

일 도시 중학생을 위한 학교정신보건사업 모형 - 광주광역시 남구효사랑 청소년정신보건센터 -

이 정 숙* · 김 수 진* · 박 영 석**

* 전남의대간호학과 교수, 전남대학교간호과학연구소
** 광주광역시남구청 보건행정과장

Model of School Mental Health Program for Middle School Students in a City
: Center for the Hyosarang Adolescent Mental Health, Namgu, Gwangju City

Chung-Sook Lee*, Su-Jin Kim*, Young-Suck Park **

* *Department of Nursing, Chonnam National University Medical School. Chonnam Research Institute of Nursing Science.*

** *Director of Health & Administration, Namgu Office, Gwangju City.*

ABSTRACT

Purpose : The goal of this paper is to offer practical suggestions for developing, implementing, and maintaining a successful school mental health program based on the model of a school mental health program for middle school students at the Namgu Hyosarang adolescent Mental Health Center. The model will be divided into six areas and the challenges and future direction of this program : creative approach to funding, creative staffing, education, training, needs assessment & resource mapping, collaboration and partnerships in a school mental health program, and developing an outcome evaluation research.

Method : This is a descriptive study of the school mental health program model for middle school students of Namgu Hyosarang Adolescent Mental Health Center implemented over a four year period.

Conclusion : Within this paper, a blueprint that can guide the development and implementation of school mental health programs has been offered. The actual application of this model will vary depending on the structure and goals of individual programs and schools. This model of our center has been identified as an effective school mental health program and the actual application program in regular learning times to middle school students.

본 연구는 2004년도 전남대학교 간호학과 발전기금에 의한 연구임
교신처자 : 이정숙, 광주시 동구 학동 5번지 전남대학교 간호학과, Julia4779@hanmail.net

Establishing guidelines about the types of activities necessary for the successful implementation and sustainability of a school mental health program constitutes the first step in standardizing this process, and the school mental health movement continues to receive national recognition as a viable services delivery model for adolescents in need of mental health services. The recommendations outlined indicate that a school mental health program is more effective and necessary than the clinical service of a psychiatric hospital for adolescents' emotional /behavioral problems.

Key words: school mental health program, adolescent mental health center, middle school students

1. 서 론

1. 연구의 필요성

청소년기는 신체적, 정서적 및 심리적 변화가 극심하고 정신건강 면에서 취약한 시기이므로 이 시기를 어떻게 보내느냐에 따라 정신건강을 증진시킬 수도, 정신질환에 노출될 수도 있다(오은영, 1999). 특히 초기 청소년기는 생리학적으로 커다란 변화를 맞이하게 되어 긴장과 불안을 느끼는 시기이고 자의식이 생겨 자기자신을 다른 모든 것으로부터 독립시켜 객관화하여 보고 스스로 자아정체감의 발견을 위해 전력하게 되는 시기이므로 초기 청소년기에 있는 중학생의 학교생활 적응은 다양한 정서, 행동문제와 관련이 많다(노숙영, 1997).

학교는 가정보다는 대부분의 하루를 보낼 시간이 많으므로 학생들을 위한 종합적인 정신건강관리 방안을 추진할 수 있는 가장 적합한 장일 뿐 아니라 1, 2차 예방프로그램을 개발하기 위해 이상적인 장소이다. 이들 예방프로그램의 방향은 건강교육이다. 그래서 학교라는 시스템 안에서 다양한 정신건강관련 프로그램을 실시함으로써 정신건강 문제를 조기발견 및 문제의 심각성을 줄일 수 있는 예방이 가능하기 때문에 학교정신보건사업은 매우 중요하다(최영, 2000). 지금까지의 학교정신보건사업은 정신병리의 치료와 교정이 주가 되어 정상인보다는 소수의 비 정상인에 초점을 두었으나 학교정신보건 사업은 무엇보다도 다수의 정상인을 대상으로 한 예방적, 발달적 접근을 해야한다(김남옥, 2000).

학교정신보건사업은 학교에서 근무하는 정신보건 전문가가 지역사회 내에있는 청소년정신보건센터와 연계하여 학생들의 정신건강 증진 및 예방 그리고

학생들의 정서, 행동문제를 조기발견하기 위해 사정(assessment), 상담(개인, 가족, 집단), 교사자문(staff consultation, & prevention activity)을 포함한 포괄적인 정신보건서비스를 제공하는 것을 말한다. 볼티모어의 학교정신보건 사업은 1980년대에 사회에서 압력을 주는 다양한 요인들에 대한 결과로서 시작하게 되었다. 즉 점점 증가되는 10대 임신, 성병 및 성폭력, 물질남용, 자살 및 타살, 문제를 가진 소아, 청소년들이 현재의 건강관리 체계에 의해서 서비스를 제공받을 수 없다는데 관심을 갖게되는 국가적인 운동의 한 부분이다(Flaherty 와 Weist, 1999). 볼티모어 시는 1985년에 시내 고등학교에 7개의 학교정신보건센터를 개소했을 때, 방문한 학생의 22%가 가족 내 스트레스(물질남용, 폭력 등), 가정폭력 노출이나 불안과 같은 정신사회적인 문제들을 갖고 있었다.

국내의 연구에 따르면 초등학교 학생의 3.74%, 중, 고등학교 학생의 31% 정도가 전문가의 상담을 필요로 하는 것으로 알려져 있다. 아동·청소년 정신건강 서비스요구에 대한 교사의 인식도 조사결과, 한 학급에서 교사에 의해 정신건강 문제가 있다고 판단되는 아동 8%이며, 정신과적 진찰이나 치료가 필요하다고 생각되어 의뢰한 아동이 5%로 나타났으며 교사들이 인식한 것보다 더 많은 학생이 문제 있는 것으로 나타났다(곽영숙, 2002). Connecticut주의 11개 사립학교 11학년 학생 3861명을 대상으로 정신건강 서비스(Mental Health Services)에 대한 연구결과(Van Hoof 등, 2004), 가장 흔한 것으로 진단된 정신건강문제는 정서장애가 20.9%, 물질관련 장애가 12.4%, 친구간의 문제가 11.8%, 적응장애가 11.5%, 불안장애 11.4%, 가족문제가 9.8%, 학습장애가 7.1%, 특별한 증상이 없음이 6.7%, 집중력장애가

5.5%, 섭식장애가 5.2%, 학습장애가 3.3%, 기타 10.6%로 나타났다. 이런 정신건강문제는 소아. 청소년들의 사회적, 정서적 발달 및 학업수행에 심각한 도전들로 남아있어, 학교는 학생들의 정신건강 요구를 충족시켜 줄 수 있는 책임이 있다.

청소년의 정서행동문제를 예방하기 위해서는 개인 의원이나 병원에서의 정신건강 서비스만으로는 정신적 고통을 겪고있는 다수의 청소년에게 도움을 줄 수가 없다. 병원에 찾아오는 사례는 대부분 증상이 심각해진 이후 일 가능성이 많아 많은 노력과 비용과 시간이 들게된다. 학교 정신보건사업을 통해, 학교 안에서의 자문을 조기에 시행한다면 보다 많은 소아청소년을 대상으로 빠른 시기에 효과적인 도움을 줄 수 있을 것이다(최영, 2000). 학교정신보건사업은 익숙하고 비위협적인 분위기에서 서비스를 받기위해 쉽게 접근할 수 있는 기회를 제공해주고, 청소년들이 지역사회 정신보건센터에서 서비스를 받도록 하는 낙인을 감소시키고, 학교 교사와 협력할 수 있는 많은 기회를 제공해줄 수 있다(Weist, 1997).

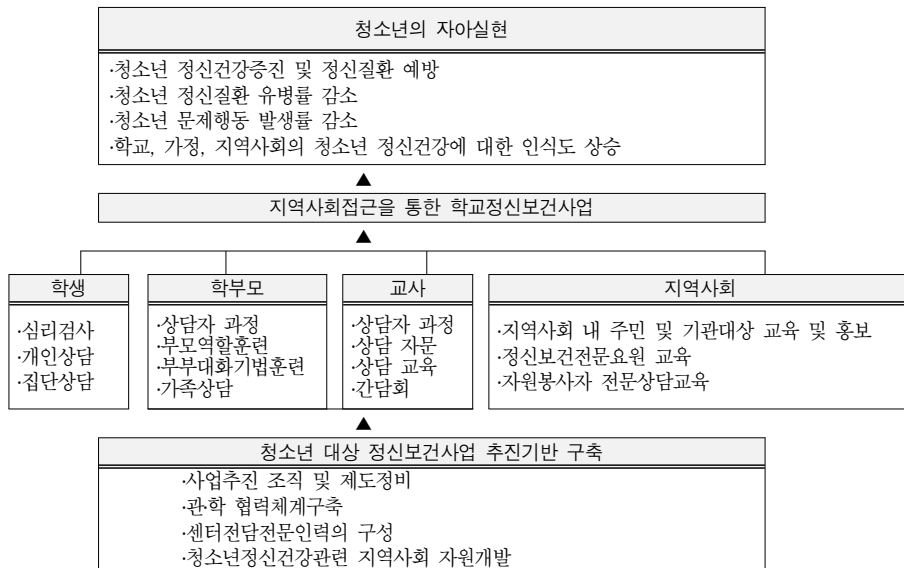
학교를 중심으로 하는 예방활동은 우리나라와 같이 대규모 학급, 대단위 학교가 불가피하고 학생들의 인성지도와 정신건강을 전담할 전문가가 절대적으로 부족한 현실에서는 매우 필요한 부분이다. 특히 폭력이나 음주, 흡연, 약물사용, 학교중퇴, 가출, 자살 등

과 같은 청소년 문제가 사회적 문제로 부각되는 요즘에 학생들의 적응능력을 배양해 준다든지, 문제를 보일 가능성이 있는 학생을 조기에 발견하여 적절한 도움을 줌으로써 문제가 발생하는 것을 사전에 예방할 수 있는 학교 정신보건사업을 정착시키는 것이 장기적으로 비용효과 측면에서 매우 유용하다.

본 연구의 목적은 2000년 1월부터 2004년 9월까지 본 센터에서 일반 중학생 집단과 학교생활에 어려움이 있는 고 위험 학생집단(학교중도 탈락 생, 복학생, 학교에서 의뢰된 학생, 수강명령 대상 및 보호관찰 대상, 미혼모 대상 등), 학부모, 교사 및 지역사회 청소년 관련 인력을 대상으로 실시하고 있는 관학 협력모델(광주광역시와 남구청 지원으로 전남대학교 간 호과학연구소와 남구보건소)의 학교정신보건사업 모형을 제시함으로써 지역사회 정신보건센터에서 학교정신보건사업을 실시하는데 필요한 기초자료 및 가이드라인을 제공하는데 있다. 학교정신보건사업 모형은 사업의 기본 틀, 사업 지원비, 인력 및 교육, 지역사회 육구조사 및 자원연계, 지역사회 자원개발 및 연계체계 구축, 학교정신보건프로그램, 및 학교정신보건프로그램 효과평가로 구성되어 있다.

II. 본 론

1. 학교정신보건사업의 기본 틀(그림 1)



<그림 1> 사업의 기본틀

2. 학교정신보건 사업 모형

1) 사업지원비(Creative Approach to Funding)

학교정신보건사업을 활성화시키기 위해서는 지속적이고 안정된 사업비 지원이 가장 중요한 문제이다. 지방비 지원비는 매년 예산변동으로 인해 사업비가 삭감되는 경향이 있기 때문에, 이런 사업을 지속적으로 유지시킬 수 있는 자구책을 마련하기 위한 노력이 필요하다. 또한 매년 학교정신보건사업이 확대될수록 학교나 지역사회 요구도와 학생들의 다양한 정서/행동문제 해결을 위한 새로운 프로그램 개발을 점점 더 요구하게 된다. 이에 따라 이들 요구를 충족시키기 위해 더 많은 노력과 인력이 필요하게 되지만 한정된 예산 내에서 증가되는 요구에 맞는 프로그램을 실시하고 이 프로그램이 지속적으로 유지될 수 있도록 다른 private & public funding resources를 확보하기 위해 많은 노력이 필요하다.

본 센터는 광주광역시와 남구청에서 지원되는 청소년정신보건사업비 이외에도, 광주광역시교육청에서 학교부적응 청소년을 위한 대안교실 프로그램 개발(찾아가는 대안교실), 사회복지 공동모금회에서 지역사회 위기청소년 정신건강 관리, 청소년보호위원회에서 지역사회 협력체계망을 활용한 청소년 약물남용 예방 및 치료재활사업, 인터넷중독 예방상담 협력기관운동본부 지정, 남구청에서 효 사랑 시범학교 지정 및 청소년 효사랑 교육프로그램 개발 및 운영에 대한 지원을 받았다.

2) 인력 및 교육(Creative Staffing, Education, Training,)

본 센터는 2003년에 접어들면서 학교생활에 어려움이 있거나 문제행동이 있어 본 센터에 내소하거나 타 기관에서 의뢰한 고 위험학생들이 점점 많아지면서 이들에 대한 개인 및 집단상담, 가족상담 등의 요구들이 점점 증가하고 있어 직원들의 전문적인 능력 개발의 필요성 또한 높아졌다. 따라서 본 센터는 인력개발을 위해 대학원 진학, 청소년 상담관련 세미나 및 연수 참여기회 제공, 직원 및 자원봉사자 자체교육 그리고 clinical supervision, clinical skill을 향상시킬 수 있는 공식적, 비공식적인 training program 참여, 학회에 참여하거나 연구발표, 매년 교사 대상으로 학교정신보건사업 평가 워크숍 개최 등을 통하여 직

원들의 전문성을 개발하였다.

본 사업의 인력구성은 전대간호학과 정신간호학교수 2인(센터장, 운영위원), 전남의대 정신과 교수 1인(자문의), 팀장(정신보건간호사), 연구부장(정신보건 임상심리사), 교육부장(임상심리 전공), 상담부장(정신보건사회복지사) 그리고 20명 정도의 대학생 자원봉사자, 간호학과, 사회복지학과 및 심리학과 대학원생 다수로 구성되었다.

3) 지역사회 요구도 조사 및 자원연계(Need Assessment & Resources mapping)

지역사회 요구도를 파악하는 것은 새로운 프로그램을 개발하고 현재있는 프로그램을 정련하는데 기본이 된다. 학교정신보건사업을 시작할 때, 우선 청소년의 정신건강 실태를 파악하고 활용할 수 있는 자원을 신중하게 분석한 후 시범학교를 선정하였다. 시범학교를 선정할 때, 청소년 범죄율, 가난하고 폭력이 잦은 지역, 중도탈락 및 10대 임신, 정학과 자퇴학생을, 정신과 방문율, 응급실 방문 및 고 위험요인과 관련있는 지역의 학교 등이 우선 순위가 될 수 있다(Flaherty와 Weist, 1999).

또한 청소년의 정신건강 문제를 사정할 때, 질문할 수 있는 것은 지역사회에서 청소년들이 직면하는 가장 중요한 생활 스트레스 요인, 청소년들에게 나타나는 가장 일반적인 정서/행동문제, 지역사회에서 청소년들이 적절하게 활용할 수 있는 사회적이고 정신건강과 관련있는 다른 프로그램(예, 레크레이션), 학교에서 어떤 유형의 정신건강 서비스가 전달되고 있는지, 그리고 실태 및 요구도 조사에서 나온 결과는 청소년을 위한 서비스의 gap를 조명하는데 도움이 될 뿐 아니라 청소년이나 그들의 가족이 정신건강 관리 서비스를 받지 못하고 있는 장애요인을 확인할 수 있다(Acosta 등, 1999).

2001년 YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System)는 미국내 공립 및 사립학교 9학년에서 12학년 학생 중 28.3%의 학생들이 아주 심각한 우울증의 특성 중 2가지를 동시에 가지고 있었고 8.8%가 이 조사 실시 전 12개월 동안 적어도 한번의 자살기도가 있었다는 것을 확인하였다. 또한 조사 실시 전 30일 동안에 29.9%가 몇 번 5명 이상의 술을 마셨고 23.9%는 적어도 한번 마리화나를 피웠으며,

4.2%는 코카인 등을 한번 이상 사용하였으며 4.7%는 한번 이상 흡입제를 사용했다고 하였다. 그 외에도 조사전 12개월 동안 위험한 행동은 5.4%의 학생들이 체중조절을 위해 구토제나 설사제(하제)를 사용하였다. 그런 행동은 심한 섭식장애의 위험요인으로 나타날 수 있다. CDC(Center for Disease Control and Prevention)에서 확인한 이런 위험한 행동들은 미국 내 공. 사립학교 청소년들에게 정신건강 서비스를 제공해야 한다는 타당성을 강조하고 있다(Van Hoof 등, 2004).

본 센터는 2000년도 본 사업을 시작할 때 광주광역시 중. 고등학교 학생을 대상으로 K-YSR 도구를 사용하여 정서/행동문제 실태조사를 하였다. 중. 고등학교의 총 문제행동점수에 따라 정상군과 임상군의 분포를 분류한 결과, 고등학생(인문계, 실업계)의 임상군 보다 중학생의 임상군 분포가 가장 높게 나타났다. 즉 중학생의 정상군과 임상군의 분포는 전체 853명 중 정상군이 663명(77.7%), 임상군이 190명(22.3%)로 나타났다. 임상군 190명 중 남학생이 83명(9.7%), 여학생이 107명(12.5%)로 여학생이 남학생보다 임상군 비율이 더 높게 나타났다. 임상군의 여학생은 우울 및 불안과 내재화문제에서 남학생보다 더 높게 나타났고 남학생은 비행, 공격성, 외현화문제에서 여학생보다 더 높게 나타났다(이정숙 과 최봉실, 2001). 따라서 두 개의 중학교를 시범학교로 선정하였다. 이외에도 시범학교 대상으로 청소년들이 직면하는 가장 중요한 생활스트레스와, 중학생의 가족기능과 정신건강과의 관계. 그리고 중학생의 학교적응 유연성 및 보호요인 실태조사, 중학생의 우울 및 자살생각 실태조사, 청소년 물질남용 실태조사, 중학생 컴퓨터 중독 실태조사를 하였다.

또한 본 센터는 4년 동안 많은 청소년들과 상담하면서 부모의 알코올문제가 청소년들의 정서/행동문제에 가장 많은 영향을 미친다는 것을 경험하였다. 그래서 시범학교 학생 984명을 대상으로 알코올중독자 자녀 선별검사(CAST-K)와 청소년의 정서/행동문제 측정도구(K-YSR)를 사용하여 부모의 알코올수준에 따른 중학생의 정서/행동문제를 평가하였다(이정숙 등, 2003). 그 결과 부모가 알코올 문제로 가정문제가 있는 학생이 120명(12.2%)이며 120명 중 35명(28.3%)이 부모의 알코올 중독 군으로 고 위험군 학

생으로 나타났다. 따라서 광주지역에 5개의 알코올관련 상담센터들과 연계하여 부모의 알코올수준에 따라 중학생의 음주예방프로그램(8회기)을 개발하여 M 중학교 2학년 학생들에게 통합적으로 실시할 뿐 아니라 여름방학에 부모의 알코올중독 수준인 고 위험군에 속하는 30명 정도의 학생들과 1박2일의 중학생의 음주예방 캠프프로그램을 효과적으로 실시할 수 있었다. 또한 Y 병원 알코올상담센터와 연계하여 입원 중인 알코올중독환자와 그의 배우자 및 청소년 자녀들과 함께 세미나를 개최한 후 알코올중독자 자녀들의 개인 및 집단상담을 본 센터에서 실시하였다. 이처럼 다른 기관들과 인적, 물적 자원을 함께 공유함으로써 적은 예산으로 많은 효과를 낼 수 있다는 것을 실감하였다.

4) 지역사회 자원개발 및 연계체계 구축(Collaboration with Partnership)

학교 정신보건사업은 치료 및 재활보다는 일차예방이나 이차예방에 비중을 두고 모든 프로그램은 반드시 학교와 가정, 학교와 병원, 학교와 지역사회, 청소년 관련기관, 복지기관 등 유관기관과의 연계체계를 구축함으로써 중복된 서비스를 피하고 효과적으로 프로그램을 수행할 뿐 아니라 비용도 줄일 수 있다(Tashman 등, 1998).

본 센터는 학교정신보건사업을 위해서, 첫째, 교육기관, 행정기관 및 청소년관련 기관과 협력체계를 유지하기 위해 자문위원회와 운영위원회를 구성하였다. 둘째, 각 학교의 행정 책임자, 교무, 학생주임교사, 보건교사와 상담교사 및 담임교사의 적극적인 참여를 유도하기 위해 학교정신보건위원회를 강화하였다. 특히 학교 행정가나 교사들은 학생의 성적 향상에 관심이 있으며 학교정신보건 전문가는 학생들의 정서/행동문제나 진단명에 대해 관심을 갖게된다. 이런 측면에서 교사는 학교의 사명과 학교정신보건사업의 사명간에 갈등이 있을 수 있다. 그래서 협동적인 의사소통을 촉진시킬 수 있는 방법은 정신보건전문가는 학습의 장애요인으로 작용하는 정신건강문제를 도와주는데 목표를 두어야 한다(Adelman 과 Taylor, 1993). 셋째, 많은 관련학과 대학생 자원봉사자(CMHV: Community Mental Health Volunteers), 실습학생, 지역사회 자원봉사자

들을 최대한으로 동원 활용하였다. 넷째, 지역사회내의 다양한 이용 가능한 자원들을 개발하고, 유관기관과의 협력체계를 구축하기 위해 현재 15개의 협력체계를 맺었다.

5) 학교정신보건 프로그램 (School Mental Health Program)

본 센터에서는 주로 1. 2차 정신건강 예방 영역인 건강증진과 질병예방 및 조기발견에 초점을 두고 일반청소년 집단에게 다양한 학교정신보건 프로그램을 제공하고 학교 생활의 어려움이 있는 고 위험집단 대상에게는 개인 및 집단상담 서비스를 제공하고 있다.

또한 청소년 뿐 아니라 학부모, 교사 및 청소년 정신건강 관련 기관이나 인력을 대상으로 통합적인 접근을 하고 있다.

■ 일반 청소년 대상 학교정신보건 프로그램
본 센터는 2000년부터 두개의 시범 중학교 1학년 학생을 대상으로 학교정신보건 프로그램을 실시해오다가 2001년부터는 제7차 교육과정 대상자인 1학년을 2학년까지 2년동안 정규 수업시간인 창의력재량활동 시간을 이용하여 다양한 학교정신보건 프로그램(표. 1)을 실시하였다. 2003년도에는 2년 동안 실시했던 프로그램 내용을 통합하여 1년 동안

<표 1> 일반 중학생 대상 학교정신보건 프로그램

서비스 내용	2000년 (회기/시간)	2001년 (회기/시간)	2002년 (회기/시간)	2003년 (회기/시간)	2004년. 8(회기/시간)	계 (회기/시간)
자아성장프로그램 (2학년 2학기)	5/65					5/65
친구사귀기 프로그램 (2학년 2학기)	6/12					6/12
학급응집력강화프로그램 (1학년 1학기)		8/64				8/64
문제해결능력증진프로그램 (1학년 2학기)		7/56				7/56
또래상담프로그램		6/36				6/36
학습습관향상프로그램	8/16	5/25				13/41
성교육 프로그램 (2학년 1학기)	14/28		8/40			22/68
물질남용예방 프로그램 (2학년 1학기)			7/35			7/35
학교폭력예방 프로그램 (2학년 2학기)			15/75			15/75
신나는 학교가꾸기(I) (3학년 1학기)				15/90		15/90
신나는 학교가꾸기(II) (3학년 2학기)				15/90		15/90
청소년음주예방프로그램 (2학년 2학기)				16/64		16/64
청소년 친선 축구대회				2/16		2/16
알콜중독자녀 음주예방프로그램 (e-좋은 캠프)				5/24		5/24
저소득층 공부방프로그램 (해결중심단기상담기법적용)				8/16		8/16
초등학교 흡연예방프로그램(13개교)				1/102	1/10	2/112
저소득층 학생대상“평화로운 교실 만들기 ”(YMCA 의뢰) 프로그램				5/10		5/10
찾아가는 대안교실 (해오름학교)					4/18	4/18
흡연예방프로그램 (문성중 1년)					1/10	1/10
계	33/121	26/181	30/150	67/412	6/38	162/902

에 실시할 수 있는 학교정신보건 프로그램(신나는 학교 가꾸기 프로그램 1. 2)을 개발하여 매년 중학교 2학년 학생들에게 1학기와 2학기 동안 창의력 재량활동 시간에 매주 한 시간씩 실시하였다. 제7차 교육과정에 설정된 창의력 재량활동은 미래사회를 이끌어 나갈 우리 학생들에게 자기 주도적인 능력과 창의성을 신장시키기 위하여 학교나 지역사회의 실정, 교사, 학생, 학부모의 필요와 요구를 반영하여 학교의 독특한 교육적인 문화풍토에 알맞은 창의적인 교육활동을 다양하고, 특색 있게 운영하는 것을 말한다.

신나는 학교 가꾸기 프로그램은 학생들의 정신사회적인 기능 발달과 학습향상에 영향을 미칠 수 있는 보호요인을 강화시키기 위해 친구 사귀기, 분노 조절(anger management), 문제해결 능력 증진(avoiding conflicts), 폭력대처 기술(coping with violence) 등과 같은 사회기술 훈련(social skill training)과, 자기표현 훈련에 초점을 두고 모둠학습(group work) 방법으로 진행한다. 이 프로그램을 진행해오면서 프로그램에 참여했던 많은 학생들이 생활 속에서 나름대로의 힘든 스트레스에 직면해 있다는 것을 알 수 있었다. 그러나 처음에는 정서적/행동적 문제들을 노출하지는 않았으나 점점 센터 직원들과 친밀한 관계가 형성되면서 자신이 처해있는 어려움(주로 부모님의 술 문제로 인한 가족 내 갈등, 부모님의 이혼문제 등)에 대해 조심스럽게 표현하기 시작하였다.

본 센터 직원들은 충분한 훈련과 경험을 가지고 교사나 새로운 전문요원들이 어느 곳에서든지 쉽게 가르칠 수 있고 적용할 수 있는 각각의 프로그램에 대한 구조화된 메뉴얼을 개발하고 적용한 프로그램의 효율성에 대한 평가도 하였다.

■ 고 위험집단 청소년

본 센터에 내소한 고 위험집단 청소년(가정, 학교, 쉼터, 보호관찰, 법원 등에서 의뢰된 학생)은 심리검사, 과거, 현재의 학습능력, 가족력, 최근의 기능정도, resilience factors, 강점, 친구관계 등에 대한 사정을 한 후 정신과 자문과의 면담을 통하여 전문기관에 의

뢰유무를 결정한 후 개인상담 및 집단상담을 실시하게 된다.

1) 개인상담 및 집단상담

본 센터에서 4년 5개월 동안 개인상담 했던 고위험 청소년은 총 2,607명(표. 2)이며 상담내용 중 가출, 도박, 음주, 흡연으로 인한 학교 부적응이 19.8%로 가장 많았고 의사소통 어려움 및 우울, 불안이 18.2%, 학교폭력 및 기물파괴 등의 문제행동이 11%로 나타났다. 그리고 고 위험 청소년 집단상담은 총 445회(975시간)이었다(표. 3). 지금까지 실제로 우리가 만났던 청소년들의 어려움의 대부분은 예방적인 영역이며, 우리의 프로그램에 참여한 대부분의 청소년들은 나름대로 의미있는 생활스트레스에 직면해 있지만, 반듯이 자신의 정서/행동문제를 솔직하게 내놓는 것은 아니었다. 따라서, 학교정신보건사업을 통하여 청소년들이 이런 어려움이 더 악화되지 않고 학교나 일상생활에서 잘 적응하도록 도울 수 있어야 한다.

2004년도에는 시교육청으로부터 지원받아 학교 부적응 학생을 위한 대안교실 프로그램을 시범운영하였다. 대안교실 프로그램은 주로 학교부적응 학생들을 학교로 직접 찾아가서 개인상담을 하는 경우가 대부분이었다. 이 학생들은 처음 만났을 때는 장난스럽고 때를 쓰고 하는데 상담이 진행되면서 자신의 아픈 부분을 덜 고통스럽게 바라보면서 긍정적인 것, 더 좋았던 일들을 말하게 되고 자신의 감정을 표현하는 방법이 달라지고 스스로의 문제를 객관적으로 바라보게 되면서 해결방법을 찾게된다. 그러므로 가장 중요한 것은 정신보건전문가의 독특한 상담(대화)기술과 따뜻한 마음이다. 따라서 전문가 훈련이 필요하다.

본 센터는 이 사업을 해오면서 여러가지 장애요인이 많았지만 올바른 도움을 받은 청소년들은 나름대로의 삶을 계획하고 학생으로서의 역할을 맡아들일 준비를 한다는 사실을 확신하게 되었다. 우리의 도전은 모든 우리의 청소년들에게 이런 기회를 제공해주고 그들을 지지하고 옹호해 주는 것이다.

〈표 2〉 고위험 청소년 개인상담

서비스내용	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년.8월	계(명)
내소상담	208	249	233	260	189	1,139
전화 및 사이버 상담	31	107	77	90	45	350
심리검사	170	178	185	395	190	1,118
계(명)	409	534	495	745	424	2,607
·가출, 도벽, 음주, 흡연으로 인한 학교 부적응 (19.8%)	80	106	98	148	84	515
·의사소통 어려움 및 우울, 불안 (18.2%)	75	97	90	136	77	475
·학교폭력 및 기물파괴 (11%)	45	59	55	81	47	286
·주의력 결핍 및 산만함 (10.8%)	45	58	53	80	45	280
·편두통, 음성변조 등의 신체증상 (8.9%)	36	47	44	67	38	232
·집단따돌림으로 인한 어려움 (8.6%)	35	46	43	64	36	224
·부모의 음주문제로 인한 갈등 (8.1%)	33	43	40	60	35	212
·대인관계 어려움, 게임중독 (7.2%)	30	38	36	54	31	190
·학습결손 및 지연 (6.7%)	27	36	33	50	28	174
·혼숙, 성문제 (0.7%)	3	4	3	5	3	19
계(명)	409	534	495	745	424	2,607

〈표 3〉 고위험 청소년 집단상담

서비스내용	2000년 (회기/시간)	2001년 (회기/시간)	2002년 (회기/시간)	2003년 (회기/시간)	2004년.8월 (회기/시간)	계 (회기/시간)
학교적응 프로그램	18/36	16/32	9/36	32/64	10/20	85/188
저소득층 공부방 프로그램 (학습습관향상 프로그램)	-	-	-	10/20	-	10/20
수강명령 프로그램 (자아탐색 프로그램)	17/34	23/72	49/98	21/63	-	110/267
법원의뢰 프로그램 (자기발견여행 프로그램)	-	-	-	11/22	20/40	31/62
미혼모 쉼터 프로그램 (희망가꾸기 프로그램, 산전산후관리)	20/40	25/56	63/126	72/144	28/70	208/436
보호관찰대상 검정고시 준비반	-	-	-	-	1/2	1/2
계	55/110	64/160	121/260	146/313	59/132	445/975

■ 학부모, 교사, 전문인력, 주민 교육

본 센터는 매년 10대 자녀를 둔 학부모 열린교육, 부모역할 훈련 및 개인상담을 실시하였고, 시교육청으로부터 청소년 정신건강 상담기관으로 승인받아 교사 대상으로 교사직무 연수과정(60시간)과 보건교사 직무교육을, 지역주민과 청소년 정신보건 관련 전문인력 대상으로 청소년 정신건강 상담자 과정(30시간)을 통하여 총 1740회(3136시간)의 교육을 실시하였다(표 4).

본 센터는 성공적인 학교정신보건사업을 수행하기 위하여 매년 사업에 대한 연구보고서 발간 및 평가연구 결과를 저널에 발표하며, 시 교육청과의 연계로 학교정신보건사업 결과에 대한 교사대상 심포지움과 학술대회를 개최하여 프로그램에 대한 자료와 정보를 나누고 홍보하였다. 앞으로는 학교정신보건사업에 대한 국제적인 학술대회를 개최함으로써 전국지역사회 리더들의 지원을 받을 수 있는 후원회를 형성하는 것이다.

6) 학교정신보건프로그램 효과평가 연구 실시

(Developing an outcome evaluation research

of school mental health program)

학교정신보건프로그램의 효과평가 연구는 학교 정신보건영역에서 emerging되는 새로운 지식을 생성하는데 중요하다. 효과평가 연구는 사전-사후 측정과 대조군을 설정하고, 실험군과 대조군의 무작위 할당이 어렵고 서비스프로그램을 일년동안 매주 실시하는데 많은 전문요원이 필요할 뿐 아니라 매년 프로그램 효과 및 성과를 측정해서 분석하는데 연구자로서 역할을 감당하는 것은 쉬운 일이 아니다(Flaherty 와 Weist, 1999). 그렇지만 학교정신보건 사업을 성공적으로 지속시키기 위해서는 사업지원 기관으로부터 긍정적인 성과와 관련된 질 높은 서비스, 비용 효과적, 대상자 만족 그리고 바람직한 효과에 대한 성과를 제시할 수 있어야 한다(Hoagwood 등, 1996). 따라서 지속적인 funding sources를 유지하고 확대시키기 위해, 학교정신보건사업의 활용성과 효율성을 제시한다는 것은 중요한 일이다.

학교정신보건프로그램의 효과를 평가할 수 있는 4가지 주요요인(Weist 등, 2000)은 첫째, 생활스트레스와 위험요인 혹은 청소년들의 문제발생 가

<표 4> 학부모, 교사, 보건관련전문인력, 지역주민 교육

서비스내용	2000년 (회기/시간)	2001년 (회기/시간)	2002년 (회기/시간)	2003년 (회기/시간)	2004년.8월 (회기/시간)	계 (회기/시간)
·학부모 열린교육. 학부모 역할훈련. 개인상담	102/119	95/101	108/116	209/219	4/48	555/603
·교사직무연수. 교육 개인상담 및 자문	27/55	26/50	27/97	79/125	41/149	200/466
·보건관련 전문인력교육 (센터직원. 보건교사. 보건진료원. 가정간호사. 정신보건전문요원. 자원봉사자.실습학생)	94/710	130/213	142/204	416/518	104/249	887/1847
· 지역주민 대상교육 (청소년상담자과정. 조건부수급대상 알코올예방 교육)	30/60	22/54	10/30	45/60	11/22	98/226
계	352/944	273/418	287/447	749/922	197/458	1740/3136

능성을 증가시킬 수 있는 변수 둘째, 보호요인 혹은 resilience요인 즉 문제의 가능성을 감소시키고 긍정적인 기능의 가능성을 증가시키는 변수 셋째, 정서/행동문제 넷째, 학업수행능력(school performance) 및 친구나 가족관계를 포함한 생활 적응능력 이다. 따라서 가장 효과적인 프로그램은 스트레스 감소, 보호요인 증가, 행동문제 감소, 긍정적인 기능을 증진시키는 것 등의 각각 변수에 직접 목표를 두고 이들 각각의 요인에서 치료전, 3개월 후, 6개월 후에 학생들의 적응능력 및 학업수행 기능에서 변화를 측정하는 것이 최상의 전략이다. 특히 학교정신보건프로그램은 학생들의 보호요인을 강화시켜주므로써 정서/행동문제를 감소시키고 적응능력이나 학업수행을 향상시켜 주는데 초점을 두어야 한다 (Ambrose 등, 2002).

본 센터는 최소한의 행정적인 일을 유지하면서 Weist, Nabors, Myers, & Ambruster(2000)가 제시한 4가지 영역의 효과적도에 따라 1년 동안 실시했던 사업의 성과를 매년 심포지움에서 발표하고 연구보고서를 작성하여 각각 기관에 보낼 뿐 아니라, 프로그램의 효과평가 연구결과에 따라 프로그램을 향상시키고 내년의 평가계획을 향상시킴으로써 더 체계적으로 프로그램을 진행할 수 있도록 하였다.

2003년도 본 센터에서 1년 동안(1. 2학기, 매주 한 시간) 실시했던 학교정신보건프로그램의 효과를 확인하기 위하여 프로그램에 참여한 중학생(실험군)과 참여하지 않은 중학생(대조군)의 스트레스, 자아존중감, 정서/행동문제 및 사회적응능력에 대한 효과(최봉실, 2004)를 평가하였다(표 5).

<표 5> 중학생을 위한 학교정신보건프로그램의 효과

변수	집단	사전	사후	paired-t	p	차이	t	p
		M±SD	M±SD			M±SD		
스트레스	실험군	45.1±10.62	43.7±10.01	7.351	.001	-1.4±2.95	-4.826	.001
	대조군	45.7±11.17	45.3±11.14	3.931	.001	-0.4±1.42		
자아존중감	실험군	144.3± 33.32	149.3.±31.10	-5.564	.001	-5.0±13.48	-3.925	.001
	대조군	143.6± 33.34	143.6± 324.57	-010	.992	-0.0±13.38		
정서, 행동 문제	실험군	60.9± 21.68	56.2± 21.84	13.256	.001	-4.7±5.31	-9.210	.001
	대조군	64.2± 25.64	62.9± 25.51	12.705	.001	-1.3±1.46		
내재화문제	실험군	14.6± 8.80	11.8± 8.91	22.898	.001	-2.8±1.83	-7.503	.001
	대조군	15.4± 10.16	13.6± 10.17	31.359	.001	-1.8±0.84		
외현화문제	실험군	11.0± 1.94	4.8± 1.89	2.727	.007	-0.1±0.51	-7.583	.001
	대조군	11.7± 8.26	12.0± 8.19	-5.710	.001	0.3±0.81		
사회적응능력	실험군	10.3±1.66	10.4±1.55	-4.030	.001	0.1±0.37	4.271	.001
	대조군	10.2±1.55	10.2±1.56	1.604	.110	-0.0±0.19		
사회성	실험군	6.4±1.28	6.5±1.20	-3.529	.001	0.1±0.34	4.091	.001
	대조군	6.3±1.23	6.3±1.23	2.138	.034	-0.0±0.19		
학업수행능력	실험군	3.9±0.71	3.9±0.68	-3.270	.001	0.0±0.09	1.534	.126
	대조군	3.9±0.70	3.9±0.69	-1.152	.251	0.0±0.08		

스트레스 점수는 학교정신보건프로그램 실시 전 실험군은 45.1점에서 실시 후 43.7점, 대조군은 프로그램 실시 전 45.7점에서 실시 후 45.3점으로 나타나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t = -4.826, p = .001$). 자아존중감 점수는 실험군은 학교정신보건프로그램 실시 전 144.3점에서 실시 후 149.3점으로 증가하였으나, 대조군은 프로그램 실시 전 143.6점에서 실시 후 143.6점으로 변화가 없었다. 따라서 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t = 3.925, p = .001$). 정서·행동 문제 점수는 학교정신보건프로그램 실시 전 실험군은 60.9점에서 실시 후 56.2점으로 낮아졌고, 대조군은 프로그램 실시 전 64.2점에서 실시 후 62.9점으로 약간 낮아지는 경향을 보여, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($t = -9.210, p = .001$), 또한 내재화 문제 점수는 실험군이 프로그램 실시 전 14.6점에서 실시 후 11.8점, 대조군은 프로그램 실시 전 15.4점에서 실시 후 13.6점으로 나타나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 보였고($t = -7.503, p = .001$). 외현화 문제 점수도 실험군이 프로그램 실시 전 11.0점에서 실시 후 10.3점, 대조군은 11.7점에서 12.0점으로 나타나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t = -7.583, p = .001$). 사회적응능력 점수는 프로그램 실시 전 실험군은 10.3점에서 실시 후 10.4점, 대조군은 10.2점에서 10.2점으로 나타나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($t = 4.271, p = .001$), 하위 영역인 사회성 점수는 친구의 수와 어울리는 정도, 형제, 자매, 또래, 부모와의 관계의 질을 평가한 것으로 프로그램 실시 전 실험군은 6.4점에서 실시 후 6.5점, 대조군은 6.3점에서 6.3점으로 나타나, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t = 4.091, p = .001$). 학업수행 점수는 주요과목에 대한 자신의 평가와 휴학, 특수학급의 편성으로 측정된 결과, 프로그램 실시 전 실험군이 3.9점에서 실시 후 3.9점, 대조군도 프로그램 실시 전 3.9점에서 실시 후 3.9점으로 두 군 간에 차이를 보이지 않았다($t = 1.534, p = .126$). 학업수행의 변화는 다소 서서히 진행해가는 과정이고 또한 학업성취는 학교적응과 수업태도, 교사와의 관계에 의해 향상되거나 저조할 수 있으므로 좀더 장기간에 걸쳐 추적조사해 볼 필요가 있다(최봉실, 2004). 따라서 본 센터에서 실시했던

학교정신보건프로그램은 중학생들의 스트레스감소, 자아존중감 향상, 정서/행동문제 감소 및 사회적응력을 향상시키는데 효과가 있음을 확인하였다(표 5).

부모와 교사들의 아동의 심리적 문제에 대한 태도를 조사(김영아 등, 1996)한 결과, 부모와 교사들은 내재화 문제를 보이는 아동보다 외현화 문제를 보이는 아동의 증상이 더 심각하다고 지각하였다. 이는 부모나 교사가 아동에 대해 평가할 경우 외견상 뚜렷이 관찰되는 행동이 아닌 내재화된 정서문제는 쉽게 파악하지 못할 가능성이 있음을 시사한다. Weist 등(1996)은 학교에서 정신건강 서비스를 받은 고등학생과 신체적인 건강서비스를 받은 고등학생을 비교한 결과 학교정신보건서비스를 받은 고등학생의 우울점수는 감소되고 자아개념 점수는 향상되었다. 최근에 학교정신보건서비스 제공 전과 후의 정서/행동 기능, 성적 및 출석율 등을 평가한 결과 서비스제공 후 실제로 학생들의 성적, 출석율, 학교에서의 행동 및 일반적인 적응능력은 향상되었다. 이런 연구결과는 학교정신보건프로그램을 수행할 수 있는 직원을 배치할 수 있다는 필요성을 느낄 수 있었다.

Nabors 등(1999)의 연구결과, 학교정신보건프로그램에 참여한 학생들은 긍정적 태도, 공격적 행위가 감소, 가족관계 향상, 교사와의 갈등이 감소, 분노관리, 대인관계 기술 향상을 보고하였다. 이는 청소년들이 지속적인 인정과 신뢰감을 느끼면 스스로 문제행동을 통제하게 된다는 것을 시사해 준다. 그러므로 청소년들이 문제 상황에 직면했을 때 단순히 충동적으로 행동하지 않고, 합리적인 평가를 하고 이를 극복할 수 있도록 도와주는 프로그램을 시행하고 가정과 학교에서 지속적인 관심을 표현해주어야 할 것이다. Weist 등(1999)은 지역사회정신보건 프로그램을 받은 청소년과 학교정신보건 프로그램을 받은 청소년들간의 정신사회 기능을 비교하는 연구 결과,

학교정신보건프로그램을 받은 청소년 중 67%(104명)은 이전에 상담받아 본 일이 없다고 하였고, 33%(51명)은 이전에 상담받은 일이 있다고 하였다. 지역사회 정신보건센터 프로그램에 참여한 청소년 중 54%(30명)은 전에 상담받은 경험이 없다고 하였으며 46%(26명)은 이전에 상담받아 본 경험이 있는 것으로 나타나 두 집단 간에 전에 상담서비스를 받은 경험은 유의한 차이가 있었다. 학교정신보건프로그램을

받고있는 청소년들은 지역사회

정신보건센터 프로그램을 받고있는 청소년보다 이전에 정신건강서비스를 훨씬 덜 받았다는 것을 발견하고 학교정신보건프로그램은 정신건강서비스가 필요하지만 그 서비스를 받아보지 않은 학생들에게 효과적이라고 하였다. 또한 두 집단간에 전에 받은 정신건강 상담에서 높은 수준의 내재화문제를 가진 청소년들에게 더 강력한 차이를 나타냈다. 이는 학교정신보건프로그램이 지역사회정신보건센터 프로그램보다 덜 눈에 띄고 분명하게 나타나지 않는 정서적 문제를 가진 청소년들에게 더 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

학교정신보건프로그램과 지역사회정신보건센터프로그램을 이용하는 청소년 비교 연구(Weist 등, 1999)에서,

학교정신보건프로그램은 내재화 문제를 가진 청소년들이 많이 이용하였고, 지역정신보건센터프로그램은 외현화 문제를 표현하는 청소년들이 더 많이 이용하였음을 보고하였다. 이 결과는 외현화 문제를 드러냈을 때에는 즉각적인 중재가 필요하므로 지역정신보건센터를 찾아가게 되지만, 내재화 문제를 가진 청소년들은 그 문제가 겉으로 명확하게 드러나지 않음으로써 문제를 방치하게 되고, 센터 이용률도 더 낮아지게 된다는 것이다. 반면 학교정신보건프로그램은 청소년들이 학교에서 자연스럽게 이용할 수 있고, 우울과 같이 잘 드러나지 않은 문제를 파악할 수 있는 정신보건전문요원이 배치되어 있기 때문에 내재화문제를 지닌 청소년들에게 더 유용한 프로그램이 될 수 있었다.

Weist 등 (1999)은 학교정신보건프로그램에 참여한 청소년(임상군) 98명 중 64%가 전에 정신건강 서비스를받은 경험이 없었고 36%는 정신건강서비스를 받은 경험이 있는 것으로 나타났다. 지역사회정신보건센터 프로그램에 참여한 청소년(임상군) 중 42%는 전에 서비스를 받지 않았고 64%는 받은 경험이 있는 것으로 나타나 두 집단 간의 이런 차이는 의미가 있다. 그래서 학교에서 온 내재화문제를 가진 청소년은 지역사회에서 온 내재화 문제를 가진 청소년보다 훨씬 더 과거 정신건강 서비스를 받은 경험이 적다는 것을 알 수 있다. 두 집단간에 생활스트레스, 폭력노출, 가족지지, 자아개념, 정서.행동문제는 차이가 없

었다. 이런 결과는 뭔가 놀랄 일이다. 지역

사회정신건강센터에서 만난 청소년은 높은 수준의 외재화문제와 복합적인 진단명이 더 많았다. 이는 학교정신 보건프로그램이 지역사회정신보건센터에서 제공되는 프로그램보다 더 예방적 차원이라는 것이다. 즉 학교정신보건 프로그램은 조기에 덜 심각한 문제가 있는 더 많은 청소년에게 효과가 있음을 의미한다. 이들 청소년과 그 가족 대부분은 지역사회정신보건센터에서 받은 서비스에 대한 강한 낙인을 나타냈고 자신들을 정신병환자로서 인식하게 된다고 하였다. 이들 청소년은 이미 학교정신보건 프로그램에 참여하면서 받은 서비스에 대해낙인을 훨씬 덜 느낀다고 보고했다. 중요한 점은 청소년들은 지역사회정신보건센터나 개인 정신병원에서 받는 서비스 보다 학교정신보건프로그램에서 필요한 정신건강서비스를 훨씬 더 많이 받을 수있다는 것이다.

최근의 연구는(Flaherty 등, 1996) 학교정신보건 프로그램은 우울이나 불안과 같은 더 눈에 띄지않는 유형의 문제를 가진 청소년들에게 영향을 미친다는 입장을 제시한다. 이런 연구의 결과는 학교정신보건 프로그램이 스트레스나 우울 및 불안과 같은 더 눈에 띄지 않는 유형의 내재화문제를 가진 청소년에게 영향을 미치는 것처럼, 다른 서비스의 영향을 받지 않았던 청소년에게 실제로 효과가 있다는 사실을 지지해준다 (Weist 등, 1999).

III. 맺음말

본 연구는 4년 5개월 동안 광주광역시 남구효사랑 청소년정신보건센터에서 일반 중학생 집단과 학교생활에 어려움이 있는 고 위험 학생집단(학교중도 탈락생, 복학생, 학교에서 의뢰된 학생, 수강명령 대상 및 보호관찰 대상, 미혼모 대상 등), 학부모, 교사 및 지역사회 청소년 관련 인력을 대상으로 실시했던 관학협력모델(광주광역시와 남구청 지원으로 전남대학교 간호과학연구소와 남구보건소)의 학교정신보건사업 모형을 제시하였다. 즉 지역사회 정신보건센터에서 학교정신보건사업을 실시하는데 필요한 기초자료 및 가이드라인을 제공하기 위하여, 사업 지원비, 인력 및 교육, 지역사회 욕구조사 및 자원연계, 지역사회 자원 개발 및 연계체계 구축, 학교정신보건프로그램, 및 학

학교정신보건프로그램 효과평가 결과에 대해 구체적으로 제시하였다. 따라서 학교정신보건사업을 계획하고 학교에서 실제로 실시하기 전, 실시하는 동안, 그리고 실시한 후에 일어날 수 있는 활동에 대한 본 센터 모형의 내용과 정보를 함께 나눌 수 있다는 것은 중요한 일이다.

학교정신보건사업은 아직은 새로운 영역이다. 본 센터에서 새로운 학교정신보건사업을 실시하려 할 때 활용할 수 있는 실무기준이 거의 없었다. 효과적인 학교정신보건 프로그램의 주요한 구성요소는 청소년 정신건강문제에 관심있는 전문요원이나 학교정신보건센터프로그램 중에서 확인되고 구분되어야 한다. 학교정신보건사업에 대한 다양한 경험적인 연구결과는 특별한 상황에 직면해있는 고위험 청소년들에게 적용할 수 있는 프로그램 유형을 결정하는데 도움을 줄 수 있고, 효과적인 학교정신보건 프로그램을 개발하는데 필수적으로 포함되어야 할 정보를 제공해 줄 수 있다.

본 센터는 학교정신보건사업이 더 성숙된 단계로 들어갈 때, 몇 가지의 도전에 직면하게 되었다. 첫째, 매일 실무에서 늘 새롭고 혼란스러운 문제들 즉 위기 청소년, 성폭력 희생자, 가출학생, 학교를 그만두려는 학생, 학교폭력 가해학생 등과 그들의 부모들을 만날 때 한계에 직면하는 일, 둘째, 지역사회에서 점점 더 높은 수준의 서비스를 요구할 때에 부응해야 하는 것, 셋째, 끊임없이 학교정신보건사업 효율성과 비용효과적인 성과를 제시하기 위해서 노력해야 하는 것, 넷째, 사업비 지원을 계속 받기 위해서는 청소년을 위한 정신건강과 교육관련 단체에 적극 참여하여 그들이 본 사업에 적극 지원하고 참여할 수 있도록 하는 것, 다섯째, 전문인력 개발 및 자료의 데이터 베이스 구축하는 것이다.

1996년 미국의 메릴랜드 대학에서 4개 주의 도시와 농촌에서 학생들의 문제와 욕구에 대한 교사들의 인식을 평가하기 위해 주요 학교교사를 대상으로 조사를 하였다(Weist, 1997). 초등학교에서는 주로 주의집중이 안되거나 충동조절에 어려움이 있는 문제(acting out), 중학교에 들어가면 우울이나 불안과 같은 내재화 문제, 고등학교에서는 물질남용이 심각한 문제라고 인식하는 것으로 나타났다. 이런 조사는 학교에서 청소년들에게 정서/행동문제가 신체적인 건강

보다 훨씬 더 의미있게 많다는 것을 나타내며, 또한 학교에서 학생들과 신뢰관계를 잘 형성할 수 있는 훈련된 정신보건전문요원의 능력개발의 필요성을 지적하는 것이다(Weist, 1998).

그러므로 학교정신보건사업은 청소년에 대한 남다른 애정과 관심 뿐 아니라 그들의 정신건강을 향상시키기 위한 헌신적인 사명감, 그리고 청소년들에게 적절한 프로그램을 개발하고 창의적으로 사고할 수 있는 유능한 상담자 그리고 각 기관들과 협력하고 협상할 수 있는 인간관계 기술과 리더십을 갖춘 전문인력이 없이는 수행할 수 없다. 따라서 가장 중요한 것은 정신보건전문간호사의 독특한 상담(대화)기술과 따뜻한 마음 그리고 창의적인 연구능력, 리더십 능력이다.

또한 학교정신보건사업이 성공하기 위해서는 필요한 학교정신보건 프로그램 서비스를 제공하는 과정이나 방법보다 학교정신보건프로그램을 개발할 때 다양한 대상자들 각각에게 적합한 내용이나 진행과정, 방법 및 대상자들의 반응에 대해 구체적으로 설명할 것을 제언한다. 그리고 학교정신보건사업에 대한 실무 표준을 개발하고 학교정신보건법이 제도화되어 지원 받을 수 있도록 정신보건센터는 학교의 관리자나 청소년 관련단체들과 로비 및 홍보를 위해 노력해야 할 것이다. 이런 조직적인 홍보 및 노력은 학교정신보건 서비스가 필요한 소아, 청소년들을 위한 실행가능한 서비스 전달체계 모형으로 정부의 인정을 받는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 그리고 학교정신보건사업을 성공적으로 수행하고 지속시키기 위해 필요한 정보를 나누고 다양한 유형의 프로그램에 대한 가이드 라인을 개발하고 표준화 시킨다는 것은 학교정신보건법을 제도화 시킬 수 있는 첫 단계이며 전국적으로 학교정신보건사업을 정착시키는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

우리 나라에서는 현재 학교정신보건사업이 전반적으로 시행되고 있지 않으며, 청소년 대상의 정신보건 전문인력이 부족하여 정신건강 문제를 보이는 학생들을 조기발견 및 조기치료가 미흡한 실정이다. 따라서 학교와 청소년 정신보건센터나 청소년상담관련 기관과의 연계 및 협조가 이루어져 정신건강 의뢰 체계를 활성화하고 학교정신보건법 제정 및 국비지원 독립된 아동, 청소년정신보건센터 활성화가 시급하다고 본다.

참 고 문 헌

- 김남옥 (2000). 청소년문제와 학교정신보건사업의 필요성. 대구광역시 서구보건소서구정신보건센터 2000년 청소년 정신건강세미나 보고서.
- 곽영숙 (2002). 제주도 학교정신보건 시범사업, 사회정신의학, 7(1): 10-20.
- 김영아, 하은혜, 오경자, 김소라 (1996). 한국의 부모와 교사들이 아동의 심리적 문제에 대한 태도, 한국심리학회지, 15(1), 45-54.
- 노숙영 (1997). 중학생의 학교적응, 학업성취, 정서 및 문제행동의 관계. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 오은영 (1999). 소아 청소년 정신의학. 지역사회정신보건사업 실행강좌.
- 이정숙, 최봉실 (2001). 일 도시 중학생의 정신건강에 관한 연구, 간호간호학회지, 제10권 제4호: 203- 223.
- 이정숙, 권영란, 최봉실 (2003). 부모의 음주문제 정도에 따른 중학생의 정서, 행동문제 비교, 정신간호학회지, 12(4): 503-511.
- 최 영 (2000). 학교보건사업의 배경과 필요성. 광주광역시 서구 청소년정신건강센터 학교정신보건사업의 발전방향 심포지움 자료집. 12. 14.
- 최봉실 (2004). 학교정신보건프로그램이 중학생의 스트레스, 자아존중감, 정서, 행동문제 및 사회적응능력에 미치는 효과, 전남대학교 대학원 박사학위논문.
- Acosta, O.M., Tashman, N.A., Prodent, C., Proescher, E. (2002). "Establishing Successful School Mental Health Program: Guidelines and Recommendation", In H.S Ghuman, M.D. Weist, & R.M. Shraes(Eds), Providing menthal health services to youth where they are: school-and community-based approaches. New York. Taylor & Francis. 57-74.
- Acosta, O.M., Weist, M.D., Lopez, F.A., Shafer, M.E., & Pizarro, L.J. (1999). Assessing the mental health and academic needs of Latino youth. Unpublished manuscript.
- Adelman, H.S., & Taylor, L. (1993). School-based mental health : Toward a comprehensive approach, J. of Mental Health Administration, 20: 32-45.
- Ambrose, M.G., Weist, M.D., Scaeffler, C., Nabors, L.A., Susan., H. (2002). Evaluation and Quality Improvement in School Mental Health, Providing mental health services to youth where they are : school-and communiti-based approaches. New York. Taylor & Francis, 95-110.
- Flaherty, L.T., Weist, M.D., & Warmer, B.S. (1996). School-based mental health services in the United States : History, current models, and needs. Community Mental Health Journal, 32: 341-352.
- Flaherty, L.T., Weist, M.D. (1999). School-based mental health services : Baltimore Model. Psychology in the Schools, 36(5): 379-389.
- Hoagwood , K., Jensen, P.S., Petti, T., & Burns, B.J. (1996). Overcomes of mental health care for children and adolescents: A comprehensive conceptual model, J. of the Amerivan Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35: 1055-1063.
- Nabors, L. A., Weist, M. D., Reynolds, M. W., Tashman, N. A., & Jackson, C. Y. (1999). Adolescent satisfaction with school-based mental health services. J. Child and Family Studies, 8: 229-236.
- Nabors, L.A, Weist, M.D., Reynold, M.W. (2000). Overcoming challenges in outcome evaluations of school mental health program, Journal of School Health, 70(5): 206-209.
- Tashman, N.A., Waxman, R.P., Nabors, L.A., & Weist, M.D. (1998). The PREPARE approach

- to training clinicians in school mental health program. *Journal of School Health*, 68(4): 162- 164.
- Van Hoof, T.J., Sherwin, T.E., Baggish, R.C., Tacy, P.B., & Meehan, T.P. (2004). Mental Health Services at Selected Private Schools, *J. of School Health*, 74(4): 125-129.
- Weist, M.D. (1998). Mental health services in schools : Expanding opportunity. In H. Ghuman & R. Sarles(Eds.), *Handbook of child and adolescent outpatient, day treatment and community psychiatry*. 347-358, Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Weist, M.D., Nabors, L.A, Meyers, C.P., & Ambruster, P. (2000). Evaluation of expended school mental health program,. *Community Mental Health Journal*, 36(4): 395-411.
- Weist, M.D., Myers, C.P., Hastings, E., Ghuman, H. & Han, Y.L. (1999). Psychosocial Functioning of Youth Receiving Mental Health Services in the Schools Versus Community Mental Health Centers, *Community Mental Health Journal*, 35(1): 69-81.
- Weist, M.D. (1997). Expanded School Mental Health Services : A National Movement in Progress. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19: 319-351.
- Weist, M.D. Paskewitz, D.A., Warner, B.S., & Flaherty, L.T. (1996). Treatment outcome of school- based mental health services for urban teenagers, *Community Mental Health Journal*, 32(1): 149-157.