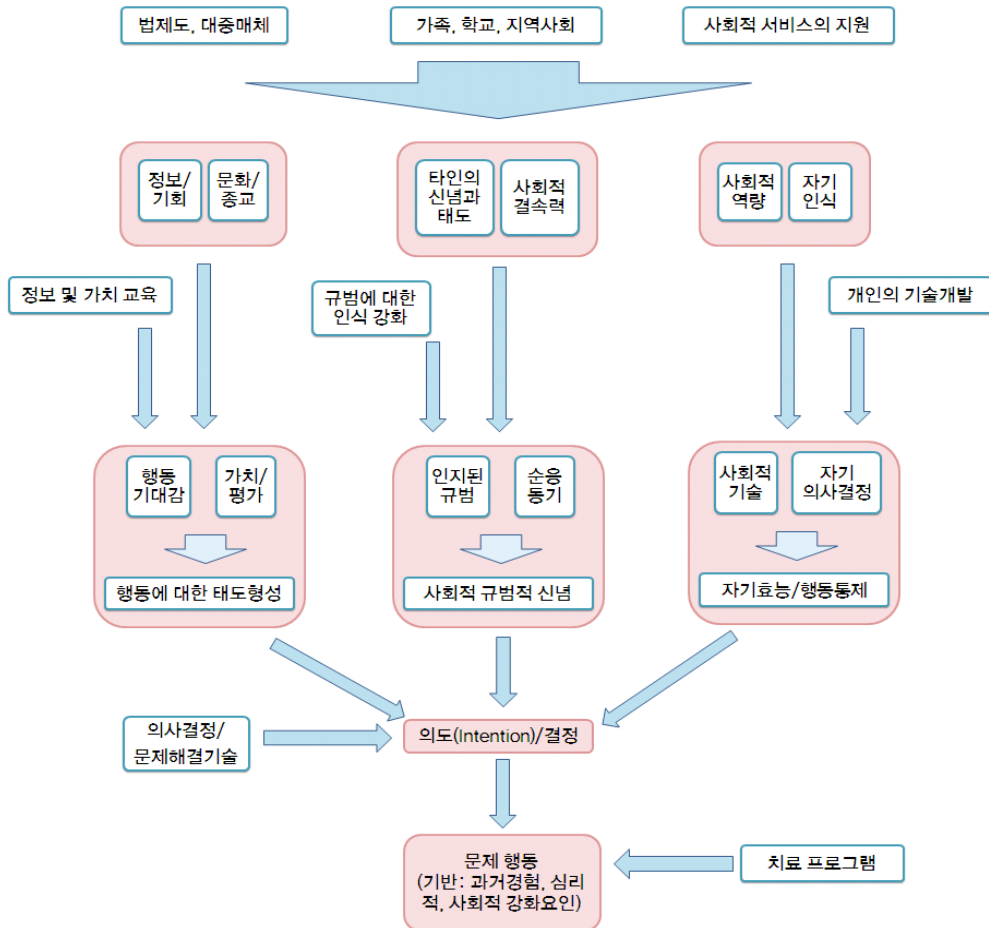


* 자료원: Jessor, R., & Jessor, S. L.(1977) Problem Behavior and Psychosocial Development, new York: Academic.

【그림 II-6】 문제행동에 미치는 영향요인

아동청소년의 흡연이나 음주와 같은 물질사용 관련 문제행동은 세 가지 요인에 의해 영향을 받는다는 삼중영향론(Theory of Triadic Influence)에 의하면 문제행동은 환경, 상황 및 개인 내적 요인에 의해 결정된다. 이 요인들을 더 세분화하여 정책이나 서비스접근이 필요한 요소를 도식화 한 것이 [그림 II-7]이다. 법제도, 대중매체, 가족, 학교, 지역사회, 사회서비스, 보건교육(정보 및 가치, 규범, 개인기술개발, 의사결정기술, 문제해결기술), 치료프로그램 등의 개입이 체계적으로 필요하다는 것을 보여준다.

3. 세계보건기구의 건강증진학교 개념과 건강증진 정책 접근 방향



* 자료원: Major Points of Intervention for behavior Change according to the Theory of Triadic Influence, Integrating Basic, Clinical, and Public Health Research for Alcohol-Tobacco Interactions, In Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice edited by J. B. Fertig & J. P. Allen, National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, USA, 1995, p.54.

【그림 II-7】 문제행동과 관련된 예방적 개입과 치료적 개입이 필요한 정신건강의 요소

정신건강은 세계보건기구가 정의한 건강의 구성요소 중 하나로서 개인에게, 그리고 사회적으로도 크게 영향을 미치는 중요한 요소이다. 일반적으로 정신건강에 영향을 주는 요인은 개인의 유전적, 심리생물학적 요인 외에 사회적인 변화와 스트레스, 폭력, 경제적 요인, 교육적 요인, 신체적 불건강 등이 포함된다. 정신건강 증진을 위하여 세계보건기구에서 권고하는 전략 중 아동대상의 사업은

다음과 같다.¹⁶⁾

- 아동에 대한 조기 개입(예: 취약계층 임신부 대상 가정방문서비스, 아동의 취학전 심리사회적 활동 및 영양관리)
- 취약계층 아동에 대한 지원(예: 대처기술개발, 아동발육발달프로그램)
- 소수민족 및 재난을 겪은 인구집단을 대상으로 한 심리사회적 개입
- 학교의 정신건강 증진 사업(예: 학교에서의 정신건강 지원 사업, 아동친화적인 학교환경조성)
- 주거환경의 개선
- 지역사회의 폭력예방사업(예: 지역사회 경찰의 협력)
- 지역사회개발사업에 정신건강의 개선요소 포함

세계보건기구의 건강증진학교 개념은 1990년대 유럽의 건강증진계획, 일차건강관리계획 1996~2001, 서태평양지역에서 개발한 1995년 건강증진학교 등에서 비롯되었다. 학교건강증진사업의 모형에 의하면 학생의 건강수준과 건강행동에 영향을 주는 요인으로는 학생의 학교환경과 학교적응수준, 자아존중감, 학교의 네트워크(교사, 부모, 또래의 지지) 등이 포함된다(정영숙 등, 1999).

건강증진학교는 생활, 학습, 업무를 위한 건강한 장(setting)을 의미한다. 건강증진학교의 원리는 민주주의(democracy), 형평성(equity), 역량과 능력(empowerment & action competence), 학교환경, 교육과정, 교사훈련, 평가, 협력, 지역사회, 지속가능성(sustainability) 등이다. 건강증진학교의 주요 구성요소로는 학교의 보건정책 수립, 학교의 물리적 환경관리, 학교의 사회적 환경 관리, 지역사회와의 연계체계 구축, 보건교육을 통한 개인적 건강기술의 함양, 적절한 보건서비스 공급 등이 있다. 학교는 다양한 방법을 통해서 학생의 건강향상과 학습능력을 향상시키도록 노력해야 하며, 특히 학생개인의 자아존중감을 함양하고 개인의 성취와 목표달성을 위해 긍정적인 노력을 지원하는 각종 정책을 수행해야 한다(박순우 등, 2009).

세계보건기구의 학교 건강증진사업의 효과로는 학생의 신체적, 정신적, 사회적 건강의 향상, 교직원의 건강향상과 업무효율증가, 가족 및 지역사회의 건강과 경제능력향상, 학교 및 보건의료체계 운영의 낭비 감소, 국가적인 수준에서의 국민건강 향상으로 인한 경제발전의 기초 향상 등이 있다. 학교 건강증진사업에서 고려해야 할 주요 요소는 다음과 같다(김명 등, 2005).

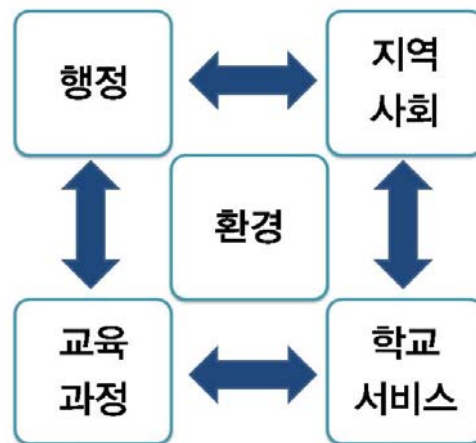
- 타당한 이론적 원리와 지역사회의 요구를 반영한 사업개발

16) 자료원: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

- 다양한 전략을 복합적으로 활용
- 학생들의 참여를 도모하는 것이 사업성공의 필수요건임
- 학생건강증진과 관련된 내용을 교사와 교직원에게 교육, 훈련시켜 학생들의 역할모델이 될 수 있도록 함
- 학생들이 건강수준의 고위험상태를 경험하게 될 때 적절하게 대처할 수 있는 생활기술을 조기에 교육시키도록 함

미국학교보건협회에 의해 개발한 학교 건강증진사업모형(Access 모형)은 행정(Administration), 지역사회(Community), 교육과정(Curriculum), 환경(Environment), 학교서비스(School Services) 등으로 구성된다.¹⁷⁾

- 행정: 법적 행정적 조치, 학교 보건을 위한 조직, 인력, 교원연수 프로그램, 예산
- 지역사회: 학교보건자문단, 지역보건협의회, 학교운영위원회, 부모, 대중매체
- 환경: 지원적인 환경여건, 안전한 교사(校舍) 및 운동장, 금연구역
- 커리큘럼: 보건교육, 체육, 과학 및 관련교과목, 행동기술교육, 보건교육자료정보실(도서관)
- 학교 서비스: 간호, 의료, 치과진료, 검진프로그램, 사회사업서비스, 급식서비스, 보건소, 학교보건지원 프로그램



【그림 II-8】 학교건강증진을 위한 ACCESS 모형의 구성요소

17) Stone, E, ACCESS: Keystones for School Health Promotion, Journal of School Health, Vol 60, No. 8, 1990. p. 299.

학교 건강증진 사업의 목적(Redican et al., 1993)은 학생 및 교직원의 건강에 대한 이해도를 높이고 건강증진을 도모하는데 있으며, 이 목적은 보건교육 차원, 보건서비스 차원, 환경적 차원의 지원을 통해 달성할 수 있다. 학교 건강증진 프로그램의 책임은 일차적으로 학교장, 보건교사, 담임교사 등 학교의 여러 교직원과 관련되어 있고, 부모 및 지역사회의 보건서비스와도 관련되어 있어야 한다. 따라서 학교건강증진은 여러 인력의 공동 책임 하에 이루어지는 사업이라고 할 수 있다.

지역사회의 건강증진을 위하여 세계보건기구에서 권고하는 건강한 공공정책의 추진전략은 생활의 장 접근, 다부문간 접근, 파트너십과 네트워크 활용, 성과 문화에 대한 수용성, 정보와 교육 및 의사소통, 근거중심 접근(연구와 모니터링), 정책과 주창, 역량함양, 변화를 위한 조정과 관리, 세계수준에서의 건강증진 등이다.

표 II-4 세계보건기구 건강증진 정책 영역의 주요 정책 제안 동향

오타와 현장	자카르타 선언문	멕시코 건강증진 회의 주제	방콕현장
· 건강한 공공 정책의 구축(Build healthy public policy) · 지지적인 환경들의 조성(Create supportive environments) · 지역사회 활동의 강화(Strengthen community action) · 개인적인 기술의 개발(Develop personal skills) · 보건 서비스의 재수정(Reorientate health service) WHO 1986	· 건강을 위한 사회적 책임의 증가 · 건강 증진을 위한 투자의 증대 · 건강을 위한 통합과 파트너십의 확대 · 지역사회 능력의 증대와 개인들에게 권한부여 · 건강증진을 위한 기반의 안정화 WHO, 1997	· 민주주의적인 과정(절차) · 사회적, 정치적 행동주의 · 형평성에 기초한 건강 영향사정 체제 · 보건서비스들의 재수정 · 정치인들과 정치입안자들, 연구자들과 실천가들 간의 개선된 상호작용 · 건강증진 전략을 수행하고, 지역, 국가, 국제적인 것을 포함하는 다른 수준들 간의 시너지를 보충하기 위한 현존 능력의 강화 WHO, 2000	· 생활의 장 접근 · 다부문간 접근 · 파트너십과 네트워크 · 성과 문화 · 정보, 교육 및 의사소통 · 근거중심접근(연구와 모니터링) · 정책과 주창 · 역량함양 · 변화를 위한 조정과 관리 · 세계수준에서의 건강증진 WHO, 2005

* 자료원: 최은진·홍주희·최부근·정지윤·권은주·이혜진·김경남(2004). 건강증진: 계획과 전략, 계축문화사.
이명순 등(2006). 방콕현장의 건강증진전략과 우리나라에서의 실천방안, 성균관대학교 의과대학, 건강증진사업지원단.

4. 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책 및 사업관련 연구의 현황

지난 10년간 국내 논문 및 학술지의 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 내용을 보면, 전반적인 정신건강에 관한 논문이 가장 많았고, 그 뒤를 이어 ADHD, 우울 및 스트레스 등의 순서로 나타났다. 또한 학교중심보다는 지역사회중심의 서비스에 대한 연구가 더 많은 것을 알 수 있었다. 아동·청소년의 정신건강 상태의 향상을 위하여 운동프로그램을 실시하여 그것의 효과를 분석한 논문도 다수 있었다(<표 II-5>).

표 II-5 아동·청소년 정신건강 관련 학위논문 및 학술논문의 대상 학교급별 주제 분포

(단위 : 개수)

구분	학위 논문									
	학교중심					지역사회				
주요대상	소계	전체 (초중고)	초	중	고	소계	전체 (초중고)	초	중	고
소계	27	1	9	9	8	48	15	12	14	7
우울						2	1			1
자살						1			1	
스트레스						3	1		2	
음주										
정신건강*	22	1	6	7	8	37	9	11	11	6
ADHD	1		1			1		1		
간질										
당뇨	1			1		1	1			
비만	1		1							
사회성	1		1							
정신장애						3	3			
분노	1			1						
불안										
비행										
성폭력										
애착										
약물										
자기통제										
품행										
따돌림										

구분	학술지 논문									
	학교중심					지역사회				
주요대상	소계	전체 (초중고)	초	중	고	소계	전체 (초중고)	초	중	고
소계	10	1	4	2	3	18	8	7	2	1
우울	1				1	1			1	
자살										
스트레스	1			1						
음주						1				1
정신건강*	4		1	1	2	2	2			
ADHD	2		2			2		2		
간질						1		1		
당뇨										
비만	1	1				1	1			
사회성										
정신장애						2	2			
분노										
불안						1		1		
비행						1	1			
성폭력						1		1		
애착						2		2		
약물						1	1			
자기통제	1		1							
품행						1	1			
따돌림						1			1	

* 주: 1) 정신건강으로 분류된 대다수 연구의 경우 정신건강의 범위를 설정함에 있어, 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 하위 범주(신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증)를 사용하고 있으므로, 이는 '정신건강'으로 분류함.

제 3 장

외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책

1. 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책
2. 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책
3. 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책
4. 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

제 3 장

외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책

1. 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

1) 아동·청소년 정신건강 목표와 정신건강 증진 정책

김봉년 등(2009)의 보고에 의하면 미국 아동·청소년 중 정신장애 유병률은 약 15~19%이며 이중 약 3~8%의 아동이 자살, 물질남용, 아동학대, 10대 임신, 청소년 범죄 등의 정신장애 및 정서장애에 해당된다고 한다. 이러한 정신건강 문제를 가진 아동의 약 68.9%(2008년)가 정신건강 서비스를 이용한 경험이 있고, 2020년까지 10% 증가시키는 것을 목표로 하고 있다. 또한 미국의 12~17세 아동·청소년의 우울증 경험률은 8.3%(2008년)이었고, 1%를 감소시킨 7.4%가 2020년까지의 목표치이다.

미국의 학교보건사업은 집단건강검진, 신체검사, 의뢰, 예방접종, 건강기록, 응급처치, 상담, 교육 등을 포함한다. 학교 내 진료소나 인근 진료소를 연계하여 운영하지만 주에 따라 차이가 크다.

2) 학교 및 지역사회 아동·청소년 대상 정신건강 정책

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) 등은 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, 정신과의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등이 참여하는 서비스를 제공해오고 있다. 또한 의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 왔다.

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).

표 III-1 미국 정부의 아동·청소년 대상 정신건강 정책 및 사업

기관명 및 담당 부서	아동·청소년 정신건강 관련부서	내용 및 사업명
National Institute of Mental Health, NIMH 미국국립정신건강연구소 http://www.nimh.nih.gov	Division of Developmental Translational Research, DDTR 발달장애연구부	· 아동 및 청소년기에서부터 유래하는 정신장애를 예방하고 치유하는 것을 궁극적인 목적으로 하는 연구 및 연구 관련 사업을 지원. · 관련된 장애에는 기분 장애, 불안, 정신분열증, 자폐증, ADHD,品行장애, 식이 장애, 강박신경장애, 뚜렛 증후군 포함
	Division of Services and Intervention Research, DSIR 서비스 및 개입연구부/ 아동 및 청소년치료와 예방적개입연구분과	· 아동 및 청소년을 위한 정신건강 예방, 치료, 재활 개입의 효과성을 평가하는 연구, 훈련, 연구 기반구조를 개발하는 사업들을 계획, 지원, 시행 · 또한 알려진 효능이 있는 개입들의 장기적 효과성을 다루는 연구도 지원
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA 미국 국립알코올남용 및 중독연구소 http://www.niaaa.nih.gov	· 대내 임상&생물 연구국 · 역학 및 예방 연구국 · 대사 및 건강영향 연구국 · 신경과학 및 행동 연구국 · 치료 및 회복 연구국	· 미성년자음주 · 5개의 국이 공동연구사업을 진행하는 방식

기관명 및 담당 부서	아동·청소년 정신건강 관련부서	내용 및 사업명
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA 미국 물질남용 및 정신건강서비스국 http://www.samhsa.gov	Center for Mental Health Services, CMHS 정신건강 서비스센터	· 아동 및 그 가족을 위한 포괄적 지역사회 정신건강 서비스사업 · 국가 아동 외상후 스트레스 사업 · 안전한 학교 / 건강한 학생 보조금 · '돌봄의 원' : 아메리카 원주민 아동서비스 보조금 · 주별 가족 연결망 · 아동 정신건강을 위한 국가기술폰지원센터 · 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동) · 지역사회 정신건강 서비스 포괄보조금 · 포괄적인 정신건강 계획 · 정신질환자들의 보호 및 옹호 · 자살위험청소년(15세~24세) · 캠퍼스 자살 예방 · 국가 자살예방 생명의 전화 · 자살예방지원센터 · 주/ 부족 청소년 자살예방 · 원주민의 열망(Native Aspirations)
	Center for Substance Abuse Prevention, CSAP 물질남용 예방센터	· 알코올과 청소년 사업 · 약물 없는 지역사회 · 감옥 우회 사업
	Center for Substance Abuse Treatment, CSAT 물질남용 치료센터	· 공격적인 청소년과 가족 중심의 치료 · 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동) · 성인, 청소년, 가족치료 약물 법정 · 청년 범법자 복귀 사업
National Institute on Drug Abuse, NIDA 미국 국립약물남용연구소 http://www.nida.nih.gov		· 10대청소년을 위한 약물남용 예방홈페이지 운영 · 온라인 교육자료 제공

미국의 교육부에서 추진하는 학교중심 보건사업으로는 보건과 건강, 환경보건, 체육프로그램(Health, Mental Health, Environmental Health, and Physical Education Program)이 있다. 정신보건의료체계와 학교를 통합적으로 운영하는 정책을 펴고 있는데, 약물남용 및 폭력과 같은 정신건강 관련 문제중심의 프로그램은 협력하여 추진할 수 있도록 지원하고 있다.¹⁸⁾

2. 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

아동·청소년의 정신질환 유병률은 2007년 기준 약 15%로 보고되고 있다. 캐나다 정부의 공중보건부서¹⁹⁾에서는 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교 정책을 지원한다. 온타리오주의 교육부처에서는 건강증진학교를 통하여 학생의 건강증진과 정신건강 증진을 도모하도록 추진하고 있다. 노바 스코티아(Nova Scotia)지역²⁰⁾에서는 건강증진학교 정책을 통하여 학생의 건강증진을 도모하였고, 결과적으로 의료비 절감이 이루어진 것으로 평가받았다. 2003년부터 2006년 동안 진행된 목소리와 선택(Voices and Choices)이라는 건강증진사업은 정신건강 및 중독센터와 협력된 프로그램으로 학교교사, 보건교사, 부모, 학생 등이 연계되어, 학생들이 건강에 대한 자신의 느낌이나 의견을 제시하게 하고 학교환경을 개선하는 프로그램을 개발하고 진행했다. 이 프로그램은 9학년 이상의 학생에게 제공되어 왔고, 그 효과는 긍정적인 것으로 보고된 바 있다.

교육부의 뉴파운드랜드 랩라도(Newfoundland Labrador)²¹⁾사업은 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동·청소년을 위한 서비스이다. 주요 정신건강 장애로는 주의력결핍장애(ADHD),品行장애(Conduct Disorder), 불안장애(Anxiety Disorder), 우울장애(Depressive Disorders), 반항장애(Oppositional Defiant Disorder), 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder), 약물남용 등을 포함하고 있다. 전문적인 진단을 거쳐 정신장애 또는 정서장애가 있는 것으로 판정된 학생은 그 정신건강 상태의 수준에 따라 적절한 서비스를 받도록 하고 있다.

청소년 대상의 무브(Mauve)사업²²⁾은 청소년의 우울감, 자살, 약물남용, 자퇴, 비행 등의 주제를 중심으로 반항적인 청소년들이 커뮤니케이션과 도움받기를 통해 그들이 삶을 개선하도록 하는 교육적인 사업이다. 1993년부터 시작된 이 사업은 청소년의 정신건강 서비스 이용에 대한 편견을 해소하고 스트레스 극복방법을 교육하는 등 효과적인 정신건강 증진 사업을 포괄적으로 제공하며, 지역사회를 중심으로 하여 청소년들이 직접 참여하고 운영하는 정신건강 서비스를 제공하고 있다.

18) 자료원: <http://www2.ed.gov/about/offices/list/osdfs/>

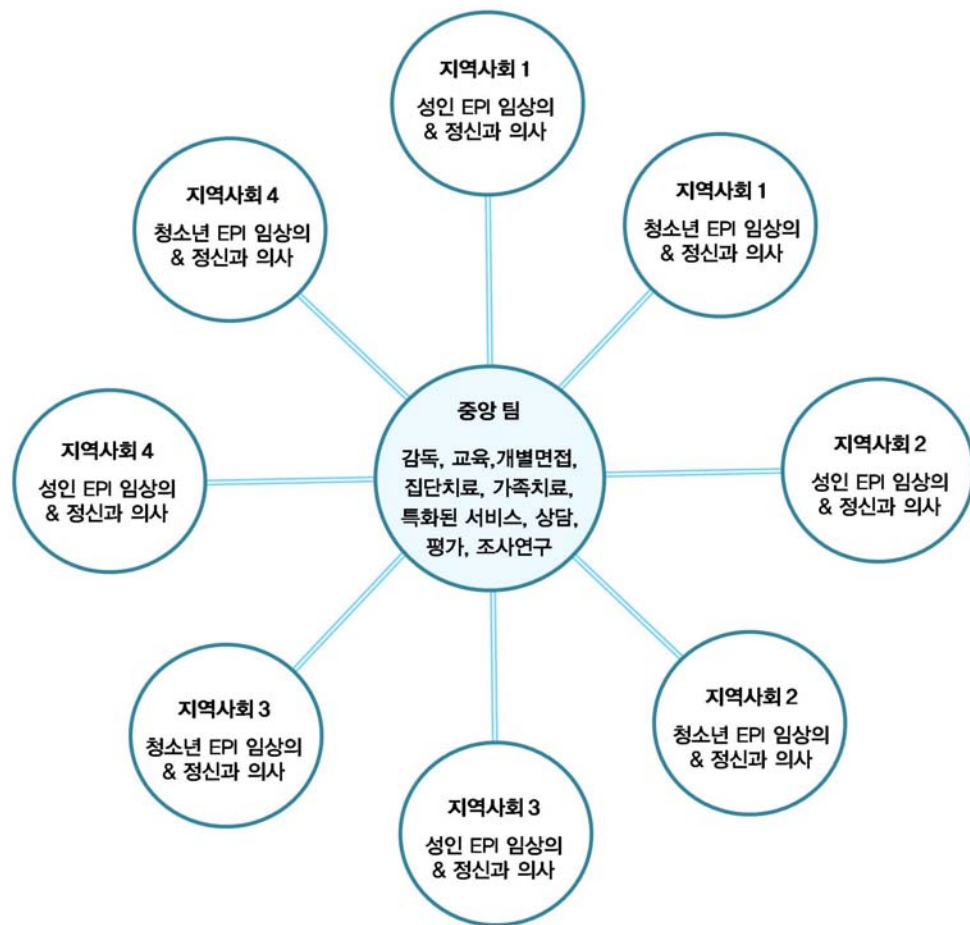
19) 자료원: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-eng.php>

20) 자료원: http://www.ednet.ns.ca/index.php?t=sub_pages&cat=1160

21) 자료원: <http://www.ed.gov.nl.ca/edu/index.html>

<http://www.ed.gov.nl.ca/edu/k12/studentssupportservices/exceptionalities.html>

22) 자료원: <http://www.youthnet.on.ca>



* 자료원: 김운 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p.39에서 재인용.

【그림 III-1】 캐나다 Fraser South 지역의 허브 모델

3. 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

영국의 5~16세 아동의 정신질환 유병률은 2004년에 약 10%정도였지만, 2009년에는 5~10세 아동 중 약 6%가 심각한 행동장애문제를 보였고, 경미한 행동장애를 가진 경우는 19%나 되는 것으로 보고되었다. 또한 2009년 청소년의 심각한 행동장애문제는 9%, 경미한 행동장애는 29%로 나타나 2004년과 비교하여 높은 유병률을 보이고 있다.

1) 학교기반의 정신건강 증진 정책

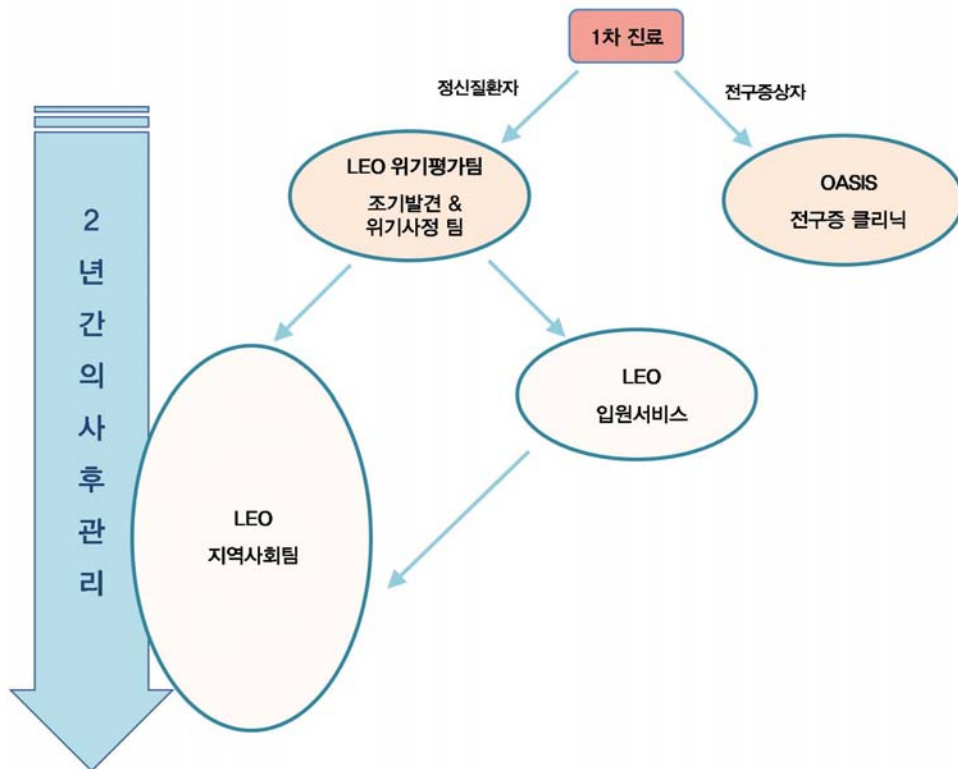
학교기반의 정신건강 증진 정책은 행동장애예방, 학교의 괴롭힘 예방, 정신질환의 조기발견을 위한 전문적인 검진서비스 등으로 구분된다. 정신건강 교육을 전혀 받지 않는 경우 54%의 아동은 생애동안 행동장애를 겪을 가능성이 있는 것으로 분석되었다. 반면, 행동장애예방을 위한 학교기반의 교육 사업을 10세 연령의 아동에게 투입했을 때 아동 1인당 132파운드(2009년 기준, 교육자료, 교사교육포함)가 소요되며, 이 교육의 결과로 청소년기에 정신건강 수준의 향상은 9%정도일 것으로 추계하였고, 비용효과적인 것으로 평가되었다. 학교에서의 괴롭힘을 예방하기 위한 프로그램도 비용효과적인 사업으로 평가되고 있다. 또한 정신과전문의가 개입된 조기검진프로그램도 전반적인 정신질환치료비용을 감소시키는 것으로 평가되었다.²³⁾

2) 지역사회차원의 정신건강 증진 정책

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 일반적인 사업과 취약계층대상 사업, 특성화된 사업을 제공해준다. 이는 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.

23) Department of Health(UK), Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, edited by Knapp M., McDaid D. & Parsonage M., Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, April, 2011.



* 자료원: 김윤 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p.39에서 재인용.

【그림 III-2】 영국 램베스 조기 개입(LEO) 서비스 체계도

4. 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

호주의 아동·청소년 정신건강문제는 17세 이하에서 15.4%가 정신장애(mental disorder)를 가지고 있는 것으로 보고되고 있다.²⁴⁾ 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 곳은 접근성향상, 자살예방, 서비스향상 등이다. 주요 정책전략은 다음과 같다.

24) 호주의 정신보건정책계획(National Mental Health Reform 2011-2012).

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

- 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 질개선, 신뢰성 제고

1) 학교 정신건강 증진 사업인 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램

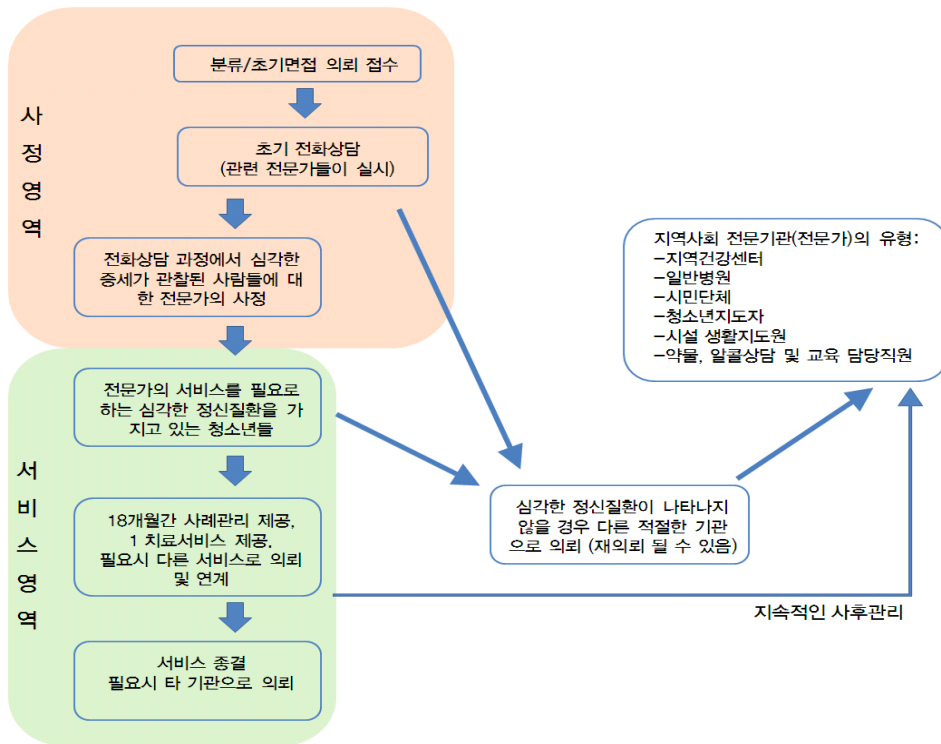
마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 학교중심의 포괄적인 정신건강 증진 프로그램으로 세계보건기구의 건강증진학교 모델을 기초로 한 종합적인 건강증진모델에 그 기반을 두고 있는 사업이다. 마음의 문제 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 개발시켜서 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강 증진 프로그램을 제공하도록 추진되고 있다. 프로그램의 적용 대상은 모든 학생 및 교직원, 20~30%의 학교에서의 도움이 필요한 학생, 3~12%의 정신건강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

이 프로그램은 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하기 때문에 학교의 모든 교사가 학생 정신건강 증진 사업에 참여하게 되며, 이를 통해 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 영역에는 지역사회기관, 학부모, 학생 등이 포함된다. 이 프로그램의 목적은 학생들의 의사소통 기술, 도움요청기술, 문제해결기술의 향상이며, 이러한 정신건강 교육과정은 정규적인 교육과정에 포함되어 수행되고 있다.

2) 지역사회 정신건강 증진 프로그램

지역사회에서는 전문가의 평가와 치료가 필요한 학생을 대상으로 하여 의뢰된 학생의 치료를 지원하며 그들이 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 정신질환 문제를 가지고 있는 사람들에게

전화 상담을 통해 평가와 조속한 개입을 실시할 수 있도록 지원해준다. 또한 프로그램운영과 인력교육, 환자의 평가와 연계 등을 담당하고, 상담과 치료는 지역사회 자원을 활용한다(김운 등, 2008).



* 자료원: 김운 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p.38에서 재인용.

【그림 III-3】 호주 오리겐지역 청소년 정신건강 서비스의 체계도

제 4 장

국내의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 현황

1. 아동·청소년 정신건강 현황
2. 아동·청소년 정신건강수준 파악을 위한 정부 정책의 현황
3. 우리나라 아동·청소년 대상의 정신건강 증진 정책 목표
4. 아동·청소년 정신건강 서비스의 우수사례 분석
5. 소결

제 4 장

국내의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 현황

1. 아동·청소년 정신건강 현황

우리나라 아동·청소년기 15~19세의 인구 10만명 당 자살사망률은 1990년 6.3명에서 2009년 10.7명으로 계속 증가하고 있다.²⁵⁾ 이러한 수치는 전체 연령의 자살사망률 31명보다는 적으나 20세 이후 자살 사망률이 급증하고 연령대별로 증가하는 양상을 보여 왔다.

우리나라 전체 장애인 중 자폐성 장애자와 지적 장애인의 연령별 분포를 보면, 17세 이하의 아동·청소년이 가장 많은 것으로 나타났다(자폐성 장애 78.5%, 지적 장애 30.4%)(변용찬 등, 2009). 정신장애의 종류는 정신분열병, 분열형 정동장애 및 반복성 우울장애 등이 포함된다.²⁶⁾

질병관리본부의 중·고등학교 학생대상 청소년 건강행태온라인조사통계에서는 청소년의 정신건강과 관련된 변수로 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 주관적 수면충족률, 자살 생각률, 자살 시도율 등의 지표를 생산하고 있고, 다른 관련된 변수는 흡연율, 음주율, 부적절한 체중감소 시도율, 인터넷 사용률(고위험 및 잠재적 위험군) 등을 산출하고 있다. 중·고등학생의 우울감 경험률(지난 12개월 동안 2주간 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 백분율)은 2006년 41.4%에서 2009년 37.5%로 감소하는 추세에 있다. 그러나 중학교 1학년에서 고등학교 3학년까지의 우울감 경험률은 연령증가와 더불어 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있으며 고등학생의 우울감 경험률은 2009년 기준으로 40.6%(남자 35.0%, 여자 46.8%)로 나타났다. 한편, 미국의 CDC의 청소년건강 위험요인조사결과(2009년)의 우울감 경험률(2009년)은 고등학생이 26.1%(남자 19.1%, 여자 33.9%)로 우리나라보다 매우 낮은 편으로 나타났다.

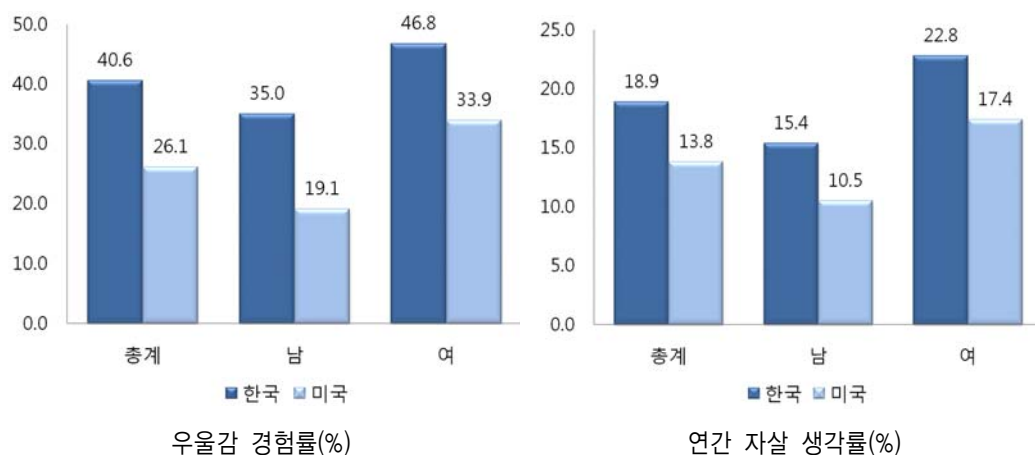
25) 자료원: 통계청, 정진욱 등(2010), 의료인을 통한 자살예방체계구축방안연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.32. 에서 재인용.

26) 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.

증가하고 있는 우울감 경험률과는 다르게, 질병관리본부 청소년건강행태온라인조사에서 연간 자살생각 경험률은 2006년 23.4%에서 2009년 19.1%로 감소하는 추세를 보였다. 2009년의 경우 자살생각 경험률은 남자(15.2%)보다는 여자(23.5%)가 더 높은 경향이 있고, 중학생(19.3%)보다 고등학생(18.9%)이 약간 낮은 경향을 보였다. 미국의 청소년과 비교해보면, CDC의 청소년건강위험요인조사결과의 연간 자살 생각률(2009년)의 고등학생 평균은 13.8%(남자 10.5%, 여자 17.4%)로 우리나라보다 낮은 수준이다.

주관적인 스트레스 인지율은 2006년 46.5%에서 2009년 43.2%로 낮아지는 추세에 있다. 2009년의 경우 남자(37.3%)보다 여자(50.0%)가 높았고, 학년이 높아질수록 스트레스 인지율도 동시에 상승하는 경향을 보여 왔다.

인터넷 사용률²⁷⁾ 고위험군은 전체 중 3.0%(2009년)로 남자(4.1%)가 여자(1.8%)보다 높게 나타났고, 연령증가와 더불어 증감의 경향이 뚜렷하게 나타나지 않는 특성을 보인다. 2009년의 경우 인터넷사용의 잠재적 위험군은 약 11.7%(중학교 10.9%, 고등학교 12.4%, 남자 13.5%, 여자 9.6%)로 나타난 바 있다. 미국의 CDC의 청소년 건강위험요인조사에서는 고등학생 중 하루 3시간 이상 컴퓨터 사용 경험률은 24.9%(남자 28.3%, 여자 21.2%)로 나타났다.²⁸⁾



【그림 IV-1】 우울증 및 자살 생각률의 국제비교

27) 인터넷중독 자가진단 총점이 52점 초과 또는 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두 해당되는 사람의 분율(질병관리본부)

28) 자료원: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbps/publications.htm>; Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009, MMWR 2010;59(SS-5):1-142

2. 아동·청소년 정신건강 수준 파악을 위한 정부 정책의 현황

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·중·고 학교 중 2.2%에 해당)의 초·중·고 학생 76,465여명을 대상으로 실시하였다. 조사대상은 시도 지정학교 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년생이었고, 조사방법은 전문적인 초·중·고생용 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 나타났고(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 지정한 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·안동현, 2008).

2009년도에 중학교 284개교, 고등학교 196개교의 학생 102,837명을 대상으로 한 우울증 검사결과에서 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, 위 (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 보고²⁹⁾에서는 우울증의 스크리닝이 일차 보건 의료상에 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. 그 밖에 복지서비스를 제공하는 곳으로는 지역아동센터, 드림스타트센터 등이 있다.

교육과학기술부에서는 학교에서 상담 및 연계를 할 수 있는 위(WEE) 프로젝트를 실시해 오고 있다. 위 프로젝트는 위 클래스, 위 센터, 위 스쿨로 나뉘는데, 위 클래스는 자기표현감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질계발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공한다. 위 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, ADHD 등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등)을 제공하며, 위 스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교교육 이외에도 심성교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다.

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

표 IV-1

부처별 아동·청소년 정신건강 서비스의 현황

소속 부처	구분	설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
보건 복지부	소아청소년 정신건강센터 (정신보건센터 중 아동·청소년사업 수행기관)	42	1.정신건강문제 조기발견 · 대상: 지역사회 취약계층, 지역사회 유관기관, 교과부 지정 초·중·고등학교, 지역주민 의뢰 2.심층사정평가 3.사례관리(개인상담, 집단프로그램) · 자살예방 및 우울·섭식장애, 온라인 게임중독, 학교폭력 중재 프로그램, 생활기술훈련 프로그램 외 4.치료연계 및 진료(검사 및 치료)비 지원 * 출처: 보건복지부(2011). 정신보건사 업안내, pp.102-111.	· 정신과전문의 · 정신과전공의 · 정신보건간호사 · 정신보건사회 복지사 · 정신보건임상 심리사 · 간호사 · 사회복지사 · 임상심리사 · 간호조무사 · 언어치료사 · 학습치료사 · 음악치료사 · 특수교사 · 미술치료사 · 감각통합치료사 · 놀이치료사	· 2009년 설치현황 기준 · 중앙정신보건 사 업 지 원 단 외(2009). 중 양정신보건사업 지원단 사업보 고서, p.89.
보건 복지부	보건 의료 기관 국공 립 병원 소계 정신 병원 종합 병원 병원 의원 소계	국립 6 공립 11 소계 17 정신 병원 149 종합 병원 156 병원 96 의원 814 소계 1,215	1.ADHD 클리닉 2.학습장애 및 집중력 클리닉 3.자폐증 클리닉 4.발달장애 및 아스퍼거 클리닉 5.사회성 증진 프로그램 6.부모교육 프로그램 7.언어치료 및 평가프로그램 8.작업치료 및 평가프로그램 9.감각통합치료 및 평가프로그램 10.인지행동치료 프로그램 11.음악치료 프로그램 * 출처: 국립서울병원 홈페이지 (http://www.snmh.go.kr)	· 정신과전문의 · 정신과전공의 · 정신보건간호사 · 정신보건사회 복지사 · 정신보건임상 심리사 · 간호사 · 사회복지사 · 임상심리사 · 간호조무사 · 언어치료사 · 학습치료사 · 음악치료사 · 특수교사 · 미술치료사 · 감각통합치료사 · 놀이치료사	· 2009년 설치현황 기준 · 중앙정신보건 사 업 지 원 단 외(2009). 중 양정신보건사업 지원단 사업보 고서, p.89. · 민간위원의 경우 아동 청소년 사업 수행여부를 파악하기 어려워 전체 설치 현황을 기입

소속 부처	구분	설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
보건 복지부	지역아동센터	3,690	1.보호 · 급식제공, 영양결핍지원, 주거환경개선 및 위생지도, 건강의료지원 및 정기건강검진 2.교육 · 학습지도, 학습장애지원, 학습부적응지원, 숙제지도, 인성교육, 미술교육, 안전교육, 경제교육 3.문화 · 캠프, 공동체프로그램, 문화체험, 놀이, 특별활동, 체육활동 4.아동정서지원 · 가정방문, 가족부모상담, 가족기능강화, 아동상담, 사례관리, 심리/정서/지지/상처치유, 아동의사결정 및 참여를 통한 활동 5.지역사회연계 · 결연후원, 지역사회연계, 후원자관리, 자원봉사자운영관리 * 출처: 전국 지역아동센터 실태조사 보고서(2010), p.61	·생활복지사 ·아동복지교사	· 2010년 설치현황 기준 · 전국 지역아동센터 실태조사보고 서(2010), p.iii.
	드림스타트센터	131	1.신체/건강서비스 · 취약계층 아동의 건강한 마음과 신체발달 증진, 취약계층 임신부의 건강한 출산 및 양육지원, 건강한 생활을 위한 사전 예방적 건강검진 및 치료적 개입 및 부모교육 2.인지/언어서비스 · 취약계층 아동의 의사소통 및 기초학습 능력 강화, 맞춤형 학습지원을 통한 개별아동의 강점 개발, 부모자녀 상호작용 및 적합한 교육환경을 위한 부모역량 강화 3.정서/행동서비스 · 자아존중감 및 긍정적 성격형성을 위한 정서발달 서비스 제공, 올바른 사회인식 및 이해를 도와 성숙한 사회시민으로의 성장을 도모, 취약계층 아동과 가족의 생활안정, 삶의 질 개선, 가족유대감 증진 4.가족 및 통합지원서비스 · 맞춤형 아동 및 가족방문으로 전문사례 관리자 1:1 가정방문 지원, 부모의 자긍심 강화 및 양육기술 지원 * 출처: 드림스타트 홈페이지 (http://www.dreamstart.kr)	·관할시군구 전담공무원 (사회복지, 간호, 보건, 행정) ·사회복지사	· 2011년 설치현황 기준 · 드림스타트 홈페이지 참조 (http://www.dreamstart.kr)
교육					

소속 부처	구분	설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
과학 기술부	WEE 프로젝트	110	1.WEE 클래스 · 자기표현, 감수성 훈련프로그램, 진로 탐색, 소질개발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등 2.WEE 센터 · 상담서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등 을 향상 시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램 제공(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) 3.WEE 스쿨 · 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교 교육이외에도 심성 교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원 * 출처: WEE 홈페이지 (http://www.wee.go.kr)	·전문상담교사 ·전문상담사 ·임상치료사 ·임상심리사 ·사회복지사 ·상담원	· 2010년 설치현황 기준 · 교육과학기술부(2011). 학생 정서· 행동발달 선별 검사 및 추구 관리 매뉴얼, p.65.
여성 가족부	청소년상담센터	148	1.개인상담 2.집단상담 3.전화상담 4.심리검사 5.사이버상담 6.주요상담영역 · 가족, 일탈 및 비행, 학업/ 진로, 성, 성격, 대인관계, 정신건강, 생활습관/ 외모, 컴퓨터/ 인터넷사용, 정보제공, 법률정보, 활동, 기타 * 출처: 여성가족부(2010). 청소년백서, pp.147-151.	·청소년지도사 (1-3급) ·청소년상담사 (1-3급) ·청소년일반지도자 ·청소년자원지도자 *3,4의 경우 그외 시설종사자 통칭	· 2010년 설치현황 기준 · 여성가족부 (2010). 청소년백서, p.148.

소속 부처	구분		설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
여성 가족부	여성 · 아동 폭력 피해 관련 기관	원스톱 지원센터	17	1.상담지원 · 심리안정 · 임상심리상담 · 유형별 전문적 상담 2.의료지원 · 응급진료 및 증거채취 · 신체적·정신적 피해 처방 · 진단서 발급 3.법률지원 · 민·형사상 소송 지원 · 범죄피해자 구조금 · 수령지원 4.수사지원 · 피해조사 · 진술녹화 · 원격지 화상 대질조사 * 출처: 여성아동폭력피해 중앙지원단 홈페이지 (http://www.womannchild.or.kr)	·정신보건임상 심리사 ·사회복지사 ·경찰병원의료진 ·경찰관 ·무료법률자문 변호사	· 2010년 설치현황 기준 · 여성가족부 홈페이지 (http://www.mogef.go.kr)
	여성 · 아동 폭력 피해 관련 기관	해바라기아동 센터	9	1.의료·심리지원 · 정신과, 산부인과, 외과 등의 진료 · 약물, 입원치료 · 심리평가 및 치료 2.상담지원 · 개인, 부모, 가족, 집단상담 프로그램 3.수사법률지원 · 수사소송지원 · 증거물 채취 · 법률자문 상담 · 진술녹화 4.사회적지원 · 성폭력 예방교육 · 부모 교육 및 자조모임 · 지역사회 관련기관 연계 * 출처: 여성아동폭력피해 중앙지원단 홈페이지 참조 (http://www.womannchild.or.kr)	·정신과전문의 ·산부인과전문의 ·임상심리전문가 ·임상심리사 ·간호사 ·사회복지사 ·무료법률자문 변호사	

소속 부처	구분		설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
		해바라기여성 아동센터	4	원스톱지원센터, 해바라기아동센터의 통합기능 수행 * 출처: 여성·아동폭력피해 중앙지원단 홈페이지 참조 (http://www.womannchild.or.kr)	·소아청소년/ ·소아정신과/ ·산부인과전문의 ·정신보건임상 심리사 ·정신보건간호사 ·정신보건사회 복지사 ·간호사 ·사회복지사 ·심리치료사	
총계			5,383			

정신보건센터와 국공립병원, 민간 정신병원의 이용자중 청소년(10대)이용자는 증가하고 있는 것으로 보고되고 있다.

표 IV-2 정신보건기관이용자 중 아동·청소년 현황(10~19세)

(단위: 명)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세
총계	432	1,052	1,132	1,480	1,069	2,729	1,860	6,378	8,366
정신보건센터	407		661						
보건소기본형사업			445						
모델형 센터				934	660	2,390	1,450	4,480	
표준형 센터									7,983
기본형 센터				526	374	282	296	1,812	317
사회복지시설	25		26	20	24	35	67	27	25
알코올상담센터					11	22	47	59	41

* 주: 1) 위 자료는 각 시설의 '연도별 등록환자' 기준

2) 등록환자의 진단명은 "정신분열증, 조울증, 알코올중독, 우울증, 정신지체, 치매, 신경증, 간질, 아동·청소년질환, 기타" 로 구분됨.

* 출처: 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2000~2008).

표 IV-3 국공립 및 민간의료기관이용자 중 아동·청소년 현황(10~19세)

(단위: 명)

구분		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
		10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세	10~19세
총계		758	671	614	619	641	640	738	689	762	841
국립공	국립정신병원	80	—	69	52	85	58	66	54	66	79
	공립정신병원	52	—	42	29	18	24	20	25	26	35
민간	사립정신병원	242	—	168	144	135	126	146	162	156	211
	종합병원정신과	236	—	143	197	190	181	228	166	195	221
	병원정신과	85	—	98	114	139	147	159	161	159	145
	정신과 의원	54	—	56	67	51	77	85	101	151	140
	정신요양시설	31	—	32	12	20	17	29	20	9	10
	사회복귀시설	5	—	6	4	6	10	5			

* 주: 1) 위 자료는 각 시설의 '연도별 입원환자' 기준.

2) 입원환자의 진단명은 "정신분열증, 조울증, 알코올중독, 우울증, 정신지체, 치매, 신경증, 간질, 아동·청소년질환, 기타"로 구분됨.

* 출처: 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2000~2009) 자료 취합 정리.

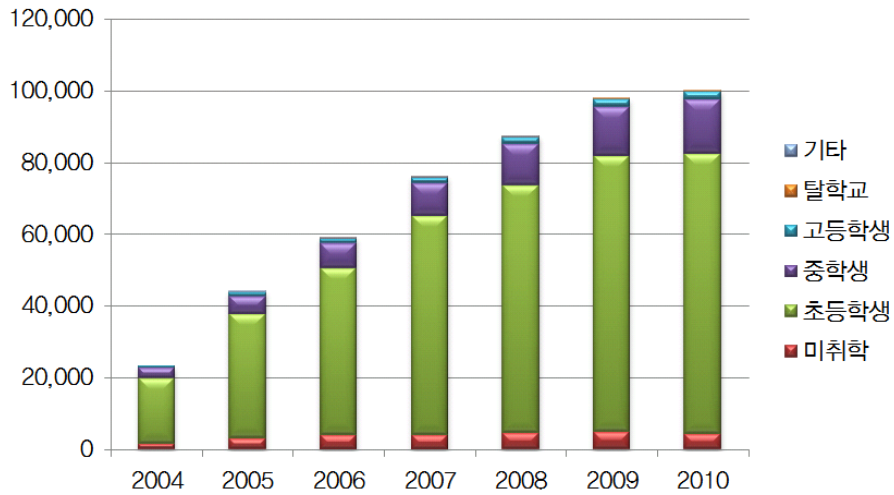
표 IV-4 지역아동센터의 이용자 동향

(단위: 명)

구 분			2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
합계			23,347	43,749	58,851	76,229	87,291	97,926	100,233			
미취학			소계	1,564	3,023	4,133	4,127	4,585	4,838	4,376		
			남				2,204	2,391	2,448	2,259		
			여				1,923	2,194	2,390	2,117		
초 등 학 생	저 학 년	소계	18,348	34,617	25,149	32,867	35,972	39,053	37,865			
		남				1학년	16,524	17,871	19,628	19,180	6,668	
						2학년					5,907	
						3학년					6,605	
		여				1학년					6,162	
						2학년	16,343	18,101	19,425	18,685	5,868	
						3학년					6,655	
	고 학 년	소계					28,177	33,163	38,032	40,233		
		남			1학년			13,785	16,230	18,733	20,072	8,394
					2학년							6,308
					3학년							5,370
		여			1학년							8,512
					2학년	14,392	16,933	19,299	20,161	6,401		
					3학년					5,248		
중학생			소계	2,880	5,129	6,846	9,224	11,380	13,600	15,075		
			남				1학년				7,567	3,755
							2학년					2,248
							3학년					1,564
			여				1학년					3,793
							2학년	4,428	5,659	6,820	7,508	2,227
							3학년					1,488
고등학생			소계	555	958	1,095	1,413	1,862	2,072	2,346		
			남				1학년					689
							2학년	788	988	1,093	1,242	370
							3학년					183
			여				1학년					622
							2학년	625	874	979	1,104	333
							3학년					149
탈학교			소계			103	104	133	331	338		
			남				71	76	177	187		
			여				33	57	154	151		
기타			소계		22	99	317	196				
			남				24	120				
			여				73	76				

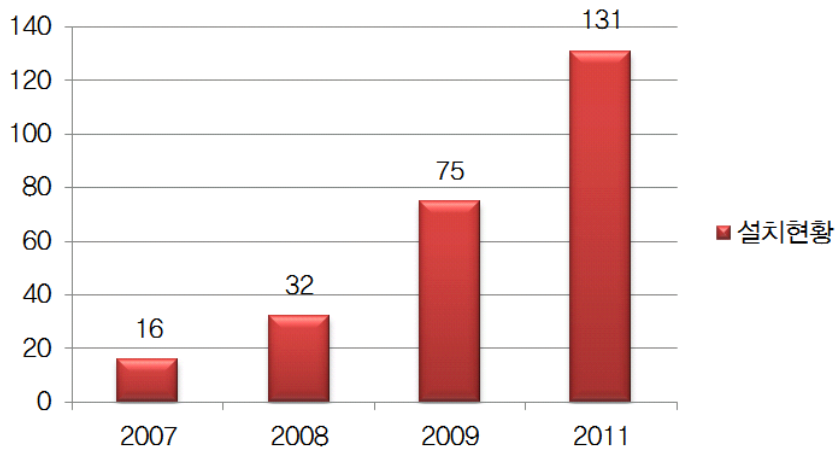
* 주: 2004년 탈학교/ 기타, 2005년 탈학교, 2009년부터 기타는 별도 조사되지 않음.

* 출처: 전국 지역아동센터 실태조사 보고서(2010). 보건복지부, 지역아동센터중앙지원단. p.vi.

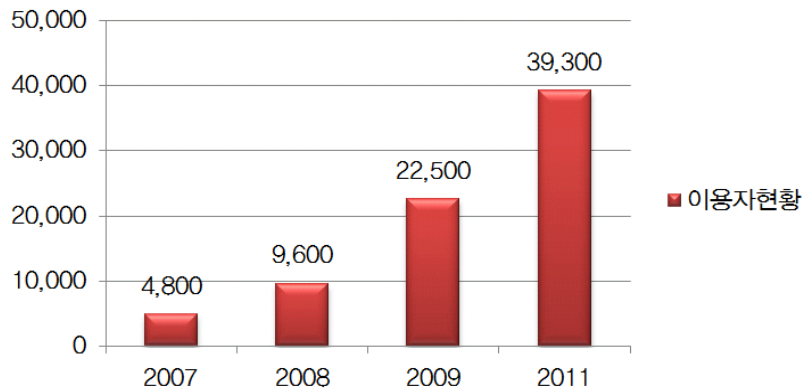


【그림 IV-2】 지역아동센터 이용 아동·청소년의 변화추이

우리나라 저소득 가정 임산부 및 0~12세 아동·청소년들을 대상으로 하는 드림스타트센터는 2007년 16개소로 시작하여 2011년에는 131개소로 증가하였다.



【그림 IV-3】 드림스타트센터 수의 변화추이



【그림 IV-4】 드림스타트센터의 이용자 증가현황

장애아동 재활치료의 이용 대상은 만 18세 미만의 장애아동이며 특수학교 및 각종 학교에 재학 중인 경우에는 만 20세까지 지원 대상에 포함된다. 사회서비스 장애아동을 대상으로 한 전자 바우처 장애아동 재활치료기관수는 2009년 636개소에서 2010년 801개소로 증가하였고³⁰⁾, 이용 아동 수는 2009년 18,005명에서 2010년 31,661명으로 증가하였다.

교육과학기술부산하의 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.

표 IV-5 지역별 위(WEE)센터 개소 동향

(단위: 개소)

구분	연도	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
위센터	2008	31	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
	2009	79	6	5	4	6	3	3	3	7	5	8	6	6	7	4	4	2
	2010	110	11	5	5	6	3	3	3	13	6	9	9	8	9	9	9	2

* 출처: 교육과학기술부(2011), 학생 정서·행동발달 선별검사 및 추구관리 매뉴얼, p.65.

30) 사회서비스 전자바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr>)

여성가족부산하의 청소년상담센터는 2010년 현재 148개소이고, 여성·아동 성폭력 피해자를 위한 센터를 운영하고 있다.

표 IV-6 청소년상담센터 개소 동향

(단위: 개소)

구분	연도	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
청소년 상담센터	2001	111	12	6	1	3	1	0	1	30	2	1	14	13	3	8	15	1
	2002	123	12	6	1	3	3	1	1	30	4	1	14	13	3	11	19	1
	2003	128	12	6	1	3	3	1	1	31	4	3	14	14	4	11	19	1
	2004																	
	2005	136	14	5	1	2	1	1	2	32	5	4	16	15	4	12	20	2
	2006	142	18	5	1	3	1	1	2	32	5	4	16	15	4	12	21	2
	2007	142	18	5	1	3	1	1	2	32	5	4	16	15	4	12	21	2
	2008	143	16	7	1	3	1	2	2	32	5	4	16	15	4	12	21	2
	2009	147	13	6	2	3	1	2	3	32	6	4	17	15	8	12	21	2
	2010	148	15	6	2	3	1	2	3	32	6	4	17	15	7	12	21	2

* 주: 2004년의 경우 현황관련 자료 없음.

* 출처: 청소년백서(2001~2010) 자료 취합 정리.

표 IV-7 청소년상담센터 이용자 동향

(단위: 건)

구분	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
합계	800,417	557,822	636,685	848,167	865,969	1,267,873	1,964,346	3,117,079	3,126,842
상담 실적	초	56,051	70,956	64,557	113,492	151,172	244,928	399,044	971,993
	중	175,739	218,693	264,209	328,917	392,220	508,613	788,750	1,102,538
	고	203,912	210,126	250,591	260,071	268,197	435,615	625,089	810,411
	대	341,146	37,588	37,268	35,264	37,180	46,550	75,636	113,828
	근로	6,289	5,697	4,766	4,679	5,254	8,805	16,762	25,308
	무직	17,280	14,762	15,294	105,744	11,946	23,362	59,065	121,284

* 출처: 청소년백서(2001~2010).

3. 우리나라 아동·청소년 대상의 정신건강 증진 정책 목표

역학적으로 볼 때 우리나라 국민들이 겪고 있는 주요 만성질환은 심혈관질환, 암, 당뇨병 등이며 이러한 질환은 금연, 절주, 체중조절 등을 통해 예방이 가능한 질병이다. 즉, 국민의 건강증진을 위하여 정책개선이 요구되는 내용은 금연교육, 절주교육, 체중조절(식사와 운동)교육, 스트레스관리 및 정신건강 등이다. 우리나라에서는 정신질환의 역학적인 실태파악을 위하여 5년마다 정신질환실태 역학조사를 실시하고 있으나 조사대상이 18~64세의 성인에 국한되고 있다는 한계가 있다. 2006년 한 해 동안 한 가지 이상의 정신질환을 경험한 적이 있는 인구의 비율을 나타내는 1년 유병률은 17.1%로 이는 성인 6명 중 1명꼴이다. 또한 평생 동안 한 가지 이상의 정신질환을 경험하는 인구의 비율인 평생 유병률은 30%로 성인 3명 중 1명 수준으로 나타난 바 있다. 2001년과 비교하였을 때, 주요 우울장애의 1년 유병률은 1.8%에서 2.5%로 증가했고 평생 유병률은 4.0%에서 5.6%로 증가한 반면 알코올 및 니코틴 의존은 감소하는 경향을 보였다. 정신질환자의 정신의료서비스 이용 비율이 11.4%로 2001년의 8.9%보다 2.5% 높아졌으나, 미국 27.8%(2001)등 선진국에 비해 낮은 수준을 보이고 있는 것으로 보고된 바 있다.³¹⁾

보건복지부의 2020년까지의 국민건강증진종합계획에서는 국민의 정신건강 증진과 정신질환의 치료 및 관리강화를 통해, 질환으로 인한 사회적 부담을 감소시키고 삶의 질을 향상시키는 데 목적을 두고 있다. 정신건강 증진 정책의 주요 목표는 성인 및 아동·청소년의 정신질환치료를 향상과 더불어 아동·청소년의 스트레스 인지율 감소 등을 포함하고 있다. 특히 19세 이하 인구집단의 10만명당 자살사망률을 2007년 4.6명에서 2020년에는 3.5명으로 낮추는 것을 목표로 삼고 있다. 국민건강증진 종합계획의 학교보건서비스의 목표에도 학생의 정신건강 증진에 관한 목표를 포함하고 있으며 자살 시도율, 스트레스 인지율 감소, 고위험 인터넷 사용자율 감소, 흡연 및 음주율 감소, 흡입제 등 약물사용 경험률 감소 등을 주요 목표로 하고 있다.

2010년 개발된 정신건강 종합계획 5개년 보고서(김운 등, 2010)에 의하면 아동·청소년의 자살예방 등을 위해서 정신건강 관리체계의 마련이 필요한 것으로 분석되었다. 아동을 위한 정신건강 목표는 생애주기별로 아동·청소년의 선별 검사 시행률을 증가시키는 것을 포함하였다. 영유아, 학령전기, 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 하는 정신건강 선별검사를 확대 실시하여 전체 대상자의 50%에게 검사를 실시하는 것을 목표로 하였고, 자살률 감소를 위해서는

31) 보건복지부, 2006년 정신질환 역학조사 보도자료, 2008.

청소년의 자살률을 2015년까지 2010년 대비 50% 감소시키는 것을 목표로 하였다. 주요 전략으로는 교육, 보건복지, 의료 서비스들이 현장에서 협력적인 네트워크를 형성할 수 있도록 협력망을 강화해 나가고, 일차서비스 제공자인 학교 교사를 위한 상설 정신건강 컨설팅 제공구조를 운영하며 교사대상 아동·청소년 정신건강 증진 교육 및 전문성 개발워크숍을 확대해 나가는 것을 계획하고 있다. 또한 WEE center와 WEE class의 연계활성화를 통해 정신건강 증진프로그램 제공체계를 구축하고 부모대상 핫라인을 구축하며, 양육지원프로그램 등 근거가 있는 사업을 보급하는 것도 계획 중에 있다.

청소년 자살예방을 위해서는 학교와 부모, 관계자들이 자살예방 문지기 교육 사업을 통해 자살예방적 인 역할을 할 수 있도록 하고 학교폭력과 집단따돌림에 대한 범학교적 접근을 구상 중이며, 또한 자살한 교우를 경험한 학급과 학교를 대상으로 하는 사후관리 프로그램도 시범사업을 계획하고 있다.

표 IV-8 국민건강증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표

목표 1-1	청소년 흡연율을 낮춘다.						
		2005	2007	2008	2011	2015	2020
지표 현황 및 목표치	중·고등학교 남학생 흡연율	14.3%	17.4%	16.8%	15.0%	14.0%	12.0%
	중·고등학교 여학생 흡연율	8.9%	8.8%	8.2%	7.5%	7.0%	6.0%
지표 정의	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율						
목표치 설정근거	선진국의 청소년 흡연율 감소추세를 따라 현 수준의 3/4 이하로 감소						
자료출처	질병관리본부(2009). 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사 통계.						
관련 세부사업	흡연예방, 흡연자 금연, 금연 환경 조성 관련 모든 사업						

목표 10-2	정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강 증진을 도모한다.						
지표 현황 및 목표치		2005	2007	2008 ³²⁾	2011	2015	2020
	정신질환 치료율						
	중증정신질환 치료율 향상 ¹⁾	-	21.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	성인우울증 치료율 향상 ¹⁾	-	23.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	노인우울증 치료율 향상 ¹⁾ (2011년 대비 30%)	-	-	-	자료 생성	15% 향상	30% 향상
	아동·청소년정신질환 치료율 향상 (2011년 대비 30%) ¹⁾	-	-	-	자료 생성	15% 향상	30% 향상
	스트레스 인지율 감소						
	청소년 스트레스 인지율 감소 ²⁾ (13세~18세)	45.6%	46.5%	43.7%	43.0%	40.0%	39.0%
	스트레스 인지율 감소 ³⁾ (19세 이상 성인)	35.1%	27.1%	28.9%	28.0%	27.0%	25.0%
지표 정의	· 치료율: 역학조사 대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동·청소년)로 정신의료기관 이용경험을 한 사람의 비율 · 스트레스 인지율: 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 분율('①대단히 많이 느낀다' 또는 '②많이 느끼는 편이다' 라고 응답한 대상자 수)						
목표치 설정근거	기존 조사결과 대비						
자료출처	1) 정신질환역학조사(5년 단위 실시: 2011년 실시 예정) 2) 청소년 건강행태조사통계(매년) 3) 국민건강영양조사(매년)						
관련 세부사업	가. 광역 및 지역 정신보건센터 기능 강화(조기 정신병에 대한 개입 강화/ 아동·청소년 정신건강 사업 확대/노인 정신건강 사업 확대) 나. 지역사회 정신건강 네트워크 구축(지역사회 조기정신질환 발견 네트워크 체계 구축/ 정신건강 관련 협의체 구성)						
목표 10-4	자살 위험 없는 안전한 사회를 구현한다.						
지표 현황 및 목표치		2008	2009	2010	2011	2015	2020
	자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율 향상 (2010년 대비 50% 이상) ¹⁾	-	-	-	지표 생성	30.0% 향상	50.0% 향상
	10세~19세 이하 인구 10만명당 자살사망률 감소 ²⁾	4.6명	6.5명		6.0명	5.5명	4.0명
	노인인구(65세 이상) 10만명당 자살사망률 감소 ²⁾	72.1명 (06)	73.6명 (07)	-	70.0명	65.0명	60.0명
	인구 10만명당 자살사망률을 18명으로 감소 ²⁾	26.0명	31.0명	-	23명	20명 (13)	18.0명

32) 목표3, 목표5 '09' 10 삭제 '05' 07 추가.

지표 정의	· 노인자살사망률: 65세 이상 노인 인구 10만명 당 자살사망자 수 · 청소년 자살사망률: 10세~19세 이하 인구 10만명 당 자살자 수
목표치 설정근거	· 기존 조사 대비
자료출처	1) 한국자살예방협회(매년). 자살인식도 조사 2) 통계청(매년). 사망원인 분석 결과
관련 세부사업	가. 광역형 24시간 위기관리 서비스 강화 (광역정신보건센터 확충/ 자살상담전화 및 24시간 응급개입서비스 제공 및 체계 구축) 나. 자살시도자를 위한 공공의료서비스 체계 구축 (응급의료센터 기반의 자살시도자 사례관리팀 구축/ 지역사회 네트워크(응급개입) 구축) 다. 아동·청소년 정신보건서비스 강화 (지역 기반의 아동·청소년 정신보건서비스 팀 구축/ 정부 부처간 협력을 통한 정신건강 관리 체계 구축 지원) 라. 지역정신보건센터 사례관리 강화 (중증정신질환자의 자살 예방을 위한 응급개입 서비스 강화/ 사업요원을 위한 자살관련 상담 및 교육 기회 확대)

목표 25-2	학생들의 불건강한 보건행태의 감소					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	현재 음주율	24.5%	24.5%	23.0%	21.0%	20.0%
	비만도	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%
	격렬한 신체활동 실천율	31.8%	31.8%	32.0%	32.8%	33.8%
	신체능력 4,5급 비율	42.0%	42.0%	42.0%	42.0%	37.0%
	흡입제 등 약물 사용 경험률	0.7%	0.77%	0.657%	0.557%	0.407%
지표 정의	· 현재 흡연율 = (현재 흡연자/총학생수) * 100 · 현재 음주율 = (현재 음주자/총학생수) * 100 · 현재 음주자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 분율 · 분 자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 수 · 분 모: 조사대상자 전수 · 비만도 = (측정체중-표준체중)/표준체중 * 100 · 격렬한 신체활동 실천률=(주 3일 이상 격렬한 신체활동자수/총학생수) * 100 · 신체능력 = 학생 건강 체력 평가 1~5등급 (초등학교: 2009년부터; 2010년부터 중학교; 2011년부터 고등학교 시행) · 평생 약물 경험률: 평생 동안 기분의 변화나 환각 등의 경험, 과도한 살 빼기 등을 목적으로 부탄가스, 본드를 비롯하여 각성제, 히로뽕, 암페타민, 마약, 많은 양의 기침 가래약, 신경안정제 등을 먹거나 마신 적이 있는 사람의 분율					

목표치 설정근거	· 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료 · 2010년 교과부의 학생신체능력검사 결과(2000~2008) 내부통계자료 및 · 2005년 서울시 소아청소년의 정신장애 유병률 조사결과를 근거로 하였음
자료출처	1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계. 2. 교육과학기술부 내부자료(2010). 학생신체능력검사 결과(2000~2008). 3. 조수철 등. 2005년도 역학사업보고서 - 서울시 소아청소년 정신 장애 유병률 조사 - 서울특별시, 학교보건진흥원, 서울대병원 소아정신과, 서울시 소아청소년광역정신보건센터. 4. 이승욱, 장창곡, 김광기등(2007). 학생건강검진결과분석. 서울대학교보건대학원.
관련 세부사업	나. 학생들의 불건강한 보건행태의 감소

목표 25-4	학생들의 정신건강의 증가					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	자살 시도율	4.7%	4.7%	4.5%	3.7%	3.2%
	스트레스 인지율	43.7%	43.7%	42.7%	38.7%	36.2%
지표 정의	· 자살 시도율 = (자살시도 학생 수/총학생수) * 100 · 스트레스 인지율 = (평상 시 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 학생 수/총학생 수) * 100					
목표치 설정근거	· 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료를 근거로 하였음 · 조사결과 중고등학생들의 자살 시도율이 3년 평균 0.2%씩 감소하고 있음 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 자살예방 사업이 성공한다고 가정하면 자살 시도율 감소율을 향후 5년간 매년 0.2%씩, 이후 5년간 0.1%씩 계산 · 조사결과 중고등학생들의 스트레스 인지율이 3년 평균 0.9%씩 감소하고 있음 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 스트레스 예방사업이 성공한다고 가정하면 스트레스 인지율의 감소율을 향후 5년간 매년 1.0%씩, 이후 5년간 매년 0.5%씩으로 계산					
자료출처	1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계. 2. 한양대학교 정신과 교실(2005~2008). 우리나라 청소년의 정신보건 실태, 청소년건강행태-온라인조사 결과를 중심으로.					
관련 세부사업	라. 학생들의 정신건강 향상					

목표 25-5	학생들의 건전한 성행태(이성교제)의 증가					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	성관계 경험률	5.1%	5.1%	4.9%	4.1%	3.1%
	보건교육(성교육) 수강 경험률	60.4%	60.4%	63.5%	75.0%	90.0%
지표 정의	- 성관계 경험률 = (성관계 경험자 수/총학생수)*100 - 성교육 수강 경험률 = (성교육 수강자 수/총학생수)*100					
목표치 설정근거	2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료를 근거로 하였으며 조사결과 중고등학생들의 성관계 경험률이 3년 평균 증가 또는 감소하여 변동이 없음 - 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 성관계 예방사업이 성공한다고 가정하면 성관계 경험률의 감소율을 매년 0.2%씩으로 계산 - 현재 성교육 수강 경험률은 2004년 연구결과이며, 2009년부터 시행한 보건교육 수강 경험률은 지표가 없음 - 지표설정을 위한 각급 학교별 전국 통계의 산출이 필요함					
자료출처	- 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계. - 유미숙, 김수형, 조유진, 김혜진(2004). 성교육 프로그램의 효과분석 및 개선방안 연구. 교육인적자원부.					
관련 세부사업	마. 학생들의 건전한 이성교제의 조성					

목표 25-7	학생들의 인터넷 중독 감소					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	고위험 인터넷 사용자율	3.3%	3.3%	3.1%	2.8%	2.3%
지표 정의	고위험 인터넷 사용자율 = (인터넷 중독 자가진단 점수의 총합이 52점 초과, 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두/총학생수) * 100					
목표치 설정근거	- 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사에 처음으로 삽입된 항목으로 이전의 데이터가 없음 - 이에 대비한 인터넷 중독예방 사업의 효과는 미미할 것으로 생각되어 고위험 인터넷 사용자의 감소율을 매년 0.1%로 계산					
자료출처	- 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2009), 4차(2008년) 청소년건강행태 온라인 조사 통계. - 교육과학기술부 내부자료(2010). 청소년 유해정보 필터링 S/W 보급실적.					
관련 세부사업	사. 학생들의 인터넷 중독 감소사업					

4. 아동·청소년 정신건강 서비스의 우수사례 분석

지역의 아동·청소년 정신건강센터는 중앙정신보건사업지원단에 의하여 표준화된 사업모형을 가지고 사업을 실시하고 있으며, 교육과학기술부에서 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.

분석결과 아동·청소년 정신건강센터에서 우선적인 대상은 관내 시설아동 등 고위험집단이었다. 선별검사를 통하여 고위험으로 분류된 사람을 대상으로 한 집중관리 치료프로그램 등이 주된 사업이었다.

표 IV-9 정부의 아동·청소년 정신건강 서비스 우수프로그램

지역	지역센터명	프로그램의 종류(집단상담 및 프로그램중심)
서울특별시	노원	초등학생 사회성증진 중학생 대인관계향상
부산광역시	정신보건센터	초등학생 학습습관향상, 주의력향상 및 사회기술향상 특수학교학생 분노조절 프로그램
대구광역시	수성구	초등학생 ADHD아동 사회성증진프로그램 중학생 인터넷 중독예방, 생활계획캠프
인천광역시	서구	인터넷사용조절, 산만한 아동사회기술훈련
광주광역시	남구	중학생대상 학교폭력예방 프로그램 보호관찰소수강명령대상자 대상 진로탐색프로그램 고등학생대상 금연프로그램, 학교폭력/분노조절예방, 자살예방, 생활기술 프로그램
대전광역시	서구	초등학생 ADHD 및 행동장애, 정서장애 중학생 자아성장 프로그램(정서장애) 고등학생 학습도움실 학생 대상 사회기술훈련
경기도	수원시	가족기능향상프로그램 초등학생 자존감향상, 영어 멘토링, 학부모 오카리나, 특수체육프로그램, 미술치료, 인터넷사용조절 고등학생 인터넷 중독예방

강원도	춘천시	우울아동 프로그램, 미술심리프로그램, ADHA아동을 위한 부모와 아동프로그램 및 사회기술훈련 고등학생 대상 우울인식개선 프로그램 중학생을 위한 인터넷 중독
충청북도	청원군	지역아동센터 아동대상 사회기술훈련프로그램 중학생 대상 자살예방프로그램(생명사랑지킴이)
충청남도	아산시	시설아동대상 사회성향상프로그램, 분노조절프로그램, 치료놀이프로그램 초등학교 인터넷 중독예방 중학생 자아존중감 프로그램 고등학생 우울자살증재프로그램 고등학교 청소년 정신건강 상담실운영
전라북도	익산시	ADHD아동대상 사회성향상프로그램
전라남도	장흥군	청소년 사례관리(음악놀이치료, 가족공예)
경상북도	포항시	시설아동대상 자아개념향상프로그램
경상남도	마산시	지역아동센터 고위험군 대상 인터넷중독 예방 프로그램 초등학교 사회성증진프로그램
제주도	제주시	시설, 학교방문중심 사회기술훈련/학교폭력예방프로그램

* 자료원: 보건복지가족부(2008). 지역별 아동·청소년 정신건강사업 사례집.

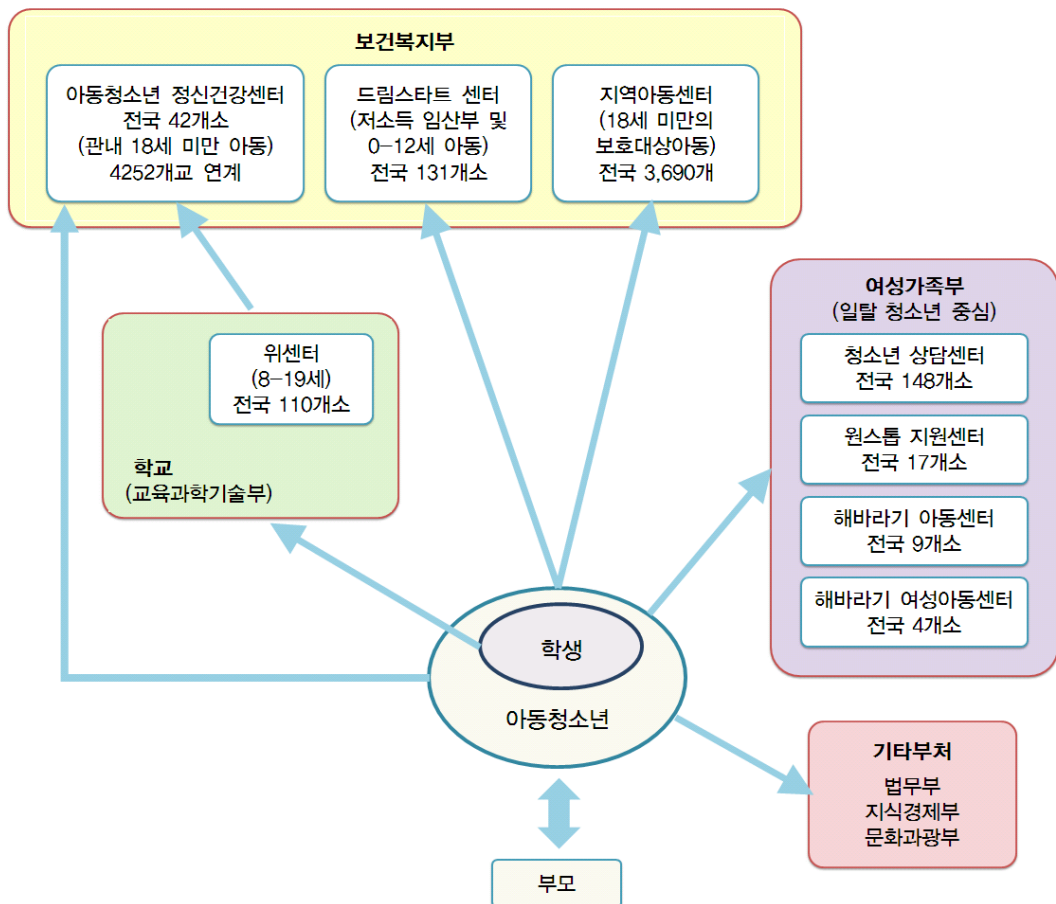
표 IV-10 서울시 2010년 아동·청소년 정신건강 서비스 우수프로그램

지역	프로그램의 종류(집단상담 및 프로그램 중심)
서울특별시 소아청소년 정신보건센터	정신건강 시청각교육자료보급(ADHD, 우울증, 인터넷 중독)
강동구	ADHD 고위험아동 집중력증진프로그램(야구)
노원구	MINDBRIDGE프로그램(ADHD, 우울증, TIC 관리)
도봉구	지역아동센터대상 정신건강 증진(집중력향상, 인터넷 중독예방, 사회성증진)
동작구	청소년 대상 우울증예방관리
서대문구	토요자녀상담실(심리검사, 치료비 지원, 재활치료)
성북구보건소	조기정신증 대상자 집중사례관리
영등포구	학교기반정신보건교육(중학교 우울증예방)
종로구	종로구 보건소(중고생 대상 정신질환바로알기교육)
중구	정신건강 인식개선 정보시스템 구축운영
중랑구	아동·청소년 대상 우울증 예방과 주의력집중향상

* 자료원: 서울시(2010). 2010년 정신보건사업우수사례집.

5. 소결

우리나라 아동·청소년의 정신건강 정책과 사업은 부처별로 다양하게 분포되어 있다. 아동·청소년의 정신건강 문제와 관련된 행동의 수준에 따라서 접근할 수 있는 정책이나 서비스를 제공하는 정부부처를 도식화한 것이 [그림 IV-5]이다. 여성가족부, 법무부 등은 주로 일탈청소년이나 비행청소년을 대상으로 사업을 해오고 있어서 사전예방적인 차원의 정책적 접근보다는 치료적 접근에 더 적합한 정책을 추진하고 있다고 할 수 있다. 그러나 아직까지 우리나라는 아동·청소년의 정신건강 문제를 사전예방적인 차원에서 선별하고 고위험군과 질환군을 조기에 발견할 수 있는 체계적 시스템이 부족한 실정이다.



【그림 IV-5】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요

제 5 장

아동·청소년의 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사결과

1. 조사의 개요
2. 조사결과
3. 아동·청소년 FGI 조사 결과
4. 학부모 FGI 조사 결과
5. 소결

제 5 장

아동·청소년의 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사결과

1. 조사개요

1) 조사방법

FGI 조사를 위해서 정신건강 서비스 이용경험이 있는 초등학생, 중학생, 고등학생과 학부모를 모집하여 인터뷰 회의를 실시하였다. 지역 정신보건센터³³⁾를 통하여 모집된 대상자 부모들에게는 사전설문지에 응답하게 한 후 인터뷰 회의를 실시하였고, 회의는 학생과 학부모의 일정이 모두 가능한 날로 하기 위하여 공휴일(6월 6일)에 실시하였다. 본 조사에 참여한 학생과 학부모는 서울 및 수도권 지역에 거주하는 사람들로 구성되었다. 주요 조사내용은 학교에서의 정신건강 상담 서비스 경험, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스경험에 대한 것으로 구성되어 있고, 전반적인 서비스만족도와 요구도에 관하여도 조사하였다.

조사대상은 초등학생 5명, 중학생 5명, 고등학생 2명과 그들의 학부모였다. 참여하고자 하는 대상은 초등학생의 학부모가 가장 열의가 높았다. 반면, 학부모와 함께 참여하려는 사람이 거의 없었기 때문에 고등학생의 모집은 어려웠다. FGI 조사에 참여한 고등학생과 보호자 수의 부족으로 인한 의견의 제한을 해결하기 위하여 추가적인 학부모 면담 회의를 통하여 고등학생의 정신건강 서비스경험 및 요구도에 대한 정보를 수집하였다.

학부모들에게는 FGI회의에 앞서 간단한 설문지를 작성하도록 하였다. 설문내용에는 주관적 건강상태 및 스트레스 정도 등을 포함하였다. 소득수준은 중하인 사람이 많았다.

33) 협조기관 : 서울시 강남구 정신보건센터, 은평구 정신보건센터, 노원구 정신보건센터, 수원시 정신보건센터, 부천시 정신보건센터.

구분	질문 내용
학교에서의 정신건강 상담 서비스	· 학교에서의 정신건강 검사 경험 · 담임선생님의 정신건강 상담 서비스 추천 경험 · 담임선생님의 협조 · 보건선생님의 협조 · 학교에서 상담 서비스를 처음 받아본 시기 · 경험해본 학교 상담 서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) · 학교에서 상담 서비스를 받기 어려운 이유 · 학교 상담 서비스의 효과 및 그 이유 · 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등 · 정신건강 검진 경험 여부, 효과 · 학교 상담 서비스의 발전방향
가정, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스	· 고민상담 조력자(친구, 부모, 기타 친척, 선생님, 정신건강(보건)센터 선생님, 의사선생님, 기타) · 정신건강(보건)센터를 알게 된 시기 및 계기 · 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) 및 불편한 점 · 지역사회 정신건강센터에서 받아본 서비스 및 불편한 점 · 정신건강 서비스 본인부담비용 · 지역사회의 일반 병원 이용 경험 및 불편한 점 · 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점

표 V-2 학부모 그룹 조사내용

구분	질문 내용
학교에서의 정신건강 상담 서비스	· 학교에서의 정신건강 검사 경험 · 담임선생님의 정신건강 상담 서비스 추천 경험 · 담임선생님의 협조, 상담경험 · 학생 정신건강 증진에 관한 학교의 정보 제공, 제공된 경우 정보의 내용 · 학교에서 상담 서비스를 처음 받아본 시기 · 경험해본 학교 상담 서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) · 학교에서 상담 서비스를 받기 어려운 이유 · 학교 상담 서비스의 효과 및 그 이유 · 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등 · 정신건강 검진 경험 여부, 효과 · 학교 상담 서비스의 발전방향
가정, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스	· 정신건강(보건)센터를 알게 된 시기 및 계기 · 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) 및 불편한 점 · 정신건강 서비스 본인부담비용 · 지역사회의 일반 병원 이용 경험 및 불편한 점 · 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점

표 V-3 조사대상자의 개요

No	이름	연령	성별	교급/학년	거주지	보호자
1	송○○	13세	M	초등학교/6학년	서울	모
2	김○○	12세	M	초등학교/5학년	서울	모
3	최○○	12세	M	초등학교/5학년	수원	모
4	김○○	11세	F	초등학교/5학년	수원	부
5	한○○	11세	F	초등학교/6학년	서울	모
6	최○○	15세	F	중학교/2학년	부천	모
7	김○○	15세	M	중학교/2학년	수원	모
8	한○○	14세	M	중학교/1학년	서울	모
9	강○○	14세	M	중학교/3학년	서울	모
10	이○○	14세	F	중학교/2학년	서울	모
11	이○○	17세	F	고등학교/1학년	서울	모
12	정○○	17세	F	고등학교/2학년	서울	부

표 V-4 학부모 사전조사에 의한 조사대상 아동·청소년의 특성

구분	남	여	계
평균 연령(세)	13.3(1.2)	14.2(2.7)	13.8(2.1)
<i>교급</i>			
초등학교	3(60.0)	2(40.0)	5(100.0)
중학교	3(60.0)	2(40.0)	5(100.0)
고등학교	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)
<i>거주지</i>			
서울	4(50.0)	4(50.0)	8(100.0)
기타 수도권	2(50.0)	2(50.0)	4(100.0)
계	6(50.0)	6(50.0)	12(100.0)

표 V-5 조사대상 학부모의 특성

구분	계
평균 연령(세)	44.0(7.0)
<i>성별</i>	
남	2(16.7)
여	10(83.3)
<i>학부모의 주관적 건강상태</i>	
매우 건강함	0(0.0)
건강한 편임	5(41.7)
보통	3(25.0)
허약한 편임	4(33.3)
매우 허약함	0(0.0)
<i>자녀 정신건강 문제 조력자</i>	
1순위	정신건강(보건)센터
2순위	아는 의사
3순위	학교 선생님
<i>학부모의 스트레스 정도</i>	
대단히 많이 느낀다	3(25.0)
많이 느끼는 편이다	5(41.7)
조금 느끼는 편이다	3(25.0)
거의 느끼지 않는다	1(8.3)

<i>학부모의 정신적 문제 상담 경험 여부</i>	
예	7(58.3)
아니오	5(41.7)
<i>부모의 흡연 여부(부, 모 둘 중 한 명이라도 흡연하는 경우 예)</i>	
예	9(75.0)
아니오	3(25.0)
<i>부모의 음주 빈도(부, 모 둘 중 음주를 더 많이 하는 경우)</i>	
주 3~4번 이상	3(25.0)
주 1~2번	3(25.0)
한 달에 1번	1(8.3)
거의 하지 않음	5(41.7)

구분	계
<i>결혼상태</i>	
미혼	1(8.3)
기혼/유배우	4(33.3)
사별	1(8.3)
이혼/별거	6(50.0)
<i>학력</i>	
초등졸	1(8.3)
중졸	0(0.0)
고졸	8(66.7)
대졸/재	2(16.7)
대학원졸 이상	1(8.3)
<i>직업</i>	
전문직	0(0.0)
사무직	2(16.7)
노동근로직	1(8.3)
자영업	1(8.3)
판매/서비스직	1(8.3)
농어업	0(0.0)
전업주부	5(41.7)
무직	2(16.7)
학생	1(8.3)

종교	
기독교(개신교)	5(41.7)
천주교	0(0.0)
불교	4(33.3)
기타	1(8.3)
없음	2(16.7)
월평균 가구소득(세금 포함)	
없음	3(25.0)
100만원 미만	2(16.7)
100만원~200만원 미만	6(50.0)
200만원~300만원 미만	0(0.0)
300만원~400만원 미만	1(8.3)
500만 원 이상	0(0.0)

2. 조사결과

1) 학교에서의 상담 서비스 이용 경험

초등학생은 전체 5명 중 3명이 서비스를 이용해 본 경험이 있었으며, 중학생은 5명 중 4명이 이용하였고 고등학생은 아무도 서비스를 이용해보지 않았다. 또한 연령에 따라 서비스를 처음 접하게 된 시기가 다르게 나타났고, 서비스를 알게 된 경로를 파악한 결과 일부 학생은 담임선생님이나 학교의 상담선생님을 통해 서비스를 이용하게 되었다고 보고하였다. 학교 상담 서비스에서 주로 학생의 상황에 맞는 상담이나 다른 전문기관으로의 서비스 연계가 이루어졌으며, 중학생들의 경우 심리치료, 미술치료, 약물치료 등이 병행되었다. 서비스의 효과에 대해서는 다양한 의견이 제시되었다. 학교 상담 서비스를 이용하는 데 있어 담임선생님과 담당 상담선생님은 매우 협조적이었다는 보고가 많았으나 한 초등학교 학생의 학부모는 담임선생님의 특성에 따라 다르다고 응답하였다.

표 V-6

학교 상담 서비스 이용 경험

구분	초등학생	중학생
<i>처음 서비스 받은 시기</i>		
2011년		1
2010년	1	
2009년	1	
2008년	1	1
2007년		
2006년		1
2005년		1
<i>알게 된 경로</i>		
담임선생님	3	1
가족		
기타		3(학교 상담선생님/이웃의 또래친구)
<i>이용해본 서비스¹⁾</i>		
검사		2
상담	2(부모자녀관계 개선)	3(심리상담/우울증 및 감정조절 상담)
서비스 연계	3(근처 방과 후 돌봄센터/구립 정신보건센터로 연계)	4(민간병원/정신보건센터로 연계)
요법	1(사회성 기르기 연습)	4(심리치료/미술치료/약물치료)
<i>효과</i>		
만족할만하다	1	1
보통이다	1	1
별로 만족하지 못했다	1	1
무응답		1
<i>학교선생님들의 협조정도</i>		
담임선생님	협조적이다(다만 선생님에 따라서 다름)	협조적이다
상담담당교사	협조적이다	협조적이다
계	3	4

* 주: 1) 중복응답 가능 항목.

2) 민간 병원의 정신건강 서비스 이용경험

초등학생 5명 중 4명, 중학생 5명 중 3명, 고등학생은 2명 모두가 민간 병원의 정신건강 서비스를 이용한 경험이 있었다. 민간 병원에서는 학생들의 상황에 따른 각종 검사, 상담 및 치료를 제공하였다. 특히 민간 병원의 서비스를 이용한 적이 없는 초등학생 1명의 학부모는 그 이유를 “필요를 못 느껴서”라고 응답하였으나, 중학생 2명의 부모들은 모두 “비용 때문”이라고 응답하였다.

표 V-7 민간병원 정신보건서비스 이용 경험

구분	초등학생	중학생	고등학생
경험 여부			
예 → 1)	4	3	2
아니오 → 2)	1	2	
1) 이용해본 서비스¹⁾			
검사	1(심리검사, 인지검사, 아동성추행 관련 검사)	3(ADHD검사 등)	2(장애검진)
상담	2(또래친구와의 교제문제, 아동성추행 경험, 아스퍼거증후군, 주의집중력장애 등 아이의 상황에 따른 상담치료)	1(컴퓨터 중독, 자존감 등 아이의 상황에 따른 상담치료)	2(지적장애 상담)
요법	1(미술치료/인지치료/심리치료/약물치료)	3(약물치료)	2(언어치료)
2) 이용하지 않은 이유			
비용 때문에		2	
필요를 못 느껴서	1		
서비스에 대한 편견 때문에			
기타			
계	5	5	2

* 주: 1) 중복응답 가능 항목.

3. 아동·청소년 FGI 조사 결과

1) 학교에서의 정신건강 상담 서비스

(1) 정신건강 상담 서비스 이용현황

학교에서 실시하는 정신건강 관련 검사나 상담 서비스는 받아 본 아동·청소년보다 받아보지 못한 아동·청소년들이 더 많았다. 아동·청소년들이 학교에서 받아본 서비스는 주로 교내 상담센터나 상담교사를 통한 대화나 설문조사를 통한 상담 등이었다.

다음은 “학교에서 진로적성검사, 정신건강 검사 등을 받아 보았나요?”라는 개방형 질문에서 시작하여 아동·청소년들의 서비스 이용현황에 대해 이야기한 내용이다. 대부분의 아동·청소년들은 학교에서 정신건강과 관련된 서비스를 받아본 적이 없다고 응답하였으며, 자신의 문제를 학교 선생님들에게 이야기하지 않는다고 대답하였다.

“설문 같은 걸 받고 (학교) 선생님이 상담해주셨어요.”

“상담만 받았어요.”

“담임선생님이랑 얘기해 본 적 없어요.”

“학교에서 받아본 적 없어요.”

한편 여기서 눈여겨 볼 점은 학부모 사전 설문조사 결과에서는 학교 상담 서비스를 이용해 본 경험이 있는 아동·청소년들이 그것을 검사, 상담이라고 인지하지 못하는 경우도 있었다는 것이다. 학교에서 실시되는 서비스의 내용이 체계적이고 전문적이지 못해서 생긴 결과였는지, 아니면 대상 아동·청소년들이 학교를 정신건강의 검사 및 상담 장소로 인지하지 못해서 발생한 결과인지 알아보기 위한 심층적인 조사가 필요할 것이다.

2) 가정, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스

(1) 서비스를 이용하게 된 계기

“정신건강(보건)센터는 어떻게 알게 되었나요? 언제, 누가 알려 주었나요?”라는 질문으로 아동·청소년들이 현재 학교 외에서 받고 있는 다른 서비스들을 이용하게 된 계기에 대해 물어 보았다.

그 결과 아동·청소년에게 직접적으로 정신건강 상담 서비스를 권유한 것은 부모인 경우가 많았다. 부모들 그룹에서 조사된 결과로는 대부분이 학교 선생님이나 주변 사람들이 아동·청소년들의 정신건강에 대해 조언을 하여 서비스를 이용하게 되었다고 응답하였으나, 아동·청소년들의 특성상 이러한 응답 경향이 나타난 것으로 보인다.

“그냥 어머니가 가자고해서 간 것 같아요.”

“그냥 엄마가 가라고 하면 가요.”

“부모님이 가자고 하셔서 갔어요.”

“부모님이 가자고 하셔서 올해부터 갔어요.”

“부모님이 가라고 많이 하세요.”

“그냥 아빠가 하라고 해서.”

(2) 정신건강 상담 서비스 이용현황

“정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스는 무엇이 있나요?”라는 질문에 대해 아동·청소년들은 각종 검사와 상담 외에도 놀이치료와 미술치료를 가장 많이 받아보았다고 응답하였다. 또한 대부분이 초등학교 저학년 때 처음으로 서비스를 접해본 것으로 나타났다.

“초등학교 3학년 때 처음……검사 받았어요. 그냥 상담만 해주셨고, 미술치료 받아봤어요.”

“미술치료 받았어요. 학습표현성 문제해결? 그런 거 받았어요. ……초등학교 5학년부터 다녔어요.”

“설문지는 안 하고 상담만 받았어요. 미술치료 한 번 해봤어요.”

“놀이치료는 받아봤고, 미술치료도 받아봤어요.”

“놀이치료랑 미술치료 받았고 지금도 계속 받고 있어요. ……(초등학교) 3, 4학년부터 다녔구요.”

“(초등학교) 5학년부터 다녔고……스트레스 얘기를 했어요.”

“상담만 받아봤어요. 올해(현재 중학교 3학년)에 받았고……치료 안 받아봤어요.”

“미술치료, 노래치료 여럿이서 하는 거 했어요. ……여러 번 옮겼는데 가장 기억나는 게 초등학교 1학년부터 했어요.”

“올해(현재 중학교 2학년)부터 갔어요. (정신보건센터에서) 검사도 했고 상담도 받았어요. 그냥 얘기밖에 안 했어요.”

“중3부터 다녔어요. 미술치료 받아요.”

“중2부터 다녔어요. 그냥 언어치료 받아요.”

(3) 서비스 이용 시 느낀 점

다음으로 정신건강 관련 서비스를 이용하면서 어떤 점이 좋았고, 어떤 점이 불편했는지에 대해 묻자, 초등학교에 재학 중인 아동들은 주로 미술치료나 놀이치료를 통해 재미를 느끼고 있었고 대부분의 경우 치료라는 개념보다도 놀이라는 개념으로 서비스를 인식하고 있는 경우가 많았다.

한편 초등학교 아동들은 걸어서 이동 가능한 비교적 가까운 곳에서 서비스를 받고 있었다. 그러나 중학교, 고등학교 청소년들의 경우 서비스를 받는 곳이 주거지에서 조금 먼 경향이 있었으며, 초등학교 아동들에 비해 상담이나 치료에 대한 집중도와 흥미가 떨어지는 것으로 나타났다. 이는 외부적으로는 서비스를 제공하는 선생님의 성향에 따라, 그리고 선생님이 얼마나 자주 바뀌느냐에 따라 영향을 많이 받는 것으로 나타났으며, 개인 내부적으로는 심리적 방황이 나타나는 청소년기의 특성에 따른 것처럼 보였다. 특히 남과 달리 이러한 종류의 서비스를 이용하는 것 자체에서 스트레스를 받고 있는 청소년들이 있었다. 하지만 서비스를 이용한 결과 그 효과를 스스로 느낀 청소년의 경우, 앞으로도 지속적으로 서비스를 이용하고 싶다는 의사를 밝혔다.

“집에서 5분 걸려요”

“수련관에서 셔틀버스 타고 다녔어요.”

“저는 걸어서 15분에서 20분 걸려요. 육교도 건너고.”

“네. 일주일에 한 번 가는데 지루한 적은 없었어요. 놀이치료는 안 지루했고 미술치료는 지루했어요. (놀이치료는) 앞으로도 계속 받고 싶어요. ……한 번도 바뀐 적이 없어요. 미술치료는 최근부터 다녔고 놀이치료는 3~4학년부터 다녔는데 바뀌지 않았어요.”

“전 1년에서 2년 받았는데 이제 좀 지겨워요. ……여러 번 옮겼는데……안다니면 좋겠어요. 친구랑 싸워서 가기 싫어요.”

“말하는 거보다 노는 게 재밌어요.”

“버스타고 10분정도 걸려요.”

“멀고, 혼자 다녀요. 그래서 센터선생님이 집으로 와요. ……근데 시간이 아까워요. 꼭 바쁠 때 와요. 그래도 선생님이 오는 게 편해요. ……선생님이 이쁘면 좋겠어요. 선생님이 너무 안 이뻐요.”

“재미없어요. 그냥 가기 싫어요. ……부모님이 가라고 많이 하세요. ……저는 그냥 가는 거 자체가 다른 사람과 다른 거 같아서 싫어요. ……집하고 멀어요.”

“평소에는 시간 아깝고, 미술이 재미있어서 가는데 일이 생기면 가고 싶어요. 엄마나 아버지랑 싸웠을 때, 선생님이 상담해주시면 조금 가라앉아요. 가기는 싫은데 가서 하고나면 마음이 조금은 진정이 되요. ……미술을 좋아하는데 값이 싸니까 가요. 그림도 그리고 만들기도 하고 미술에 관련된 건 모든 걸 다 할 수 있어서 좋아요.”

“그냥 선생님하고 얘기해요. 조금 재미있어요. 아 선생님이 2명 정도 바뀌었어요. 계속 하고 싶어요. 조금 도움이 되요.”

아동청소년들이 서비스이용에 대해 느끼는 정도는 학령별로도 차이가 있었지만 상담인력과 서비스의 접근성에 따라 차이가 있음을 알 수 있었다. 잦은 인력교체는 서비스의 지속성과 만족도를 감소시킬 수 있다. 적절하게 훈련된 인력이 수요에 맞게 보급될 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

학생들의 정신건강서비스 이용경험을 종합해 보면 <표 V-8>과 같다. 학령이 어린 시기에 학교에서의 정신건강문제의 조기발견과 서비스 연계가 더 중요하며, 지속적인 접근성이 보장되어야 한다. 한편 고등학생은 부모를 통해서 지역사회 서비스를 직접 이용하는 것으로 분석할 수 있었는데, 이는 참여한 학생부모 팀의 특성 때문인 것으로 해석된다. 또한 고등학생시기에 부모와 함께 정신건강서비스 상담을 받는 것이 더 어렵다는 것도 알 수 있었다. 학교에서 외형상으로 정신건강과 관련된 서비스를 마련해 두어도 정신건강서비스에 대한 편견이나 정보부족으로 인해 서비스에 대한 접근성이 떨어질 수 있기 때문에 보다 유기적인 정책개선이 필요하다.

학생 대상의 인터뷰결과에서 학생들은 주로 부모에 이끌려 정신건강서비스를 이용하고 있기

때문에 그만큼 만족도는 낮고, 이용에 대한 동기도 적다고 해석할 수 있다. 한편 정신건강서비스이용에 대한 주제로 포커스 그룹인터뷰를 하는 것 자체가 학생들에게는 부담스러운 상황이었는데, 이것은 정신건강서비스에 대한 사회적 편견이 많기 때문인 것으로 판단된다. 학생들의 자발적인 참여의식이 낮다는 것에서 정신건강문제에 대해 새로운 접근이 필요하다는 것을 유추할 수 있다.

표 V-8 학생의 정신건강 서비스 이용경험 종합

	처음 알게 된 경로				이용해본 서비스					
	담임 교사	상담 교사	학교 친구	부모	학교			지역사회		
					검사	상담	연계	검사	상담	치료
초등학생										
중학생										
고등학생										

4. 학부모 FGI 조사 결과

1) 아동·청소년의 정신건강 상태

학부모들을 대상으로 한 FGI 조사에서는 본격적인 조사에 앞서 우선 아동·청소년들의 정신건강 상태를 보다 정확하고 객관적으로 파악하기 위해 부모들이 생각하는 아동·청소년의 정신건강 상태에 대해 질문하였다. 대부분의 부모들은 아동·청소년들이 정신건강에 문제가 있다고 처음으로 깨닫게 된 계기 및 영향을 미친 사건들, 그리고 그에 대한 부모의 물리적, 심리적 반응을 비교적 자세히

설명하였다.

부모들이 느끼는 아동·청소년들의 문제는 주로 외로움, 고립감, 우울함, 무기력함 등의 감정적 문제와 이로 인해 또래 친구들이나 부모, 교사와의 관계에서 적응을 못하고, 표현을 안 하게 되는 사회적 적응의 문제였다. 또한 많은 아동·청소년들이 또래들 사이에서 심하게 왕따를 당한 적이 있었으며, 강력한 자살 생각을 표현하기도 하였다.

한편 이와 같은 정신건강 상의 문제에 대해 아동·청소년의 주위 사람들, 심지어는 부모 자신도 정확히 알고 받아들이거나 대응하지 못하여 정신건강 상의 문제를 청소년기의 비행으로 치부하는 경우가 있었다.

“아이가 초등학교 때부터 다른 아이들을 따라가지 못했어요.진단을 받으니 **지체장애 2급**이 나왔어요.”

“아이가 **성추행**을 당했을 때 병원을 소개받게 되었는데 너무 멀어서 수원에 아주대병원으로 오게 됐어요.”

“병원에서는 **주의력 결핍**도 나오고.....그리고 큰 아이가 중학교 2학년인데 작은 아이 때문에 **자살하고 싶다는** 생각을 갖는 것 같아요. 초등학교 때부터 **우울증**도 있었고 작은아이가 상태가 심각하다 보니 큰아이도 말을 잘 안하고 아이들 사이에서 **왕따**가 된 것 같아요.”

“전학을 하면서 3학년 올라오면서 애가 **적응을 못하고** 애들이 때려도 참고 선생님이 뭐라고 해도 참더라고요.”

“이미 (**인터넷 게임**)**중독**이 되어있어서 애가 밖으로 튀는 거예요.그리고 아이가 전학을 하고 싶다고 했어요. 이사를 했는데 전학 오기 전에 여자애들한테 **괴롭힘을 당하고 있다고** 말을 했어요. 학교에서는 아이가 선생님한테 말을 했더니 선생님이 이 아이는 안 좋은 아이라고 공표를 해버려서 아이가 정신병자가 돼 버린 거예요.”

“아이가 초등학교 2학년 올라가면서 **우울증**이 생겼나 봐요. 전 몰랐었는데. 어느 날부터

“아무것도 하기 싫다 그리고 이불 덮고 방 안에만 있고, 선생님이 누가 자기를 때린대요.”

“애가 왕따를 당하는 중이었는데 몰랐던 거예요. 그래서 선생님한테 말했는데 선생님이 애들한테 말하니까 특별히 폭력을 당하거나 하지 않으니까 잘 지낸다고 하는 거예요. 5학년 때 아이가 일기를 보여줬는데 한 면이 다 죽고 싶다는 애기로 쓰여져 있는 거예요. 그래서 무슨 일냐고 말했는데 계속 생각해왔다는 거예요. 왜냐고 물어봤더니 아무도 나랑 놀아주지도 않고 관심도 없다. 엄마도 안 놀아주고 하니까 이렇게 살아서 뭐하냐 이런 식으로 된 거예요.”

2) 정신건강 증진을 위한 상담 서비스 이용경험

(1) 서비스 이용계기

아동·청소년들이 정신건강 상담 서비스를 이용하게 된 계기는 주로 학교 교사, 정신보건센터나 민간 병원의 전문가들을 통해서였다. 이는 아동·청소년들을 대상으로 한 FGI에서 부모를 통해 서비스를 이용하게 되었다고 한 응답이 가장 많았던 것과는 다른 양상이지만, 아동·청소년의 특성상 그들의 문제를 보호자가 먼저 발견하거나 타인이 발견한 경우에도 보호자에게 먼저 알리고, 그 다음 대응방안을 상의하였기 때문으로 생각된다.

학교에서의 상담을 통해 정신건강 상담 서비스를 이용하게 된 아동·청소년들은 대부분 학교생활에 문제가 있어 이에 대한 상담을 하다가 정신건강상의 문제를 발견하게 된 경우가 많았으며, 이상 징후 발견 이후에는 교내가 아닌 교외의 센터나 병원으로 연계되었다.

“학교에서 해줄 줄 알았는데 정신보건센터에 가보라고 해가지고 연계된 병원으로 가서 받을 수 있다고 해서 받았거든요.”

“오히려 학교에서는 전혀 정보를 얻지 못했고……중3에서 고등학교 갈 무렵에……제가 알콜중독 때문에 자주 방문하다 보니까 사회복지사선생님이 자주 오고 하셨는데 ○○도 검사를 받아보라고 하셔서 검사하고……정신보건센터가 아니었으면 지금도 모르고 있었을 거예요.”

“학교 자체에서 아동 심리 상담을 한다는 자체를 몰라서 그런 인식이 부족한 것 같고 보건센터에서 상담을 받고”

“(학교)선생님과 상의한 적은 없고 **가정통신문**에서 아이가 심리상태가 안 좋다는 것을 보고 알았습니다.”

“초등학교 4학년 때 강동구 몇 개 **학교에서** 조사를 했었는데 저희 아이는 이상이 없다고 나왔었는데 **병원**에서는 심각하게 나온 거예요. 학교에서 한 거는 자세하지 않고.”

“**선생님**께서 검사를 받아보라고 하셔서 받아봤는데”

“초등학교 때 **담임선생님의 권유**로 병원에 심리검사를 받았는데……**중학교에서도 권유를 받아서** 정신복지센터로 연결이 되었고”

“**선생님**이 판단할 때는 문제가 있다고 생각을 해서 전화를 주셨어요. ……아이 상태가 이러니 빨리 병원에 가봐야 될 것 같고 약을 먹어야 될 거라고……정신보건센터에 가서 검사를 받아 보라 그러는 거예요.”

(2) 서비스의 내용 및 효과

상당수의 부모들은 학교에서 아동·청소년의 상태에 대해 관심이 없거나, 아예 정신건강 쪽으로는 무지한 경우가 많아 전혀 도움이 되지 않는다고도 응답하여 각 학교마다, 또 교사마다 차이가 큰 것으로 나타났다. 그 결과 학교에서 비행아동 내지는 비행청소년으로 인식된 대상자들이 학교 내에서 검사나 상담을 받지 못하고 바로 정신보건센터로 가게 되는 경우가 가장 많이 나타나게 되었다.

한편 수도권이지만 비교적 외진 지역에 거주하는 한 아동·청소년의 사례를 통해 정신건강에 대한 일반적인 인지도 및 이해도, 그리고 이를 위한 서비스 자원 및 인력에 있어 지역 간 편차가 매우 크다는 사실을 알 수 있었다.

또한 대부분의 아동·청소년들이 2곳 이상의 기관에서 서비스를 이용한 것으로 나타났으며 기본적인 상담을 비롯하여 놀이치료, 미술치료, 언어치료, 그리고 약물치료까지 다양한 서비스를 받고 있었다.

그리고 한 두 사례를 빼놓고는 지원을 받는 아동·청소년의 경우에도 본인부담 비용을 따로 지불하고 있었다. 서비스의 효과에 대해서는 대부분의 부모들이 만족하는 편이었다.

“병원으로 가서 받을 수 있다고 해서 받았거든요.지금은 많이 좋아졌어요.비용은 한 달에 5~6만 원 정도.”

“약물치료를 받았죠. 계속 받으면서 지금은 그때보다는 평균지수가 50에서 65 정도로 올라왔어요.정신보건센터에서 3개월 동안 심리치료 받고 지금 복지관에서 언어치료 받고 많이 혜택을 봤어요. 지금은 많이 좋아졌고요.”

“정신보건센터를 다니면서 느꼈던 거는 상담도 해주시고.....놀이치료를 받았는데 집단생활을 하다 보니 더 안 좋아지는 거예요.병원치료를 다시 하게 되었어요. 그래서 받고 있는데 아이가 달라진다는 걸 느껴야 되는데 그런 느낌이 안 들어요. 지금은 노원 아이존에서 받는 미술치료가 제일 괜찮은 것 같아요.지금은 음악치료를 병행하고 있어요. 이 두 가지를 같이 하니깐 아이가 정서적으로 좀 안정이 되는 거예요.병원비하고 약값하고 수급자가정이라 일부 할인이 돼서 한 달에 치료비가 6~7만원 되요.”

“비용은 나라에서 지원을 해줍니다.”

“병원에서는.....약물 치료를 하고 치료비가 한 달에 80만 원 정도 나와요. 그걸 감당을 못해서 정신보건센터를 가게 됐는데.....”

“다른 병원에서 약물치료까지 하고 있어요. 비용은 아동정신건강센터에서 지원을 받고 있어요. 일반 놀이치료 등을 받을 때는 아이가 바뀌는 게 보여요.계속적으로 상담을 했고요, 작년 말에 한 달 동안 병원생활을 했어요.그때 그 프로그램을 받고 좋아진 것 같은데 학교생활을 하니깐 다시 안 좋아지는 거예요.”

“심리치료를 들었는데.....4학년 때 바우처에서 ADHD도 치료를 할 수 있게 나왔었어요.”

“많은 도움을 받고 있어요. 제가 그런 지식이 없다보니깐 아이가 어릴 때 그러니깐 이해가 안 되는 거예요. 그랬는데 대처하는 방법을 알려주시고 이해를 시켜주시니까 제가 많이 자제를 하고 그러는데 지금은 너무 좋아진 것 같아요……보건센터에서 도와주시려고 하는 게 정말 감사한 것 같아요. 아이가 제가 가자고 하면 잘 안 가는데 선생님이 오셔서 가자고 하시면 잘 가시고 학교에도 잘 말해주시고 해서 좋은 것 같아요.”

“5학년 초부터 놀이치료는 시작했는데…….”

“(정신보건센터에서) 부모 교육과 음악 치료 등을 받고 있는데 지금은 많이 좋아지고 있는데 부모 교육을 받고 며칠 뒤에는 잊어버려요. 그래서 꾸준히 해야 될 것 같아요.”

(3) 정신건강 상담 서비스 이용 시 불편한 점

정신보건센터 이용 시의 불편한 점은 긴 대기시간, 기관 간 연계의 복잡함, 저위험군 아동·청소년에 대한 서비스 부족, 직장인의 이용시간 부족, 그리고 서비스 간 연계 부족 등인 것으로 나타났다.

그 밖에 병원 및 기타 기관에서 서비스를 받는 경우에는 높은 본인부담비용이 가장 큰 문제로 제기되었으며, 또 지역 간 서비스 이용의 격차 문제, 사회적 낙인 등이 문제로 제기되었다. 한편 지역아동센터의 경우 아동·청소년 여러 명이 함께 모이는 경우가 많아 아동·청소년 간 폭력 및 비행 전이의 문제 등이 있었다.

“복잡하고 비효율적이라는 생각이 들었어요. 비용적으로도 아주 부담스러워요. ……저희는 지역아동센터를 보냈는데 애들이 아이 머리를 물에 누르고 못 나오게 하고 했다는 거예요. 그래서 아이가 가기 싫다고 하는데 저는 그런 줄 모르고 억지로 보냈죠.”

“대기기간이 3개월이 넘더라고요. 그래서 기다렸다 상담을 받고 심리검사를 받고 병원연계 치료를 받기까지도 시간이 너무 오래 걸렸어요. ……저희 아이는 미술치로나 심리치료를 병행해야한다고 하는데 이런 걸 받을 수 있는 기관이 별로 없어요. 저희 아이는 그렇게

심각하지는 않다고 나왔는데 기관들에서는 심각하지 않으면 잘 안 해주는 거예요.저희 애는 지역아동센터에서 받아보라고 해서 보냈는데 아이가 갔다 와서 하는 말이 그런데 다니면 학교에서 친구들이 안 좋게 본다고 하더라고요.”

“여기는 시골이라 4~50킬로를 가야 상담을 받을 수 있어요.너무 멀어서 아이가 지치고 시골에서는 받기가 힘들어요. 아예 없는 지역도 있고.....”

“(병원 치료비) 그걸 감당을 못해서.....그리고 아이가 직접 상담을 받으러 가기는 어려운 것 같아요.”

“사비를 들여서 해야 돼서 부담스러워서 끊어버렸어요.”

“(병원약) 부작용이 나타났어요.심리치료를 들었는데 한번에 5만 원 정도 하니 부담스러워서 못했어요.정신과라고 써있으니까, 아이가 엄마, 내가 저길 가야돼? 하는 거예요. 잘해주시는데 가기를 두려워하는 거예요.장애복지센터라서 그런 애들과 모아놓으니까 애가 죽고 싶어 하는 거예요.하나를 하면 다른 건 못했어요. (한 서비스에서 다른 서비스로) 연결이 돼야 되는데 3개월하고 끝, 이러다보니 안 좋았던 것 같아요.”

“경제적인 문제 때문에 (치료)시기를 놓쳤어요.”

“(지역아동센터는) 그냥 시간 때우기 식인 것 같아요.”

“근데 정신보건센터에서는 지원이 50만원밖에 안돼서 나머지는 사비로 들고 있어서 많이 부담돼요. 개한테 들어가는 치료비용만 엄청나서.”

“근데 직장 다니는 사람은 이용하기가 좀 불편한 것 같아요.지역아동센터에 갔는데 아이들 끼리 폭행이 심해서 더 안 좋아지는 것 같아요.”

3) 기타

첫째, 아동·청소년들이 정신건강 문제로 인해 서비스를 받게 될 때 이것이 학교생활과 연계가 되지 않고, 선생님들 또한 정신건강 문제를 충분히 이해하지 못하고 비행으로 받아들여 오히려 아동·청소년들을 탓하는(blame) 문제가 있었다.

둘째, 증상이 심각하지 않은 아동·청소년의 경우 서비스 수혜 대상의 우선순위에서 밀려나 정신건강 서비스의 사각지대에 놓이게 되는 경우가 있었다.

셋째, 부모들 스스로가 아동·청소년들의 정신건강 문제를 정확히 이해하고 공감하지 못하는 문제가 있었으며, 이를 부모모임, 부모교육 등으로 개선하고자 노력하는 사례가 있었다.

넷째, 현재의 아동·청소년 정신보건서비스는 기관별, 시기별 그리고 담당자별로 연계가 잘 되지 않는 문제가 있었다.

“선생님들이 심리적인 이해가 좀 안 되는 것 같아요.”

“보건센터에서 상담을 받고 알았을 때 **학교에서 반응이 조금 안 좋았어요.** 1년에 한 번씩 선생님이 바뀌실 때마다 지도를 잘 해주시는 경우도 있고 병에 대해서 아예 모르는 선생님들도 계셨어요. **학교에 잘 알려졌으면 좋겠어요.**”

“아주 심각하지 않은 경계선에 있는 아이들에 대해서도 치료를 받을 수 있는 기관이 있었으면 좋겠어요. 이런 아이들이 현재는 심각하지 않은데 인터넷으로 찾아보니 학년이 올라갈수록 점점 더 심하게 되더라고요. 아이들과 관계나 사회성 발달 부분에서도 많이 안 좋아지고 학습에도 문제가 있다 보니까 이런 아이들에게도 치료를 받을 수 있는 기회를 주었으면 좋겠고…….”

“학교 선생님들은 왜 내가 하필 이런 애를 맡아서 하는 생각하면서 **귀찮아하시는 거 같아요.**…… **관심도 없고 그냥 말썽만 부리지 말라는 생각인 것 같아요.**……정신기관이나 모든 학교에서는 **(형제자매 중에) 한 아이밖에 해주질 않기 때문에**……아이존에서 **부모교육**을 받았는데 모든 원인은 결국 저더라고요.……이제 가다보면 개인적인 문제가 아니라 **사회적인 문제인데**

정부에서 대책을 좀 마련해야 할 것 같아요. 아이가 상황이 바뀌는 걸 너무 싫어해서 한 분야에서 계속 치료를 받을 수 있었으면 좋겠어요.”

“부모모임에 가입을 해서 한 달에 한 번씩 부모교육도 받게 되었어요. 그러면서 아 나도 변해야 하는구나 하는 생각을 했어요.”

4) 고등학교 학부모 대상의 간담회의 결과

본 연구에서 실시한 FGI 면담에 고등학생의 참여가 저조했는데, 이는 연령증가와 더불어 학부모와 학생이 함께 참여하기가 어려웠기 때문이다. 따라서 일반 고등학생 자녀를 둔 학부모를 대상으로 간담회의를 실시하였다. 그 결과는 아래와 같다.

(1) 학교에서의 상담 서비스

- 담임선생님이 정신건강 서비스에 대해 거의 언급하지 않는다.
- 자율형 사립고와 일반 고등학교의 차이가 있다. 자율형 사립고에서는 상담 서비스 등에 대해 비교적 자세히 알려주는 경향이 있는 것 같다.
- 전반적으로 고등학교는 학생의 성적위주로만 학부모와 의사소통하고 있다.
- 정신건강과 관련된 검사를 받는 경우는 거의 없으나 적성검사는 정기적으로 학교에서 실시하고 있는 것으로 안다.
- 정신건강 검진에 대해 잘 모르고, 학교에서 하는 것은 안 받아 보았거나 잘 모른다.
- 학교에서 상담 서비스가 있다고 해도 신뢰가 가지 않고 정신질환에 대한 편견 때문에 자녀들이 학교 안의 서비스를 이용할 가능성은 거의 없다.
- 특히 상담 서비스를 자원봉사 학부모가 할 경우 더욱 신뢰성이 없다. 학교 안에 소문이 나기 때문에 더욱 그렇다.

(2) 가정, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스

- 주변 이웃에게 정보를 듣고 찾아가거나, 복지관 같은데 광고된 것을 보고 이용하게 된다.
- 정신보건센터의 검사나 상담은 매우 형식적이어서 만족도가 낮다.

- 가까운 곳 보다는 먼 곳의 서비스를 이용하는 경우도 있다(주변에 알려지는 것을 꺼리기 때문임).
- 서비스 만족도와 관련해서는 담당의사, 상담인력의 호의적인 태도가 중요하다. 듣는듯 마는듯 하는 태도는 내담자를 다시 오지 않게 한다.
- 부모-학생간의 건강한 관계가 학생의 정신건강 증진에 도움이 될 것으로 인식하고 있다. 건강한 관계를 위해 부모들이 자신의 스트레스를 조절하고 편안한 태도로 자녀를 대하는 것이 자녀에게도 도움이 된다고 인식하고 있다.
- 자녀들이 고등학교 생활을 하면서 많은 스트레스를 어떻게 해결할 수 있는지 좋은 방법을 알고 싶어하며, 상담 서비스에 대한 정보부족, 편견 등으로 이용을 못하고 있다. 자녀들에게 상담역할을 하는 사람은 가까운 친인척 정도이다. 그 외에 스트레스 해소를 위해 운동을 하거나, 동급생들과 노래방에 가는 것 정도가 고등학생 자녀의 스트레스 해소 방법이다.

5. 소결

지난 1년간 정신건강 서비스를 이용해 본 학생과 부모의 FGI 결과에 의하면 교급별로 주요 정신건강 문제와 대처방법이 다르게 나타났다. 자녀가 초등학생일수록 부모의 정신건강 서비스 요구도 및 조기발견 및 조기개입에 대한 요구도가 높은 것으로 파악되었다. 또한 FGI에 모집된 정신보건센터 이용경험이 있는 대상자들은 의료급여대상자가 다수 있어서 취약계층에 대한 정신보건서비스의 공급이 더욱 확대되어야 함을 알 수 있었다.

본 연구에서의 아동·청소년기 이전단계에서 추진할 수 있는 정책과 프로그램의 접근성도 매우 중요한 것으로 분석되었다. 서비스를 받는 아동·청소년에게 지속적인 관리가 될 수 있도록 하는 것도 중요한 과제로 파악되었다. 한편 본 조사의 대상들 중에 지역아동센터의 서비스 수급대상인 사람이 다수 있어서 더욱 정신건강 문제에 대해 참여적인 태도를 보인 것으로 해석된다. 중상위층이나 저위험군의 아동·청소년과 부모는 정신건강 문제에 대해 알려지는 것을 원하지 않아서 오히려 문제를 크게 할 가능성이 높다는 지적도 있었다.³⁴⁾

34) 한국보건사회연구원 주관 자체 워크숍 결과임.

제 6 장

아동·청소년의 정신건강 정책 개선에 관한 델파이 조사결과

1. 조사개요
2. 1차 델파이조사 결과
3. 2차 델파이조사 결과
4. 소결

제 6 장 아동·청소년의 정신건강 정책 개선에 관한 델파이 조사결과

1. 조사개요

아동·청소년의 정신건강 정책 개선을 위한 델파이조사는 2011년 8월 20일부터 9월 15일까지 총 2회에 걸쳐 진행되었다(1차: 2011년 8월 20일~8월26일; 2차: 9월6일~9월15일). 조사대상은 소아청소년학회의 전문가 추천을 통하여 학계전문가를 선정하였고, 관련부처 공무원, 학교 위(WEE) 센터 교사, 아동·청소년 정신건강 관련 정신보건센터 사업담당자 등이 포함되었다.

2. 1차 델파이조사 결과

1) 1차 델파이 조사 개요

- 1차 조사 응답자: 초·중·고 교사, 공무원, 청소년상담원, 정신보건센터 담당자 등 11명
- 조사내용: 아동·청소년 정신건강 관련 문제 중 시급한 개입이 필요한 문제, 정신건강 문제의 영역별 보호요인, 학교 및 지역사회의 수준별 정책개선방안(학교, 교육지원청, 중앙정부, 지방정부, 민간 등)

2) 1차 델파이 조사의 주요 결과

(1) 아동·청소년 정신건강의 문제와 원인 및 보호요인

- 1차 델파이 조사결과 응답된 아동·청소년의 정신건강 관련 문제의 원인으로는 학교폭력, 교우관계,

학교환경 및 가정환경 등이 지적되었다. 개인의 정신건강 문제로는 자기문제해결능력 부족, 학습스트레스, 휴대폰·인터넷(게임)중독, 우울증, ADHD 등의 문제가 있었다.

- 아동·청소년 정신건강과 관련된 보호요인으로는 개인수준에서는 긍정적 사고와 기질, 문제해결능력, 사회적 역량, 신체적요인(신체만족도) 등이 있었다. 개인 간 요인으로는 부모자녀관계가 가장 많이 지적되었고, 부모와의 동거, 종교 활동 참여 등이 있었다. 학교차원에서의 보호요인으로는 학교의 환경조성과 학교생활만족도를 높이기 위한 학교의 노력, 교사와 학생의 긍정적인 상호관계, 전문화된 학교상담 서비스 등이 있었다. 지역사회차원의 보호요인으로는 청소년보호의 환경조성, 정신보건 서비스에의 접근성, 정신보건 서비스가 필요한 학생을 발굴하고 지원하기 위하여 지역사회기관 간 협력체계를 구축하는 것 등이 있었다.

(2) 아동·청소년 정신건강 증진 정책

가) 시도 및 시군구의 교육(지원청)차원의 정신건강 증진 정책

- 시도 및 시군구의 교육(지원청) 차원의 정신건강 증진 정책으로는 학교현장에서 정신건강 증진 사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었고, 관내 학교에서 정신건강 증진사업 확대를 위한 예산을 확보하는 방안도 제안되었다. 학교 내의 위(WEE) 센터와 정신보건센터의 연계, 교사의 연수프로그램 운영, 학부모 교육 등이 필요한 것으로 제안되었다.

나) 학교차원의 정신건강 증진 정책

- 학교차원의 아동·청소년 정신건강 증진 정책은 학생의 역량을 강화시키는 부분, 담임교사의 역량강화, 정신건강 검진사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교의 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났다.
- 아동·청소년 정신건강 문제의 보호요인으로 부모 및 가정환경의 중요성이 많이 지적된 반면 학교에서의 정신건강 증진과 관련된 정책에 부모 및 가정환경부분은 상대적으로 적게 지적되었다. 부모교육이 가장 중요한 대안으로 건의되었고, 가정환경을 지원할 수 있는 대안은 제안된 것이 없었다.
- 아동·청소년의 정신건강 역량을 지원하는 방안으로는 의무화된 정신건강 증진 보건교육, 정신건강 검진 사업 실시, 연 1회의 전담교사에 의한 개별상담 등이 제안되었다. 담임교사의 정신건강 역량강화에 대한 제안도 있었는데, 담임교사는 학생의 정신건강 문제를 조기에 발견하고 서비스와

의 연계 등에서 중요한 역할을 할 수 있기 때문이다.

다) 지방정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

- 교육청과 지방자치단체간의 협력관계를 유지하여 정신건강 증진 정책을 강화할 수 있어야 하는 과제가 있고, 저소득층 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개입 및 치료비 지원 등이 필요한 것으로 제안되었다. 또한 아동·청소년의 정신건강 증진 정책을 홍보하는 것이 중요한데, 정신건강 서비스를 이용하는 데 대한 편견을 해소하는 데 중점을 두고 도움이 필요할 때 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위함이다.

라) 중앙정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

- 아동·청소년의 정신건강 문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할 수 있는 체계구축 및 기반이 조성되어야 한다. 부처 간 연계체계강화도 가장 많은 요구도가 있는 과제이다. 기존의 정신건강 정책을 평가하고 근거기반의 정책개선이 필요하다는 지적도 있었다. 중앙과 지방자치단체의 사업 중복성 문제를 개선해야 한다는 지적도 있었으나, 사업의 중복성보다는 증가하는 정신건강 수요에 대하여 중앙과 지방이 협조연계체계를 통하여 효율적으로 대응하고 개인이 받는 서비스의 지속가능성을 확보하는 것이 중요하다는 제안도 있었다. 중앙정부 차원에서도 국가적인 차원에서 아동·청소년 정신보건사업에 대한 예산증대의 요구도가 높았다. 정신건강 증진 사업의 전문성강화도 중요한 과제로 제기되었는데, 정신건강 전문요원에 대한 처우개선 및 교육훈련을 통한 역량강화도 제안되었다.

마) 민간과의 역할

- 지역사회에서 민간의료기관 및 민간단체의 역할에 대해서는 정부정책에 대한 전문적인 조언을 할 수 있는 통로로서의 역할이 가장 중요한 것으로 제안되었다. 민간의료기관의 진료현장에서 진단되는 아동·청소년 정신건강 문제의 심각성이 조기에 공론화된다면 정보 및 위기대응체계 마련이 가능해질 것이다. 민간의료기관이 공공사업에 적극적으로 참여하도록 네트워크형성과 사회에 기여할 수 있는 사업과 활동의 개발이 필요한 과제로 제안되었다. 민간의료기관의 정신건강 검사비 및 진료비가 표준화되어야 한다는 것도 과제로 제안되었다. 민간의료기관이나 민간기관에서 제공하는 상담의 질의 관리도 표준화되어야 하는 과제로 지적되었다.

3. 2차 델파이조사 결과

초·중고 교사 3인, 정신보건센터 관계자 7인, 학술전문가 3인 등 총 13인을 대상으로 하여 중요한 정책에 대하여 1점에서 5점의 점수를 주게 하는 조사를 실시하였다. 종사하는 영역에 따라 각 차원의 시급한 정책 과제와 실효성 있는 과제에 대한 평균점수가 달랐다. 학술전문가 입장에서는 학교차원에서 학생과 교사의 역량강화를 가장 중요하게 보았고, 학교 교사는 전문상담교사 확보, 부모교육, 담임교사, 학부모, 학생의 연계 사례관리 등을 시급한 과제로 보았다. 지역사회차원에서는 중장기적인 정책적 로드맵을 가지고 지속가능한 서비스를 개발하는 것이 가장 시급한 과제인 것으로 평가할 수 있었다.

표 VI-1 학교차원의 정책 또는 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술전문가	전체
시급성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강 증진 교육 의무실시	3.17	3.86	4.33	3.81
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.43	2.00	3.46
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	4.00	3.67	3.92
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.00	4.29	3.67	4.08
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강 증진역량강화	3.67	4.43	4.33	4.23
	6	학교 WEE센터와 지역정신보건센터의 연계	3.33	3.43	4.00	3.54
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	2.86	3.67	3.15
	8	정신건강 문제 조기발견을 위한 정신건강 검진 사업의 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.00	2.86	4.00	3.15
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무협약을 통한 연계	3.33	3.86	3.67	3.69
실효성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강 증진 교육 의무실시	3.00	3.57	3.67	3.46
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.14	2.00	3.31
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	3.43	3.67	3.62
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.33	3.29	3.67	3.62
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강 증진역량강화	3.67	3.71	4.33	3.85
	6	학교 WEE센터와 지역정신보건센터의 연계	3.00	3.29	4.33	3.46
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	1.43	2.33	2.08
	8	정신건강 문제 조기발견을 위한 정신건강 검진 사업의 실시	3.00	3.00	3.67	3.15
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.67	2.57	3.67	3.08
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무협약을 통한 연계	3.67	3.71	3.67	3.69

표 VI-2 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	아동·청소년 정신건강 증진정책에 학교장의 적극적 참여를 의무화/지원	4.33	4.57	4.33	4.46
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능확대 (WEE 센터의 기능확대)	4.33	3.57	4.00	3.85
	3	학교 정신건강 증진사업을 위한 예산 확보	4.33	4.43	4.00	4.31
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.00	4.43	4.00	4.00
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강 사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.67	4.00	4.67	4.08
	6	모든 학교의 아동·청소년 정신건강 증진 역량강화 지원	4.00	3.43	4.33	3.77
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술) 수업에 대한 예산지원	3.00	2.29	3.67	2.77
	8	대안교육학교의 확대지원	3.33	2.86	4.00	3.23
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	3.67	3.57	4.00	3.69
실 효 성	1	아동·청소년 정신건강 증진정책에 학교장의 적극적 참여를 의무화/지원	4.67	4.29	3.33	4.15
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능확대 (WEE 센터의 기능확대)	4.00	3.43	2.33	3.31
	3	학교 정신건강 증진사업을 위한 예산 확보	4.67	3.57	3.33	3.77
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.33	3.71	4.33	3.77
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강 사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.33	3.57	4.33	3.69
	6	모든 학교의 아동·청소년 정신건강 증진 역량강화 지원	4.00	3.29	4.00	3.62
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술) 수업에 대한 예산지원	3.33	2.00	2.67	2.46
	8	대안교육 학교의 확대지원	3.67	2.57	3.67	3.08
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	4.00	3.00	3.67	3.38

표 VI-3 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	4.43	4.33	4.31
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.67	4.57	4.33	4.31
	3	아동·청소년 정신건강 증진 사업지원예산증대	4.67	4.43	4.33	4.46
	4	아동·청소년 정신건강 증진 정책 홍보(편견해소)	4.33	4.43	4.00	4.31
	5	지역사회 정신건강 모니터링 및 평가체계확립 및 강화	4.33	3.71	4.00	3.92
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.33	4.71	3.33	4.31
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	4.14	2.33	3.62
	8	지역사회 중장기 아동·청소년 정신건강 증진 사업 계획 수립	4.33	4.43	4.00	4.31
실 효 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	3.86	3.33	3.77
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.33	4.00	4.00	3.85
	3	아동·청소년 정신건강 증진 사업 지원예산 증대	4.67	4.00	4.33	4.23
	4	아동·청소년 정신건강 증진 정책 홍보(편견해소)	4.67	3.71	3.67	3.92
	5	지역사회 정신건강 모니터링 및 평가체계확립 및 강화	4.67	3.14	3.67	3.62
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.67	4.14	3.00	4.00
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	3.57	2.67	3.38
	8	지역사회 중장기 아동·청소년 정신건강 증진 사업 계획 수립	5.00	3.29	4.00	3.85

표 VI-4

아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.33	4.71	4.33	4.54
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	5.00	4.57	4.00	4.54
	3	아동·청소년 정신건강 정책을 위한 예산증대	4.67	4.71	4.33	4.62
	4	아동·청소년 대상 전국 정신건강 검진 사업 실시	3.33	3.29	3.67	3.38
	5	아동·청소년 정신건강 역량 강화 교사연수 의무화	4.00	4.14	4.33	4.15
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.67	4.14	3.67	4.15
	7	아동·청소년 정신건강 정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	4.29	3.67	4.15
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.33	3.57	3.67	3.54
	9	학교 정신건강 증진 교육의 의무화	3.33	4.29	4.00	4.00
실 효 성	1	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.67	4.14	4.00	4.23
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	4.67	4.00	4.00	4.15
	3	아동·청소년 정신건강 정책을 위한 예산증대	4.67	3.71	4.00	4.00
	4	아동·청소년 대상 전국 정신건강 검진 사업 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	5	아동·청소년 정신건강 역량 강화 교사연수 의무화	4.33	4.00	4.00	4.08
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.33	3.00	3.67	3.46
	7	아동·청소년 정신건강 정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	3.14	3.67	3.54
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.67	2.57	3.00	2.92
	9	학교 정신건강 증진 교육의 의무화	3.33	4.14	3.67	3.85

표 VI-5 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	4.33	4.29	3.67	4.15
	2	아동·청소년 정신건강 문제의 조기발견사업참여	4.33	3.43	3.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	3.67	3.71	3.67	3.69
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.00	4.43	4.00	4.23
	5	아동·청소년 정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.29	3.67	3.54
	6	아동·청소년 정신건강 증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.43	3.67	3.77
	7	전문화된 학교상담 서비스 지원	5.00	3.43	3.00	3.69
실 효 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	5.00	4.00	3.67	4.15
	2	아동·청소년 정신건강 문제의 조기발견 사업참여	4.67	3.71	2.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	4.33	3.43	3.33	3.62
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.67	3.86	3.33	3.92
	5	아동·청소년 정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.57	3.67	3.69
	6	아동·청소년 정신건강 증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.57	2.67	3.62
	7	전문화된 학교상담 서비스 지원	5.00	3.29	2.33	3.46

4. 소결

보건사회연구원에서 실시한 전문가 델파이조사 결과에 의하면 정신건강 문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하고 학교에서 적절한 적응상태 등이 중요한 것으로 나타났다. 아동·청소년들에게서 나타나게 되는 주요 정신건강 문제는 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등이다. 정신건강 문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력 향상이 중요한데 이를 위해서는 정신건강 향상을 위해 도움을 받을 수 있도록 하는 환경조성이 가장 중요하다. 또한 학교에서의 환경조성, 지역사회의 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었다. 즉, 학교에서는 부모-교사의 연계강화를 통해 발견과 서비스접근이 초기에 이루어질 수 있도록 하는 노력이 필요하다.

제 7 장

정책제언

1. 기본방향
2. 정부의 수준별 정책개선방향

제 7 장 정 책 제 언

1. 기본방향

세계보건기구에서는 정신건강의 정책이 스트레스를 견디어 내고 생산적으로 일할 수 있도록 하여 지역사회에 기여할 수 있도록 하는 데 초점을 두어야 한다고 권고한다. 정신건강은 개인과 지역사회를 효과적으로 기능하게 하는 기본이 된다.

아동의 정신건강은 아동기의 정상적인 발달과 많은 관련성을 가진다는 점에서 더욱 중요하다. 특히 최근에 아동의 전반적인 신체적 건강수준이 개선되지 않고 있는 상황(최근 10년 동안 비만율이 증가하고 체력이 현저하게 저하되고 있음)³⁵⁾에서 정신적 건강의 중요성은 더욱 강조되어야 할 시기이기도 하다. 정신건강 문제는 자살시도, 폭력 등의 직접적인 사망과 연결되기 때문에 그 심각성이 더 크며 사회적 폭력은 가정과 학교 모두에서 발생하고 있고, 지역사회의 안전과 국민보건에 위험요인이 되고 있기 때문이다.

아동·청소년기에 나타나는 신체적 변화는 불안감과 우울감, 반항감 등을 경험하게 하는데, 여기에 또래의 부정적인 영향과 부모의 양육태도 또는 대중매체의 부정적인 영향 등이 더해질 때 이 시기의 정서적 변화는 자기 파괴적인 부정적인 결과로 나타날 수 있다. 부정적인 결과의 예로는 흡연이나 음주와 같은 물질남용, 폭력, 성관계 및 십대임신, 자살시도 등이 있다. 또한 청소년시기에 심각한 정신질환이 발생할 위험도 존재하는데, 정신분열증의 1/3 가량은 청소년 후기(17~25세)에 발생한다는 보고도 있다.

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책적 접근에서 첫 번째 과제는 건강한 발달과 더불어 건강한 정신건강을 영위할 수 있도록 여건을 조성하고 도와주는 것이다, 두 번째 과제는 정신질환의 조기발견과 조기치료를 위하여 정기적인 정신건강 검진과 치료에의 접근성 확보가 될 것이다. 더불어 아동·청소년의

35) 교육과학기술부(2011). 2010년도 학교건강검사 표본조사결과, 2011. 6.8(수); 교육과학기술부(2011). 학생체육활동활성화 방안마련, 2011.6.22(수).

정신건강 증진을 도와주기 위해서는 아동·청소년의 정신건강에 영향을 주는 요인들에 대하여 대국민 홍보와 직·간접적인 지원정책을 펴야 할 것이다.

청소년기의 정신건강 수준은 연령증가, 학년증가와 더불어 저하되는 경향이 있고, 특히 중학교 이후 시기부터 전반적인 정신건강 수준이 급격히 저하되는 것으로 나타났다. 서울경기지역 중고생 6,411명을 대상으로 한 연구³⁶⁾에 의하면 정신건강의 향상은 단순히 병리적 증상을 없애는 것으로는 가능하지 않으며 정서적 안녕감의 경험과 심리적 자원³⁷⁾확보가 중요하다고 하였다.

청소년의 우울불안, 공격성, 학업성취도 등의 정신건강 요소를 중심으로 한 연구에서는 부모의 양육태도, 사회경제적 수준 등이 영향을 줄 수 있는 것으로 나타났다. 한편, 지속빈곤은 이 지표들에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 분석된 반면, 일시적 빈곤은 학업성취도에 영향을 주는 것으로 분석된 바 있다.³⁸⁾

□ 사전예방적인 학생 정신건강 증진을 위해 종합적으로 대처하기 위한 중장기적 로드맵 필요

학생의 정신건강을 지원하기 위해서는 전체적인 학교건강증진사업에서 정신건강 증진에 대한 부분이 함께 계획되어야 한다. 학생 정신건강 검진 및 학생 정신건강을 위한 정책, 서비스에 대해서 모든 교사들이 충분히 이해하고 정책과 사업추진을 협조할 수 있도록 역량이 강화되어야 한다. 이를 위해 중장기적인 학생 정신건강 증진 정책이 계획되고 추진되어야 한다.

□ 정확한 근거마련을 위한 모니터링 시스템 구축

우리나라에서 5년마다 실시하는 정신질환실태 역학조사는 18~64세 성인을 대상으로 하고 있다. 아동·청소년을 대상으로 하는 정신질환 역학조사는 없기 때문에 우리나라 아동·청소년의 정신보건에 대한 정확한 통계치도 알 수 없는 실정이다. 따라서 우리나라 아동·청소년의 정신건강이 어떠한지를 객관적으로 보여줄 수 있는 모니터링 시스템 구축이 시급하다.

36) 박동혁(2007). 예방과 촉진을 위한 청소년 정신건강모형의 탐색, 아주대 대학원 심리학과 박사학위논문.

37) 주관적 안녕감을 발생시키는 심리적 자원은 사회적 자원(친사회적 행동, 친밀한 대인관계, 사회적 기술)과 개인적 자원(목표지향성, 기능적 사고, 자기조절, 긍정적 자기개념)으로 분류하였는데, 사회적 자원은 정신건강향상과 스트레스저항능력, 신체적 건강과 관련이 높다고 한다(박동혁, 2007).

38) 김광혁(2011). 빈곤이 아동발달에 미치는 영향의 차이: 한국복지패널과 한국청소년패널의 차이 비교, 제4회한국복지패널 학술대회자료집, 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2011.

□ 정신건강 증진을 위한 평생건강관리 개념도입 필요

아동·청소년 정신건강 문제는 조기발견하여 관리하는 것이 가장 중요한 과제이며 영유아기, 취학 전 아동기의 정신건강 문제 조기발견이 선행되어야 한다. 또한 정신보건 등록사업대상 아동의 30%가 의료급여대상인 바 지속가능한 서비스를 형평성 있게 공급하는 방안을 마련하는 것이 시급하다.

□ 학생 정신건강 검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소

학생 정신건강 검진에 대한 취지와 내용에 대하여 학생과 학부모가 정확히 인지할 수 있도록 홍보가 필요하다. 학교에서 학생의 정신건강 문제에 대한 상담 서비스가 신뢰할 수 있고 편견 없이 이용할 수 있는 서비스가 되도록 여건을 조성하고 홍보하여야 한다. 이 문제는 단기간에 해결할 수 없을 것이며 중장기적인 홍보방안이 필요하고 모든 교직원과 학부모의 협조, 사회적 분위기 조성이 필요하다.

□ 저위험군을 위한 우울증과 스트레스관리를 위한 교육과 상담 서비스 개발

아동·청소년의 정신건강 증진을 위해서 고위험군의 선별도 중요하지만 예방적인 차원의 서비스 개발 또한 중요하다. 경미한 우울감이나 스트레스를 관리하는 것을 도와주기 위해서는 보건교육과 상담, 학교차원의 환경조성이 필요할 것으로 예상되며, 특히 스트레스 관리를 위한 다양한 신체활동증진의 기회를 줄 수 있도록 해야 한다.

□ 부모자녀관계 지원정책 강화

학교 및 지역사회의 정신건강 증진 정책은 포괄적으로 부모자녀의 정신건강 증진을 지원할 수 있어야 한다. 스트레스 및 우울 등을 경험하는 자녀에 대해 부모가 적절히 대처해 줄 수 있도록 부모교육과 기술적 지원정책이 필요하다.

부모자녀의 정신건강 문제를 지원해줄 수 있는 정책이나 사업은 지역정신보건센터나 민간기관에서 부모가 자녀와 함께 치료를 받는 서비스를 강화함으로써 가능할 수 있다. 한편 지역정신보건센터나 민간기관에서의 상담의 질에 대해 부모들은 민감하므로 서비스의 질적 관리 및 개선이 필요하다.

□ 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계 개선

정부와 공공기관에서는 아동·청소년의 정신건강 문제를 개선하기 위하여 많은 노력을 해왔으나,

현재까지의 아동·청소년 정신건강 정책이 공급자중심으로 추진되어 왔다고 할 수 있다. 공급자 중심의 정책은 미충족 수요를 증가시킬 우려가 있고, 변화하는 정신건강 문제에 효율적으로 대처하기 어렵게 한다.

본 연구에서 학생과 학부모대상의 FGI인터뷰 결과 조기발견과 조기치료의 요구도가 높게 나타났다. 교급이 높아질수록 학생의 정신건강 수준은 저하될 가능성이 높은 반면 조기발견과 정신건강 서비스의 접근성은 더 낮아지는 경향이 있는데, 교급이 높아질수록 학교에서의 정신건강 정책에 대한 우선순위가 낮은 것도 원인이 된다.

- 초등학교 : 조기발견과 지속적인 관리에 대한 요구가 가장 높은 시기이다. 학교담임교사를 비롯한 교직원의 이해도가 높아야 한다. 이를 위해 교직원과 부모교육이 중요하다. 초등학교 이전에 조기발견하여 치료가 연계되도록 하는 것이 가장 필요하다.
- 중학교 : 사춘기를 경험하는 청소년들과 부모의 갈등이 증가하는 시기이므로 학생과 부모를 지원해줄 수 있는 서비스의 보급증가가 필요하다. 저소득층 정신질환 학생의 지속적 치료지원이 필요하다. 또한 중류층이지만 정신건강 서비스에 대한 사회적 편견 등으로 이용하지 않는 대상이 많으므로 정신건강 검진을 통해 선별된 대상 중 지속적 관리가 필요한 대상에 대한 관리와 개인정보보호가 필요하다. 특히 개인정보 보호는 정신건강 상담의 신뢰도를 높이기 위해서도 중요한 과제이다.
- 고등학교 : 진학준비, 취업준비 등으로 학생과 부모가 많은 스트레스를 경험하고 학생과 부모의 의사소통이 줄어드는 동시에 친구나 선배와 더 의사소통을 할 가능성이 높은 시기이다. 따라서 가정에서 부모자녀 간 관계의 개선과 학생의 정신건강 증진을 위한 교육과 홍보, 가이드라인이 필요하다.

□ 민간기관의 협조

민간기관 협조체계의 필요성은 많은 건강증진전문가들이 지적하지만 실제로 구체화되지 않는 경우가 많다. 공공부문의 자원이 제한되어 있고, 아동·청소년 정신건강 서비스를 위한 자원은 더욱 제한되어 있기 때문에 민간기관의 참여는 활성화될 필요가 있다. 정신질환의 치료지원과 정신건강 서비스의 조정, 정신건강 서비스의 평가와 감시, 교육, 상담 등 여러 분야에서 전문적인 기술지원과 기부가 가능하도록 기회를 확보해야 한다(배상수 등, 2011).

2. 정부의 수준별 정책개선 방향

1) 학교 정신보건정책의 과제

학교에서의 보건사업은 포괄적인 건강증진사업으로 변화하고 있다. 따라서 정신건강 사업도 전체적인 학교건강증진사업안에서 예방과 증진, 질환의 조기발견 및 관리, 치료연계 등으로 추진해야 한다. 학생 문제의 대부분이 정신적인 문제와 관계있음을 인지하고 정규 수업과 비정규 활동 등에서 정신건강 증진을 위해 보다 노력을 기울일 때, 건강증진 학교, 금연 시범학교, 폭력 없는 학교, 신나는 학교를 위한 노력이 시작되고 그 결과 학생들의 학력향상과 건강증진이 달성될 것이다.

첫째, 각 학교별 정신건강 증진 사업을 위한 연간예산확보와 사업계획이 마련되어야 한다. 사업계획은 중장기적인 정책로드맵 하에서 각 학교별로 마련될 수 있도록 교육청 및 교육부와 보건복지부, 지방자치단체의 협조가 필요하다. 각 학교에서는 학생 정신건강 증진을 위한 중장기/ 연간 목표를 세우고 평가하도록 한다. 학교별 사업계획은 정신건강 문제를 인식하고 해결을 위해서 필요한 서비스를 이용하는 데 대한 정보제공과 편견해소에 중점을 두도록 해야 한다. 이를 위해 정규적인 교육과정뿐만 아니라 비정규교육과정에서도 정신건강 증진에 대한 교육이 필요하다.

또한 학교차원에서 아동·청소년의 정신건강 문제에 관심을 높이기 위해서 전 교직원을 대상으로 하는 역량강화훈련이 필요하고, 학부모에게도 적극적으로 정보를 제공하며 학부모 연수기회를 제공하는 것이 바람직 할 것이다. 학교 정신건강 증진 사업은 교사와 학부모, 학생이 모두 참여할 수 있도록 해야 하고 지역사회와 민간기관과 언론홍보기관의 협조가 있어야 한다. 학교에서 정신건강 문제를 논하고 상담을 하는 것에 대해서는 아직 정보가 부족하고 잘못된 인식과 편견이 많이 때문에 이것을 해소하기 위해서 학교차원의 적극적인 노력이 필요하다.

둘째, 학교에서의 정신건강 정책으로서 중요한 것 중 하나는 고위험군 및 정신질환자의 선별관리이다. 이를 위해서는 교육청에서 실시하는 정신건강 검진 사업에 대한 신뢰성과 타당성이 확보되어야 한다. 또한 사업을 실시하는 측면에서는 홍보가 극대화되어야 하고 효율적으로 운영될 수 있도록 학교 지원과 학부모의 협조가 필요하다. 학생 정신건강 검진을 위한 담당인력의 역량강화도 필요하다.

셋째, 정신건강 증진을 위한 학교의 환경적 지원이 필요하다. 저소득층 정신질환 아동·청소년의 지속적 관리가 될 수 있도록 학교측의 지원과 협조가 필요하며, 학교에서의 상담 서비스를 이용하는 학생에 대한 개인정보를 철저하게 보호하는데 주의를 기울여야 할 것이다.

2) 시도 및 시군구 교육(지원)청차원의 정신보건정책 과제

관내 학교에서 학교 정신건강 증진 사업을 수행할 수 있도록 예산을 지원하고 사업을 평가하는 기전이 필요하다. 학생들의 정신건강 증진을 위해서는 모든 학교장들이 아동·청소년 정신건강 증진 정책에 적극적으로 참여할 수 있도록 해야 하며, 아동·청소년 정신건강 문제의 중요성과 잘못된 인식, 편견해소에 앞장설 수 있도록 해야 한다. 또한 아동·청소년의 정신건강 문제를 조기발견하고 조기개입을 할 수 있는 위 센터(WEE)와 관내 정신보건센터와 연계를 강화하도록 지원해야 한다.

아동·청소년의 정신건강 문제를 선별해주는 정신건강 검진 사업에서 가장 중요한 것 중 하나는 학부모가 자신의 아이의 정신건강을 중요시하고 문제가 있을 때 올바른 해결방법을 아는 것이다. 혹시 학부모가 발견하지 못한 문제를 교사가 발견한 경우 잘 받아들이고 교사와 협력해서 학생을 적절히 돕는 것이 이상적이다. 이를 위해 정신건강 교육을 규칙적으로 받을 수 있도록 의무화해야 한다. 정신건강 상담인력의 교육훈련이 중요하고 학생의 개인정보보호에 대하여 철저한 교육이 필요하다. 자원봉사인력에 대해서도 적절한 교육훈련이 필요하고 관리되어야 한다.

3) 지방정부 차원의 정책

지방정부는 관내 아동·청소년의 전반적인 정신건강 증진을 위한 계획을 수립하고 포괄적인 지원을 해야 한다. 이를 위해 매년 아동·청소년 정신건강 증진 사업 계획을 수립하고 학교와 교육(지원)청, 정신보건센터, 관내 민간기관과 원활한 교류를 할 수 있도록 지원해야 한다. 미충족 정신보건서비스 요구를 해소하기 위하여 특히 저소득 가정의 아동·청소년 정신건강 치료비 지원이 확대되어야 한다. 또한 고위험집단의 아동, 저소득층가족의 아동에 대하여 조기에 정신건강 문제를 개입할 수 있도록 발견과 사례관리, 연계 등 세부적인 지원을 확대하기 위해 예산을 마련해야 한다.

공공과 민간이 연계될 수 있도록 하는 노력도 필요하다. 아동·청소년 정신건강 문제의 조기발견과 도움을 줄 수 있도록 자원봉사인력을 활용하고, 전문적인 서비스의 지원이 가능하도록 기회와 인센티브를 주도록 해야 한다.

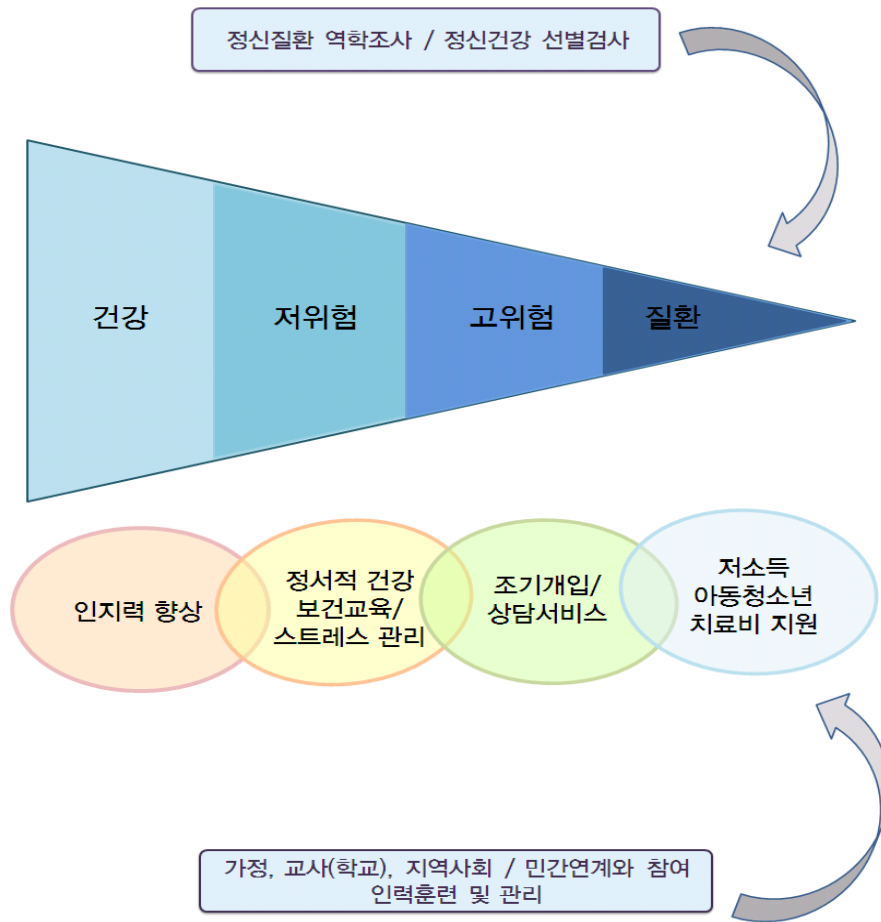
4) 중앙정부 차원에서의 정책개선 방안

아동·청소년의 정신건강과 관련된 문제를 다루는 기관은 교육과학기술부, 보건복지부, 여성가족부 등이 있다. 보건복지부에서는 국민건강증진차원에서 중장기적 보건계획을 마련하는 기관이므로 아동·청소년의 정신건강 증진에 대한 중장기적인 로드맵을 제시해야 한다. 이를 위해서는 모니터링 체계를 확립하는 것이 시급하고, 지속가능한 관리체계의 수립이 가능하도록 근거중심의 정보관리체계를 만들어야 할 것이다.

아동·청소년의 정신건강 증진을 위해서 필요한 사항에 대해서 관련 부처에서 협력할 수 있는 방안과 예산지원도 필요하다. 정신건강 문제 및 정신질환이 발견된 아동·청소년에게 지속가능한 치료서비스가 지원될 수 있도록 정신보건센터의 사업을 확대 지원해야 할 것이다. 또한 저소득층 아동에 대한 치료지원 확대와 고위험군에 대한 지속적인 사후관리 등도 필요하다.

아동·청소년의 정신건강 수준을 적절하고 정확하게 모니터링하고 정책성가를 평가하는 평가체계가 있으므로 중복되지 않도록 조정해야 할 것이다.

그에 더하여, 교육과학기술부에서 실시하는 학생 정신건강 검진 사업이 활성화되고 효과적으로 운영될 수 있도록 지원해야 할 것이다. 현재의 운영체계와 사후관리, 가용자원관리가 되지 않고 있는 상황이므로 조속한 개편이 필요하다. 정신건강 문제의 조기발견을 위해 대안적인 방법으로는, 현행 구강검진사업과 같이 학생 정신건강 검진 사업도 모든 학생들이 정신과 외래를 연 1회 방문하여 필요한 검사와 의사의 면담을 받게 하는 방법, 상담센터나 정신보건센터에 의뢰된 학생 중 고위험군 학생들은 반드시 정신과 의사에게 진료하게 하는 방법, 소아청소년과에서 매년 정신건강 검진 후 정신과적인 문제 학생을 정신과에 의뢰하는 방법 등을 추진할 수 있다. 그리고 각 부처의 정책과 사업내용에 대하여 홍보하고, 정신질환에 대한 편견해소 등 홍보에도 주력해야 할 것이다.



【그림 VII-1】 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책

참 고 문 헌

참 고 문 헌

- 곽영숙(역자)(2000). 행동장애 어린이를 돕는 기술: 부모와 치료자를 위한 지침서. 하나의 학사.
- 곽영숙 · 박순영(역자)(2008). 소아청소년 정신보건증진: 개념과 실제. Mental health promotion and Young people, concepts and practice by Rowling, L., Martin, G., & Walker L. 도서출판 하나의학.
- 김봉년 · 김수진 · 김재원 · 김현수 · 손정우 · 신윤미 · 강미영 · 김현화(2009). 전국 지역 정신보건센터에서의 소아청소년사업을 위한 기본사업모델 및 사업표준가이드 라인과 프로토콜 개발연구. 서울대학교, 건강증진사업지원단.
- 김윤 · 이명수 · 이선영 · 강상경 · 곽영숙 · 김경희 · 김명식 · 남윤영 · 문용훈 · 박종익 · 백종우 · 서규동 · 이영문 · 이진석 · 조근호 · 이계성 · 이은정 · 김명정(2010). 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015) 수립. 서울대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 김윤 · 이선영 · 오무경 · 이은정 · 강미영(2009). 정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계 개발. 서울대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 박순우 · 한명수 · 최은진 · 김종연 · 배지숙(2009). 학교흡연예방 활동의 활성화방안 연구. 대구가톨릭대학교, 건강증진사업지원단.
- 박효정 · 안동현 · 김현정 · 현미나 · 김윤영 · 이혜숙 · 남동현 · 김상원 · 이윤희(2008). 2008 학생정신건강검진 시범운영사업결과 및 추진방안연구. 교육과학기술부, 한국교육개발원.
- 배상수 등(2010). 국민건강증진종합계획 2010 평가(건강증진연구사업 정책10-44). 한림대학교, 건강증진사업지원단.
- 변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 강민희 · 손창균 · 최미영 · 오혜경(2009). 2008년 장애인실내

- 조사. 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부(2009). *아동·청소년백서*.
- 서울시소아청소년정신보건센터, 2011서울정신건강포럼, 학교란 무엇인가?, 포럼자료집, 2011.5.20(금). 14:00-18:00
- 신윤정, 최은진(2004). *청소년의 항정신성 유해약물 중독예방 및 치료프로그램 연구*, 한국청소년개발원, 한국보건사회연구원.
- 안동현·정승아·조재일·정선녀·정윤경·김경숙·김윤영·최민정(2006). *청소년 부교재 및 정신건강 선별검사도구 개발연구에 관한 연구*. 한양대학교, 건강증진사업지원단.
- 유근춘·임완섭(2011). *소아청소년과 운영의 중장기 발전방안연구-외래진료를 중심으로*. 한국보건사회연구원 정책보고서(2011-25).
- 이진석·이선영·김명정·최혜원·한혜민(2011). *학생정신건강관리 체계운영실태분석을 통한 문제점 확인 및 개선방안연구*. 서울대학교 산학협력단, 충청북도교육청.
- 정영숙·이정렬·이춘옥(1999). *세계보건기구의 건강증진학교를 근거로 한 우리나라 초등학교 건강증진전략구축*. 건강증진사업지원단, 전북대학교.
- 정진욱·이수형·천재영·김지은·백종우·서동우·강은정(2010). *의료인을 통한 자살 예방체계구축방안연구*. 보건복지부, 한국보건사회연구원
- 질병관리본부(2010). 2009 청소년건강행태온라인조사통계.
- 질병관리본부(2010). 2009 국민건강통계.
- Buchanan, A., & Hudson, B. L. (Eds.) (2000). *Promoting children's emotional well-being*. Oxford University Press, p. 35.
- Department of Health(UK), *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*, edited by Knapp M., McDaid D. & Parsonage M., Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, April, 2011.
- Department of Health(UK) (2004). *The Mental Health and Psychological Well-being of Children and Young People*.
- Jessor, R. & Jessor S.L.(1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development*, New York: Academic.

- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health Promotion; planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Leitch, K. K. (2007). *Reaching for the top. A report by the advisor on healthy children & youth*, Health Canada.
- Norweifian Directorate of Health (2010). 노르웨이건강증진보고서, *Health Promotion-achieving good health for all*. www.helsedirektoratet.no



부 록

부 록

아동청소년 정신건강증진정책에 대한 델파이조사(1차)

안녕하세요?

한국보건사회연구원에서는 “아동청소년 정신건강증진정책개선”연구의 일환으로 아동청소년의 정신건강증진정책개발을 위한 델파이조사를 실시하고 있습니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내시어 아래의 질문에 답해 주시기 바랍니다.

* 본 연구에서 아동청소년의 범위 : 초등학교 4학년-고등학교3학년

(근거 : 청소년은 청소년기본법제3조에 의거 “9세 이상 24세 이하의 자”이며, 아동은 아동복지법제2조에 의거 18세미만의 자에 해당, 본 연구에서는 초등학교 고학년에서 고등학교의 범위로 한정함)

담당자 : 한국보건사회연구원 최은진 연구위원(02-380-8249)

※ 응답 보내실 이메일 주소 : eunjin@kihasa.re.kr

A. 아동청소년 정신건강문제의 유형과 보호요인

1. 아동청소년의 정신건강문제의 원인으로 중요하고 정책적 개입이 시급하다고 생각하는 것을 다섯 가지 이내로 적어 주십시오.

예: ① 술, 담배 등 약물남용, ② 핸드폰, 인터넷, 게임중독

③ 자기문제 해결능력(분노 및 충동조절문제, 자살시도, 자해) ④ 성문제

⑤ 따돌림 등 학교폭력 ⑥ ADHD ⑦ 섭식문제 ⑧ 우울증 ⑨ 학업스트레스 ⑩ 부모자녀관계 ⑪ 학교환경 ⑫ 주거환경

2. 아동청소년의 정신건강문제와 관련된 보호요인 중 가장 중요하다고 생각하시는 것을 영역별로 적어주시기 바랍니다(O 표시 또는 추가적인 의견을 적어주시기 바랍니다).

영역	보호요인의 사례	응답
개인	긍정적 기질/긍정적 사고	
	지능	
	문제해결능력 /사회적 역량(competence)	
	종교적 참여	
가족	가족의 규모(소가족/대가족)	
	부모와의 동거여부 (이혼, 사별 등)	
	부모자녀관계(상호지지관계)	
	형제자매와의 우호적 관계	
	부모의 적절한 규율과 감독	

학교	학교생활만족도를 높이려는 학교의 노력	
	전문화된 학교상담서비스	
	학교환경 정책	
지역사회	정신보건센터의 서비스	
	지역사회의 민간의료기관	
	청소년보호환경 조성	

B. 아동청소년의 정신건강증진을 위한 주요 정책방안에 대한 제안

아동청소년의 정신건강증진을 위하여 학교와 중앙정부, 지방정부, 교육청, 민간기관 등 부문별로 필요한 노력이나 서비스에 대하여 답하여 주시기 바랍니다.

(정책사례: 학교에서 정신건강전담인력 확보, 아동청소년 대상 정신건강검진사업의 전국 실시, 학교 교사의 역량강화, 부모교육, 부모자녀관계 조기개입정책, 학교와 정신보건센터의 연계체계 강화, 아동청소년 정신건강증진정책홍보(편견해소 포함), 민간의료기관의 공공사업참여, 정신건강관련 바우처 제도의 확대, 정신건강의 모니터링 및 평가체계의 확립 및 강화, 부처간 정책의 연계체계 구축, 정신건강정책을 위한 예산증대)

1. 아동청소년의 정신건강증진을 위하여 학교 차원에서 필요한 노력이나 서비스에 대하여 5가지 이내로 적어 주십시오.

2. 아동청소년의 정신건강증진을 위하여 시도 및 시군구의 교육(지원)청 차원에서 필요한 노력이나 서비스에 대하여 5가지 이내로 적어 주십시오.

3. 아동청소년의 정신건강증진을 위하여 지방정부차원에서 필요한 노력이나 서비스에 대하여 5가지 이내로 적어 주십시오.

4. 아동청소년의 정신건강증진을 위하여 중앙정부 차원에서 필요한 노력이나 서비스에 대하여 5가지 이내로 적어 주십시오.

5. 아동청소년의 정신건강증진을 위하여 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원에서 필요한 노력이나 서비스에 대하여 5가지 이내로 적어 주십시오.

C. 다음 질문에 답하여 주시기 바랍니다.

1. 성명 :

이메일 주소 _____

2. 출생년도 : 19__ 년

3. 소속기관명 :

4. 직업 : 교수(), 교사 (), 사업담당자 (), 기타 ()

5. 현 업무(연구 또는 사업) 종사기간 : 총 ____ 년 ____ 개월

6. 최종졸업학교 :

- ☐① 전문대졸 ☐② 대학졸 ☐③ 대학원졸(석사)
☐④ 대학원졸(박사) ☐⑤기타 _____

=====

아동청소년 정신건강증진정책에 대한 델파이조사(2차)

=====

안녕하세요?

한국보건사회연구원에서는 “아동청소년 정신건강증진정책개선”연구의 일환으로 아동청소년의 정신건강증진정책개발을 위한 델파이조사를 실시하고 있습니다. 1차 델파이조사를 응답해주신데 감사드리며, 바쁘시지만 잠시 시간을 내시어 아래의 2차 델파이 설문에 답해 주시기 바랍니다.

* 본 연구에서 아동청소년의 범위 : 초등학교 4학년-고등학교3학년

(근거 : 청소년은 청소년기본법제3조에 의거 “9세 이상 24세 이하의 자”이며, 아동은 아동복지법제2조에 의거 18세미만의 자에 해당, 본 연구에서는 초등학교 고학년에서 고등학교의 범위로 한정함)

담당자 : 한국보건사회연구원 최은진 연구위원(02-380-8249)

※ 응답 보내실 이메일 주소 : eunjin@kihasa.re.kr

=====

*아래 질문에 “3년 이내 추진해야할 시급성”과 “실효성”에 대하여 응답하여 주시기 바랍니다.

1. 학교차원의 정책 또는 서비스

① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분		시급성	실효성
1)	각급 학교에서 학생대상 정신건강증진 교육 의무 실시		
2)	학교 정신건강 전문상담교사 확보		
3)	부모교육(역량강화) 실시		
4)	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리		
5)	모든 교사의 아동청소년 정신건강증진역량강화		
6)	학교WEE센터와 지역정신보건센터의 연계		
7)	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정		
8)	정신건강문제조기발견을 위한 정신건강검진 사업의 실시		
9)	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시		
10)	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무협약을 통한 연계		

추가 의견 :

2. 아동청소년의 정신건강증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스

① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분		시급성	실효성
1)	아동청소년 정신건강증진정책에 학교장의 적극적 참여를 의무화/지원		
2)	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능 확대(WEE센터의 기능 확대)		
3)	학교정신건강증진사업을 위한 예산 확보		
4)	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화		
5)	교사 및 학부모 대상 정신건강사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시		
6)	모든 학교의 아동청소년정신건강증진 역량강화 지원		
7)	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술)수업에 대한 예산지원		
8)	대안교육 학교의 확대지원		
9)	지역사회 전문기관의 참여 지원		

추가 의견 :

3. 아동청소년의 정신건강증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스

① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분		시급성	실효성
1)	교육청-지자체의 협력관계유지		
2)	지역정신보건센터에 대한 지원 확대		
3)	아동청소년정신건강증진사업지원예산증대		
4)	아동청소년 정신건강증진정책홍보(편견해소)		
5)	지역사회정신건강 모니터링 및 평가체계확립 및 강화		
6)	저소득가정 아동청소년 정신건강 치료비 지원 확대		
7)	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)		
8)	지역사회 중장기 아동청소년정신건강증진사업계획 수립		

추가 의견 :

4. 아동청소년의 정신건강증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스

① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분		시급성	실효성
1)	아동청소년정신건강증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)		
2)	부처별 정책과 사업의 연계 강화		
3)	아동청소년정신건강정책을 위한 예산증대		
4)	아동청소년대상 전국 정신건강검진사업 실시		
5)	아동청소년정신건강역량강화 교사연수 의무화		
6)	부모자녀관계 조기개입정책		
7)	아동청소년 정신건강정책 홍보(편견해소 포함)		
8)	법제도 정비(학력인정의 다양화)		
9)	학교 정신건강증진 교육의 의무화		

추가 의견 :

5. 아동청소년의 정신건강증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스

① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분		시급성	실효성
1)	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수		
2)	아동청소년정신건강문제의 조기발견사업참여		
3)	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원		
4)	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)		
5)	아동청소년정신건강의 모니터링 및 평가		
6)	아동청소년 정신건강증진 홍보(편견해소 포함)		
7)	전문화된 학교상담서비스 지원		

추가 의견 :

응답자 성명 :

*** 감사합니다***

ABSTRACT

**A study on mental health improvement policy for children and adolescents
: Current state of mental health enhancement policy and future plan**

1. Purpose of research

- Suggest improvement plan in the aspect of generalness, accessibility, and containedness by analyzing demand of children and adolescents' mental health and national and international government policies relating to mental health in the aspect of prevention.

2. Research contents and method

- Collect national and international policies materials
- FGI interview meeting with children, adolescents, and parents.
- Delphi investigation aiming at experts / conduct its own workshop
- Analysis of national superb cases / conduct its own workshop

3. Research result

- Lack of promotion in school regarding students' mental health examination and service.
- Need for thorough personal information management since prejudice on the consult and mental health service of school regarding mental health is the element to decrease accessibility.
- Demand of support policy on the mental health of children in the high risk group (low income family) is high but accessibility and sustainability are problems. Need to prepare plan to acquire enough resources.
- Need of diverse man power for early detection and service connection to strengthen the support policy of relationship between parents and children.

4. Expected effectiveness

- Improve children and adolescents' mental health.
- Reduce main mental health problems such as suicide, violence, and so on.
- Usage to policy model development.

Key words: children and adolescents' mental health promotion policy, Delphi investigation, FGI investigation

2011년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

- 11-R01 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅱ : 청소년수련관을 중심으로 / 김형주·임지연·한도희·김영애·김혁진·김인규
- 11-R01-1 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅱ : 청소년수련관 평가편람 / 김형주·임지연·한도희·김영애·김혁진·김인규
- 11-R02 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발 연구Ⅰ / 이기봉·김현철·윤혜순·송민경
- 11-R03 청소년수련시설 인증방안 연구 : 청소년수련관·청소년문화의집을 중심으로 / 맹영임·조혜영·김민·김영호
- 11-R04 지역사회중심 청소년공부방 운영 활성화 방안 연구 / 이유진·김영지·김진호·이용고·조아미
- 11-R04-1 지역사회중심 청소년공부방 운영 활성화 방안 연구 : 청소년공부방 현황보고서/ 이유진·김영지
- 11-R05 가족유형에 따른 아동·청소년 생활실태 분석 및 대책연구Ⅰ / 성윤숙·김영한
- 11-R05-1 가족유형에 따른 아동·청소년 생활실태 분석 및 대책연구Ⅱ : 한부모·조손가정을 중심으로 / 성윤숙·김영한
- 11-R06 한국 아동·청소년 종합통계체계 구축 연구 / 김기현·김창환
- 11-R07 다문화가족 아동·청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅱ / 양계민·김승경·박주희
- 11-R08 취약계층 아동·청소년 종단조사Ⅱ : 지역아동센터, 청소년방과후아카데미, 양육시설 이용 아동·청소년을 중심으로 / 황진구·이혜연·유성렬·박은미
- 11-R09 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ / 김경준·오해섭
- 11-R09-1 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년의 지역사회참여 패러다임 전환을 위한 멘토링 활성화 정책 방안 / 김경준·오해섭
- 11-R09-2 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년멘토링 시범사업 운영 및 효과측정 / 김경준·오해섭·정익중
- 11-R09-3 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년 멘토링 운영 매뉴얼 / 김경준·오해섭
- 11-R09-4 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년멘토 훈련프로그램 개발 / 김경준·오해섭
- 11-R10 한국아동·청소년패널조사 2010Ⅱ 사업보고서 / 이경상·백혜정·이종원·김지영
- 11-R10-1 한국아동·청소년패널조사 2010Ⅱ 기초분석보고서 : 청소년의 활동참여 실태 / 이경상·백혜정·이종원·김지영·서우석
- 11-R11 한국 아동·청소년 인권실태 연구Ⅰ / 임희진·김현신
- 11-R11-1 한국 아동·청소년 인권실태 연구Ⅰ : 2011 아동청소년인권실태조사 통계 / 임희진·김현신·강현철
- 11-R12 청소년 국제교류정책 현황 분석 및 발전방안 연구 / 윤철경·이민희·박선영·박숙경·신인순

- 11-R12-1 청소년의 국제교류활동 참여효과에 대한 인식 연구 / 박숙경 · 김소희 · 오세정
- 11-R13 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구 I : 총괄보고서 / 최창욱 · 임영식 · 이인재 · 박균열 · 박병기
- 11-R13-1 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구 I : 도덕적 감수성 / 박균열 · 홍성훈 · 서규선 · 한혜민
- 11-R13-2 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구 I : 도덕적 판단력 / 이인재 · 김남준 · 김항인 · 류숙희 · 윤영돈
- 11-R13-3 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구 I : 도덕적 동기화 / 박병기 · 변순용 · 김국현 · 손경원
- 11-R13-4 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구 I : 도덕적 품성화 / 이인재 · 김남준 · 김항인 · 류숙희 · 윤영돈

협동연구과제

- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-31-01 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구 II : 총괄보고서 / 안선영 · 김희진 · 박현준 (자체번호 11-R21)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-31-02 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구 II : 성인기 이행의 성별차이 연구 / 장미혜 · 정해숙 · 마경희 · 김여진 (자체번호 11-R21-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-31-03 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구 II : 취약위계계층 청년의 성인기 이행에 관한 연구 / 은기수 · 박건 · 권영인 · 정수남 (자체번호 11-R21-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-32-01 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 총괄보고서 / 최인재 · 모상현 · 강지현 (자체번호 11-R22)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-32-02 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 조사 결과 자료집 / 최인재 · 모상현 · 강지현 (자체번호 11-R22-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-32-03 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 아동 · 청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 연구 / 최은진 · 김미숙 · 김지은 · 박정연 (자체번호 11-R22-2)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-32-04 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 아동 · 청소년 정신건강 관련 법 · 제도 현황 및 개선방안 연구 / 이호근 · 김영문 · 정혜주 (자체번호 11-R22-3)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-33-01 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구 I : 총괄보고서 / 장근영 · 박수익 (자체번호 11-R23)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-33-02 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구 I : 2011 민주시민 역량실태 조사 / 장근영 · 박수익 (자체번호 11-R23-1)
- 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 11-33-03 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구 I : 민주시민역량 교육환경 및 효과 / 김태준 · 이영민 (자체번호 11-R23-2)

수 시 과 제

- 11-R14 창업,기업가정신 및 기업의 사회적 책임에 대한 청소년의 인식 : 한국-핀란드 비교연구 / 안선영 · 김희진
- 11-R15 한 · 중 · 일 · 미 교교생 진로 및 유학의식에 관한 국제 비교조사 / 이경상 · 임희진 · 김진숙
- 11-R16 청소년활동 개념 재정립에 관한 연구 / 권일남 · 최창욱

- 11-R17 청소년 친화마을 조성방안 연구 / 황옥경 · 김영지
- 11-R18 소년원생의 출원 후 생활실태 및 욕구조사 / 이유진 · 조윤오
- 11-R19 저소득층 아동 · 청소년의 체육활동 참여 실태 연구 / 이기봉 · 권순용 · 박일혁
- 11-R20 지역사회 청소년 진로체험 활성화 및 연계협력방안 연구 / 김기현 · 맹영임

수 탁 과 제

- 11-R25 청소년정책평가분석센터 / 김기현 · 최창욱 · 김형주
- 11-R26 중국인과 한국인의 상대국에 대한 인식과 태도 연구 : 청소년을 중심으로 / 윤철경 · 오해섭
- 11-R27 청소년 동아리활동 인증방안 연구 / 맹영임 · 조남익 · 손의숙
- 11-R28 2011 학교문화선도학교 운영 보고서 / 김영지 · 김경준 · 성윤숙 · 이창호
- 11-R29 2011 청소년수련시설 종합평가 결과보고서 : 청소년수련원, 유스호스텔 / 황진구 · 김기현 · 모상현
- 11-R29-1 2011년 청소년수련시설 종합평가 시설별 개별 보고서 : 청소년수련원, 유스호스텔 / 황진구 · 김기현 · 모상현
- 11-R30 2011 청소년방과후아카데미 효과 · 만족도 조사연구 / 양계민 · 김승경
- 11-R31 장애청소년 대상 청소년방과후아카데미 운영모델 개발 연구 / 황진구 · 유명화
- 11-R32 중도입국 청소년 실태조사 / 양계민 · 조혜영
- 11-R32-1 중도입국 청소년 지원정책개발 연구 / 양계민 · 조혜영
- 11-R33 창의적 체험활동 지역모델 개발 시범사업 운영매뉴얼 / 이기봉 · 김현철 · 안선영 · 최창욱 · 전명기 · 이진원 · 김주희
- 11-R33-1 2011 창의적 체험활동 지역모델 개발 사례집 / 이기봉 · 김현철 · 안선영 · 최창욱 · 전명기 · 이진원 · 김주희
- 11-R34 학교부적응(중도탈락) 학생을 위한 교육지원 방안 / 윤철경 · 최인재 · 김윤나
- 11-R35 창의적체험활동 연계 지역 코디네이터 양성 연수교육과정 및 운영매뉴얼 개발 / 안선영 · 최창욱
- 11-R36 학대피해아동 보호를 위한 지역사회 협력체계 모형 개발 / 이유진 · 김영한 · 김형모
- 11-R37 다문화 이해 제고를 위한 교육프로그램 개발연구 / 조혜영 · 양계민 · 김승경
- 11-R38 청소년 아르바이트 근로보호 정책방향과 과제 / 이경상 · 김기현 · 김가람
- 11-R39 미래세대 가치관 분석 및 대응방안 / 임희진 · 백혜정
- 11-R40 '공정사회 실현' 교교생 논술대회 / 오해섭
- 11-R41 제5차 청소년정책 기본계획 수립을 위한 연구 / 김기현 · 임희진 · 장근영 · 김혜영 · 황옥경
- 11-R42 제7회 청소년특별회의 정책의제 / 최창욱 · 김영지
- 11-R43 2011 청소년 매체 이용 실태조사 / 박수익 · 장근영 · 김형주
- 11-R44 수요자 중심의 지역아동센터 운영 방안 연구 / 김희진 · 이해연 · 황옥경 · 이용교
- 11-R45 멘토링 활성화를 위한 운영매뉴얼 및 교재개발 연구 / 오해섭 · 김경준 · 모상현
- 11-R45-1 멘토링 운영 매뉴얼 / 김경준 · 오해섭 · 모상현 · 천정웅 · 김지혜 · 김명화 · 오정아 · 박경현 · 방진희
- 11-R45-2 멘토링 교육프로그램 / 오해섭 · 김경준 · 모상현 · 김세광 · 박선영 · 유가예
- 11-R45-3 멘토링 효과성 측정도구 개발을 위한 기초연구 / 모상현 · 김경준 · 오해섭 · 박정배 · 진은설

- 11-R46 성인 · 청소년 세대 간 가치관 및 의식수준 조사 / 최인재
- 11-R46-1 청소년 가치관 및 의식수준 조사 / 최인재
- 11-R47 소년보호시설 인권상황 관련 의식조사 / 이유진
- 11-R48 국제청소년성취포상제 장기종단 효과성연구 II / 장근영

세미나 및 워크숍 자료집

- 11-S01 Becoming an Adult in South Korea(3/7)
- 11-S02 청소년 국제교류 발전방안 워크숍(3/18)
- 11-S03 동기이론의 최근 경향(4/6)
- 11-S04 통계조사에서 무응답 문제와 가중치 작성(4/14)
- 11-S05 청소년 동아리활동 실태 및 활성화 방안(4/22)
- 11-S06 청소년수련시설 인증제 도입의 의의와 방안 탐색(4/25)
- 11-S07 학교문화선도학교 워크숍(4/28)
- 11-S08 2010 고유과제 연구 성과 발표 자료집(5/13)
- 11-S09 Youth's Perception on Entrepreneurship and Corporate Social Responsibility(5/12)
- 11-S10 청소년수련시설인증제관련 논의의 초점들(5/19)
- 11-S11 아동 · 청소년 패널 제1차 콜로키움 자료집 : 서울교육종단연구 2010(5/25)
- 11-S12 아동 · 청소년 패널 제2차 콜로키움 자료집 : 서울시 복지패널조사(6/2)
- 11-S13 아동 · 청소년 인권지표의 개념 및 지표체계 정립(5/25)
- 11-S14 사회복지시설인증제 도입방향 및 경과 : 청소년시설인증제 도입방안을 위한 시사점 모색(5/27)
- 11-S15 방과후 서비스 현황과 종단조사(5/25)
- 11-S16 다문화 종단 연구 패널 연구 방법론 I (6/15)
- 11-S17 해외 평가 동향(6/20)
- 11-S18 청소년공부방 현장실사위원 워크숍(6/20)
- 11-S19 청소년 국제교류 발전 방안 워크숍 II (6/24)
- 11-S20 학교문화선도학교 컨설팅위원 워크숍(6/24)
- 11-S21 다문화 종단연구 패널연구 방법론 II (6/29)
- 11-S22 다문화 종단연구 패널연구 방법론 III (7/11)
- 11-S23 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구 콜로키움 자료집 II : 창의적 체험활동 활성화를 위한 학교-지역사회 연계방안(7/28)
- 11-S24 보육시설 평가인증 전과정과 현황 : 청소년시설인증제 도입을 위한 시사점 모색(8/9)
- 11-S25 2011년 한국 아동 청소년 패널 2010 데이터분석 방법론 세미나 자료집(8/30)
- 11-S26 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구 워크숍 자료집 : 시범사업 중간발표 및 워크숍(8/18, 19)

- 11-S27 청소년수련관 인증제 도입 방안(9/1)
- 11-S28 청소년문화의 집 인증제 도입 방안(9/2)
- 11-S29 청소년멘토링 활성화 정책 대안 관련 워크숍(9/19,20)
- 11-S30 국내외 청소년 도덕성 교육과정 및 프로그램 현황과 사례(9/9)
- 11-S31 아동·청소년 인권 관련 정책과제 발굴(9/28,29)
- 11-S32 한중 관계의 미래: 한국과 중국 청년의 한중 관계에 대한 인식과 역할 강화방안 한·중 국제 세미나(9/22)
- 11-S33 학대 피해아동 보호를 위한 지역사회 협력체계 모형개발을 위한 워크숍(9/30)
- 11-S34 청소년 아르바이트 근로보호 정책 방향과 과제 토론회(10/12)
- 11-S35 중도입국청소년 지원 정책 개발을 위한 전문가 토론회(10/17)
- 11-S36 학교문화선도학교 워크숍(11/1,2)
- 11-S37 청소년 활동개념 재정립에 관한 정책 세미나(10/26)
- 11-S38 2011한국청소년정책연구원-전북발전연구원 공동세미나
청소년을 둘러싼 환경변화와 정책방향(10/27)
- 11-S39 제1회 한국아동·청소년 패널조사 학술대회(11/4)
- 11-S40 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전문가 워크숍(11/4)
- 11-S41 저소득층 아동·청소년의 체육활동 참여 실태 연구 콜로키움 자료집(11/2)
- 11-S42 미래세대 가치관 대응 방안(12/1)
- 11-S43 2011 한·중 청소년 정책 세미나
청소년 우대제도의 현황과 과제 : 청소년 우선개발의 이념과 행동 (12/6)
- 11-S44 청소년체험활동 지역사회 운영모델 개발 성과보고회 및 '12년 시범사업 설명회(12/9)
- 11-S45 멘토링 운영 매뉴얼 및 교재 개발 연구 세미나(12/9)

학 슬 지

- 「한국청소년연구」 제22권 제1호(통권 제60호)
- 「한국청소년연구」 제23권 제2호(통권 제61호)
- 「한국청소년연구」 제24권 제3호(통권 제62호)
- 「한국청소년연구」 제25권 제4호(통권 제63호)

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 십대 만들기 10가지」, 교육과학사
 한국청소년정책연구원 문고 03 「집나간 아이들 - 독일 청소년 중심」, 교육과학사
 한국청소년정책연구원 문고 04 「청소년학 용어집」, 교육과학사

NYPI 창의적 체험활동 시리즈

NYPI 창의적 체험활동 시리즈 I : 외국의 창의적 체험활동
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 II : 1부 일본의 「종합적학습」 가이드 “요코하마의 시간”
 2부 일본의 「청소년체험활동전국포럼」 보고서
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 III : 학교폭력 예방을 위한 「스포츠활동」 지도 매뉴얼(중·고등학생용)
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 IV : 청소년지도자 전문성 교육 매뉴얼 : 생활권수련시설 지도자용 / 한상철 · 길은배 · 김 민 · 김진호 · 김혜원 · 문성호 · 박선영 · 설인자 · 오승근 · 윤은종 · 이명욱 · 이은경 · 최순종 · 김영지
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 V : 청소년민주시민 교육 매뉴얼(중 · 고등학생용)
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VI : 학교기반 지도매뉴얼 I : 핵심역량-창의적체험활동 연계 / 김기현 · 장근영 · 권해수 · 김민성 · 강영신
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VII : 학교기반 지도매뉴얼 II : 핵심역량-교과(지리)수업연계 / 김기현 · 장근영 · 권해수 · 김민성 · 강영신
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VIII : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 I : 핵심역량-사고력 / 김기현 · 장근영 · 임영식 · 정경은 · 조아미 · 정재현
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 IX : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 II : 핵심역량-사회성 / 김기현 · 장근영 · 권일남 · 김태균 · 김정율 · 김지수 · 김영희
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 X : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 III : 핵심역량-자율적행동 / 김기현 · 장근영 · 권일남 · 김태균 · 김정율 · 김지수 · 김영희

기타 발간물

- NYPI YOUTH REPORT 12호 : 창의적 체험 활동(2010년12월)
- NYPI YOUTH REPORT 13호 : 소년원 교육 효과성 개선 방안(8월)
- NYPI YOUTH REPORT 14호 : 청소년 활동 지역네트워크 구축(8월)
- NYPI YOUTH REPORT 15호 : 청소년 인터넷 성매매 실태와 대응방안(9월)
- NYPI YOUTH REPORT 16호 : 위기아동·청소년 긴급구호 체계 개선방안 (9월)
- NYPI YOUTH REPORT 17호 : 초·중·고 창의적 체험활동 실태 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 18호 : 방화후돌봄서비스 실태와 개선방안(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 19호 : 한국 청소년 핵심역량진단 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 20호 : 한국 청소년 건강실태 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 21호 : 한국 청소년 안전(보호)실태 조사(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 22호 : 국제청소년성취포상제 발전방안(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 23호 : 아동·청소년 인권실태조사 : 발달권, 참여권(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 24호 : 청소년의 가족의식·가정생활 실태조사(11월)

경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-03

연구보고 11-R22-2

**아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I :
아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 연구**

인 쇄 2011년 12월 21일

발 행 2011년 12월 26일

발행처 한국청소년정책연구원

서울특별시 서초구 태봉로 114

발행인 이 재 연

등 록 2001. 8. 24 제 13-726호

인쇄처 양동문화사 전화 02)2272-1767 대표 김방지

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.
구독문의 : (02) 2188-8844(학술정보아카이브팀)

ISBN 978-89-7816-986-8

978-89-7816-983-7(세트)

