

## 학생정신건강검진 시범운영사업에 따른 추진방안

김현정<sup>1</sup> · 김윤영<sup>2</sup> · 이혜숙<sup>2</sup> · 현미나<sup>3</sup> · 남동현<sup>4</sup> · 김상원<sup>4</sup> · 안동현<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>솔빛정신과의원, <sup>2</sup>성동정신건강센터, <sup>3</sup>성신여자대학교대학원 심리학과,  
<sup>4</sup>성균관대학교 대학원 아동학과, <sup>5</sup>한양대학교 정신과

### Mental Health Screening in Schools

Hyoun-Jeong Kim<sup>1</sup>, Yun Young Kim<sup>2</sup>, Hye Sook Lee<sup>2</sup>, Mi Na Hyun<sup>3</sup>, Dong Hyun Nam<sup>4</sup>,  
Sang Won Kim<sup>4</sup>, Dong-Hyun Ahn<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>Solbit Psychiatric Clinic, <sup>2</sup>Seongdong Mental Health Center, <sup>3</sup>Department of Psychology,  
SungShin Women's University Graduate School, <sup>4</sup>Department of Child Psychology and Education,  
SungKyunKwan University Graduate School, <sup>5</sup>Department of Psychiatry, Hanyang University Medical School

#### ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of the study was to find the strategies of mental health screening in school. Based on the literature review, we discuss the importance of screening students in schools for mental health problems.

**Methods:** Data from the 2008 Korean Mental Health Screening in Schools(2008-KMHSS) are used to estimate the outline of this screening. We administered the questionnaire for satisfaction of 2008-KMHSS for students(N=1,280), parents(N=2,672), school nurses(N=75), teachers(N=685), district personnels(N=6), and mental health center staffs(N=37). Also we interviewed a part of them by telephone and e-mail. And we reviewed the tools and methods for screening students for emotional/behavioral problems.

**Results:** Mental health screening in schools is a very important, yet worrisome, agenda that is in its very early stages. From the 2008 Korean Mental Health Screening in Schools, 9,588 students(12.9%) needed more evaluation in the first stage. Of these, 6,910(72.1%) completed the second stage screening. In this sample, 1,975(28.6%) utilized the mental health services in school or community. 38.3% of students and 43.7% of their parents notified the 2008-KMHSS. But only 12.1% of students and 10.9% of their parents dissatisfied with the screening. 9.9% of teachers and 22.7% of school nurses dissatisfied with the screening. Among them the school nurses were mostly dissatisfied, and they complained work burden from KMHSS. Mental health center staffs complained similar issues. The Children's Problem-behavior Screening Questionnaire(CPSQ) and Adolescents' Mental-health & Problem-behavior Screening Questionnaire(AMPQ) were compatible to screen students in schools for mental health problems in first stage.

**Conclusion:** Mental health screening in schools needs careful planning and implementation. For successful mental health screening in schools, several elements need to be considered: careful planning, collaboration, staff training, and integrative mental health programs and services in community or schools.

Key words : Mental health, Screening, School, child, Adolescent

(2009년 3월 30일 접수, 2009년 5월 20일 채택)

\* Corresponding author : Dong-Hyun Ahn, Department of Psychiatry, Hanyang University Medical School, 17 Haengdang-dong, Seongdong-gu, Seoul 133-792 Korea

Tel: 82-2-2290-8425 Fax: 82-2-2298-2055 E-Mail: ahndh@hanyang.ac.kr

This research was supported by grants from Ministry of Education, Science and Technology.

## 1. 서 론

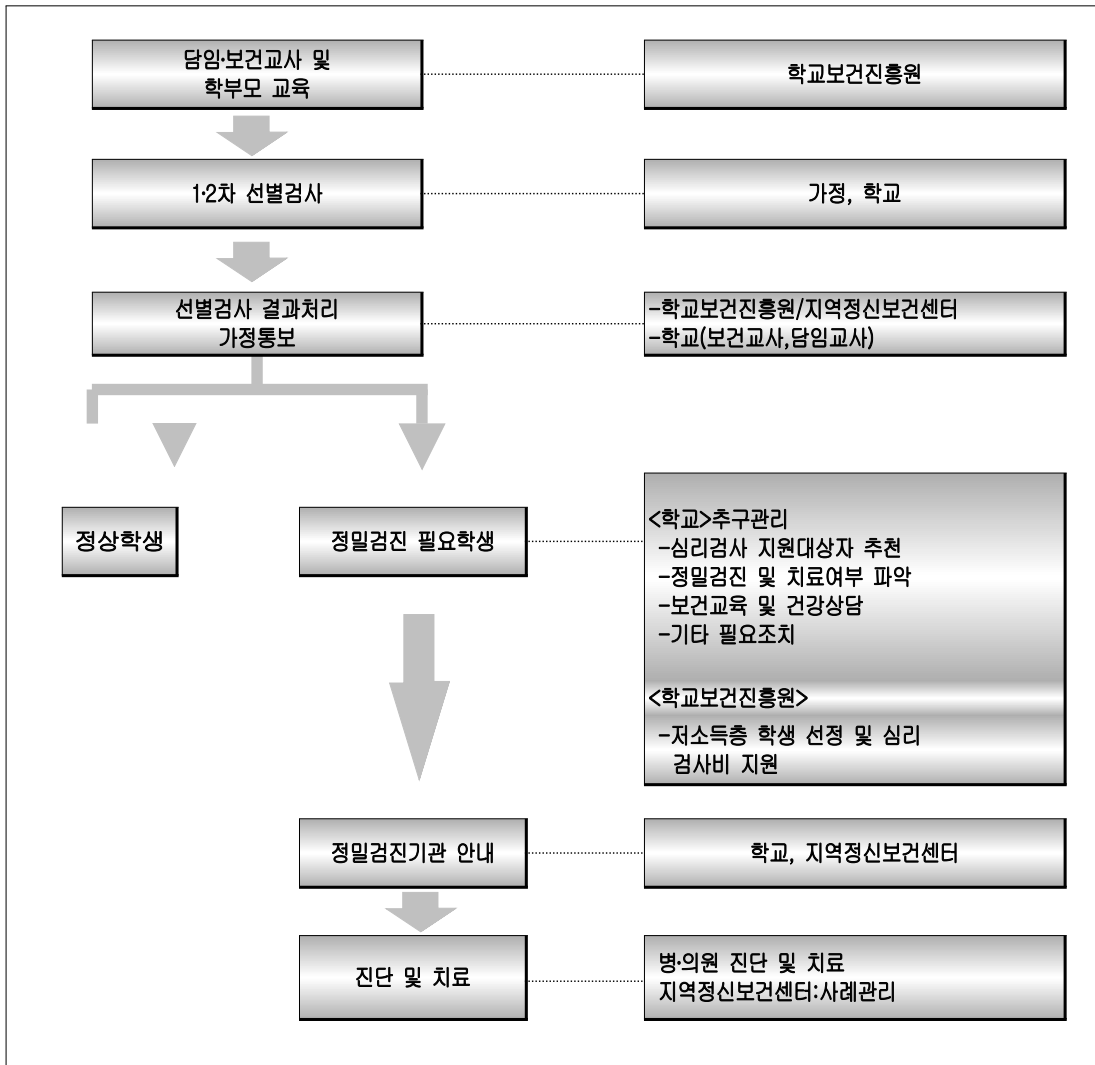
학생들의 정신건강을 증진, 예방, 조기발견 및 개입, 치료에 있어 가장 중요한 곳은 학교와 가정이다. 이 가운데 학교는 다음의 여러 이유로 해서 학생들의 정신건강과 관련하여 중요하다(Seif, 2004). (1) 대부분의 아동 및 청소년들은 학교에 재학한다, (2) 학교는 개입에 가장 유용한 사회적 및 교육적 기관이다, (3) 학교는 학생과 가족 및 지역사회에 중대한 영향력을 갖는다, (4) 학교는 여러 위해요인으로 부터 학생들을 보호하는 안전지대의 역할을 할 수 있다, (5) 학교는 가정과 함께 학생들의 자긍심, 자신감을 키우는데 중요하다, (6) 학교는 시험에 대한 스트레스, 따돌림 등으로 인해 학생에게 스트레스를 줄 수 있다, (7) 학교는 지역사회 생활의 중심에 있기 때문에 정신건강에 중요한 요소로 특히 중요하다. 그의 주장과 마찬가지로 대다수의 아동 및 청소년은 학교에 재학 중이고, 이들에게 학교는 매우 중요한 역할을 한다. 그와 함께 지역사회에서 차지하는 학교의 역할 또한 막중하다. 학교가 직접적으로 학생들의 정신건강 증진이나 예방, 조기개입에 관여하며, 학교 교육과정을 통해 정신건강에 대한 편견이나 부정적 인식을 줄이는 것 또한 중요하다.

그렇다면 교육이 주목적인 학교에서 건강, 그 가운데서도 특히 정신건강에 주목해야 하는 이유는 무엇인가? 지금까지 학교 보건에서 중요하게 취급된 것은 주로 영양과 급식, 환경, 체격 조건 등이었다. 그러나 이 같은 것들은 사실상 국내에서 1970년대의 급격한 경제 성장 이후 학교 보건에서 더 이상 주요한 문제가 아니다. 오히려 현재 학생들은 학교에서의 학업 문제, 또래 집단에서의 적응이나 문제 행동, 학생들 간의 폭력, 자살 등의 새로운 문제로 심각하게 고민하고 있는 실정이다. 예를 들면 최근에 사회적으로 문제가 되고 있는 집단따돌림, 소위 '왕따'같은 것이 그 한 가지 예라고 할 수 있다.

이러한 변화에 대해 2005년 10월 일본 교토 시에서 시행된 설문조사 결과를 보면(有井, 2006) 명확하게 드러난다. 이 연구를 보면 80개 공립중학교에

서 학교장, 보건교사, 스쿨카운슬러, 학교교의를 대상으로 설문조사를 하였는데, 학교장이 학생건강에서 가장 중요하게 생각하는 과제는 부등교, 정신건강, 학습장애 순이었으며 학교장이 학교교의에게 기대하는 내용은 정신적 문제 상담, 정기적인 학교 방문 순이었다. 그럼에도 불구하고, 실제 학교교의들이 응답한 자신들의 주된 역할을 보면 중복응답으로 아토피(40%), 비만(31%), 감영질환(20%), 천식(12.5%) 등으로 신체질환이 70% 이상을 차지하고 있다. 학교장이 기대하고 중요하게 생각하는 부등교 및 교내폭력 등은 16.5%만을 차지한다. 하지만 앞으로 중요하게 다루어야 한다고 생각하는 것에 대해서는 정신건강의 문제 65.5%, 신체관리 19%, 기타 15.5%로 응답하고 있다(有井, 2006). 이런 자료에서 보듯이 정신건강의 문제가 학교 현장에서 가장 중요한 문제임에도 불구하고 실제 학교 보건에서는 아직 중요하게 다루어고 있지 못하다.

우리나라는 2006년 1월 '학교보건법'이 개정되어 정신건강에 대한 내용이 강조된 이래로, 2007년부터 교육과학기술부가 시범운영중인 '학생정신건강검진 사업'은 정신건강상태를 파악하고, 정신질환의 조기발견 및 조기개입을 위하여 2008년 전국 245교 초·중·고등학교 학생을 대상으로 진행 중에 있다. 이 사업은 초등학교 1,4학년 및 중·고등학교 1학년 학생을 대상으로 하며 우울, 불안, 고민, 주의력 결핍, 과잉행동장애, 음주, 흡연, 약물, 비행 및 폭력, 인터넷 중독, 성행동, 자살, 통제력 상실 등의 항목 조사 및 정신보건교육, 추후 관리 실시를 위하여 학생 정신건강 문제 선별검사를 통해 정밀진단이 필요한 학생은 지역 정신보건센터 및 전문 병·의원에서 진단 및 치료를 받을 수 있도록 안내한다. 또한 저소득층 등 소외계층 가정의 학생을 선정하여 진단 및 치료를 위한 심리 검사비를 지원하고 있다. 전반적인 사업과정에 대한 개요는 [그림 1]에 정리하였다. 2년이라는 짧은 시범사업과정 중에 관련 부처 간의 협력 및 연계 미흡, 예산확보 부족, 관련 당사자들의 이해 및 훈련 부족, 관련 시행기관-교육청, 학교, 지역 정신보건센터, 정신과 병의원 등-



[그림 1] 추진체계(학생 정신건강관리 체계도)

간의 효율적 연계체계가 미흡한 문제 등 여러 가지 문제점들이 제기되어 이 사업의 전면적 확대 시행에 앞서 이를 개선하고 적절한 대책을 수립할 필요성이 제기되었다. 이 연구는 이미 수행된 '학생정신건강검진 시범운영 사업'의 성과를 분석하여 보완 사항을 모색하고, 학생정신건강 대상자에게 효과적인 서비스를 제공하기 위한 서비스 체계 구축 및 행정적 지원 방안을 탐색하는데 목적이 있다. 이 같은 목적을 달성하기 위하여 외국

의 청소년 정신건강 검진 및 효율적인 대처 방안에 관한 연구, 2008년도 시행된 학생정신건강검진 자료의 분석 및 이 사업의 대상자였던 학생 및 학부모, 대상학교의 담임교사와 보건교사, 지역의 교육청 담당자, 및 대상 학교와 함께 이 사업을 수행한 지역정신보건센터 실무자를 대상으로 이 사업에 대한 조사가 이루어졌다. 이를 토대로 적정한 학생정신건강검진 수행을 위한 정책적 제언을 제시하였다.

## II. 연구내용 및 방법

이 같은 필요성 및 목적에 따라 이 연구에서는 다음과 같은 크게 두 가지 연구문제를 설정하였다. 첫째 학생정신건강검진의 타당성 검토이다. 아직도 많은 사람들이 “의무적이고 전반적인 정신건강검진(mandatory universal screening for emotional/behavioral health issues)”에 대해서는 우려하는 시각을 가지고 있다(Weist et al., 2007). 그럼에도 불구하고 지금 시행되고 있는 학생정신건강검진사업에서 1차선별 과정은 의무적으로 시행되며 전반적인 정신건강영역을 포함하고 있기 때문에 그 타당성에 대한 논의가 필요하다. 이와 함께 검진방법 및 검진도구의 타당성 또한 검토할 것이다. 이 사업은 1차 선별도구를 사용하여 선별한 다음 2차 선별설문지를 이용한 후, 지역사회 정신건강서비스기관에 의뢰하도록 하고 있다. 따라서 그러한 검진방법 및 검진도구의 타당성이 검토될 필요가 있다.

둘째, 학생정신건강검진의 효율적 운영에 관한 내용이다. 어떤 방법과 도구를 사용하며 어떤 인력에 의해 구체적으로 어떤 내용을 담을 것인가에 대한 것을 검토할 것이다. 현재 이 사업은 1차적으로 교육과학기술부가 각 시도교육청 및 지역교육청을 통해 각 급 학교로 사업 지침이 시달되어 1차 및 2차 선별작업을 수행하도록 하고 있다. 그리고 이러한 선별 방법 및 과정에서 지역의 정신보건센터와 협조하도록 권고하고 있다. 하지만 구체적으로 어떻게 협조할 것인지, 각 관련 당사자들의 역할 구분. 관련 당사자-각 시도교육청 및 지역교육청, 각 급 학교 교직원, 지역 정신보건센터장 및 실무자, 학생 및 학부모, 지역 병의원-들의 이 사업에 대한 이해와 훈련, 홍보 등에 대해서는 구체적인 지침이 주어지지 않고 있다. 따라서 이 연구에서는 이 사업의 효율적인 운영에 대한 것이 검토된다. 이 같은 연구 목적과 연구 문제에 대해 다음과 같은 연구 내용을 수행하였다.

먼저, 국내외에서 수행된 학생 및 청소년 정신건강 검진 및 효율적인 대처 방안에 관한 연구에 대해 문헌을 통한 연구가 일차적으로 시행되었다. 이

를 근거로 학생정신건강검진사업의 타당성에 대해 논의하였다.

두 번째로 이미 2008년도에 시행된 학생정신건강검진 자료의 개괄적인 분석이 이루어졌다. 물론 이 자료는 너무 방대하여 세부적인 자료 분석은 수행하지 못하였지만 개괄적인 분석을 통해 이 사업수행의 타당성 분석에 대한 일차자료로 활용하였다.

세 번째는 이 사업의 직접 대상자였던 학생 및 학부모, 대상학교의 담임교사와 보건교사, 지역의 교육청 담당자, 및 대상 학교와 함께 이 사업을 수행한 지역정신보건센터 실무자 중에 일부를 대상으로 이 사업에 대한 조사가 이루어졌다. 현재 전국적으로 교육인적자원부에서 학교보건법에 근거하여 초1, 초4, 중1, 고1에 시행하는 신체검진이 시행되고 있으며 2008년부터 시행된 학생정신건강검진에서는 같은 학년에 정신건강선별사업을 추가하였다. 따라서 이번 조사 대상은 2008년 11월 15일부터 2008년 12월 6일까지 검진사업이 수행된 245개교 중 75개교의 보건교사 83명, 담임교사 685명, 학부모(초1, 초4, 중1, 고1) 2,672명, 학생(중1, 고1) 1,280명(중고등학생만 대상으로 함)과 검진사업을 수행한 정신보건센터 실무자 37인, 교육청 담당자 6인을 대상으로 수행되었다. 조사방법으로는 학생, 학부모, 담임교사, 보건교사에게는 우편을 이용한 설문지로 조사하였으며 정신보건센터 실무자는 메일을 통한 설문지 및 전화인터뷰를 시행하였다. 교육청 담당자의 경우에는 전화인터뷰를 시행하였다. 대상자 선정은 학교, 교육청 담당자의 경우 무작위 표본 추출(List Random Sampling), 정신보건센터 실무자의 경우에는 2008년도 사업을 수행한 72인에게 메일을 발송하였으며 37인이 설문지에 응답하였다. 대상자 및 수행자별로 각각의 설문지가 작성되었다. 먼저 담임교사 및 보건교사에 대한 설문지는 간단한 인적사항(성별, 직위, 교직경력)에 설문과 함께, 1) 학생정신건강검진사업에서 학교의 역할은 무엇인가, 2) 이 사업의 수행에 대한 평가 및 만족도에 대해 5점 척도의 7항목(보건교사) 내지 9항목(일반교사), 3) 이 사업에 대한 만족/불만족에

대한 이유, 4)마지막으로 개방형 질문으로 이 사업에 대한 의견과 이 사업을 통해 크게 개선된 사례 제시에 대한 간략한 2쪽짜리 설문이었다.

대상자인 학생 및 학부모에 대한 설문지는 간단한 인적사항(성별, 학년, 경제수준)과 함께 1)올해 실시된 학생정신건강검진사업에 대해 알고 있는 지 여부, 2)교사와 마찬가지로 이 사업 수행과 관련된 평가 및 만족도에 대한 5점 척도의 8항목, 3)이 사업에 대한 만족/불만족에 대한 이유, 4)마지막으로 개방형 질문으로 이 사업에 대한 의견을 자유롭게 기술하도록 구성되었다.

마지막으로 수행자 중 하나인 지역 정신보건센터 실무자에 대한 설문지는 다른 설문지에 비해 다소 자세하게 제작되었다. 타 설문지와 마찬가지로 간단한 인적사항 및 정신보건센터의 현황에 대한 설문과 함께 1)검진이 실시된 시기와 적절하다고 생각하는 시기, 2)추가 검사 및 2차, 3차 대상자 선별

기준, 3)선별검사의 진행과 관련한 사항들, 4)검사 결과의 안내와 관련한 사항들, 5)학교와의 협력과 관련한 사항들, 6)치료연계 및 사후관리와 관련한 사항들, 6)그 외에 기타 사항들로 구성되어 총 8쪽이었다.

인터뷰는 이 설문지를 바탕으로 이 사업의 수행과 관련한 전반적인 내용에 대해 미리 접촉하여 연구의 취지와 목적, 및 인터뷰 내용을 알리고 동의를 구한 후 개별적으로 연구보조원들이 대략 1시간 정도 전화 및 이메일로 진행하였다. 이번 조사에 대한 개요를 [그림 2]에 정리하였다.

네 번째 연구 내용으로 학생정신건강검진사업에 1차 및 2차 선별도구로 사용된 설문지에 대한 논의 및 문헌조사가 시행되었다.

수집된 자료는 SPSS Win 12.0을 이용하여 분석하였다. 빈도분석을 사용하여 설문지 문항에 따른 답변의 실수와 퍼센트를 산출하였다.

구 분	내 용
조사 대상	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 학생정신건강검진대상자 : 학생(중1, 고1), 1,280명</li> <li>• 학부모(초1, 초4, 중1,7고1), 2,672명</li> <li>• 수행자 : 담임교사(685명), 보건교사(75명 * 추가 전화인터뷰- 8명) 정신보건센터 실무자(37명), 교육청 담당자(6명)</li> </ul>
조사 방법	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 학생, 학부모, 담임교사, 보건교사 : 설문지(우편)</li> <li>• 정신보건센터 실무자 : 설문지(메일) 및 인터뷰(전화)</li> <li>• 교육청 담당자 : 인터뷰(전화)</li> </ul>
표본	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 검진사업이 수행된 245개교 중 75개교</li> <li>• 검진사업을 수행한 정신보건센터 실무자 37인</li> <li>• 교육청 담당자 6인</li> </ul>
표본 추출	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 학교, 교육청 담당자 : 무작위 표본 추출(List Random Sampling)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신보건센터 실무자 : 올해 사업을 수행한 72인에게 메일 발송 ⇨ 37인이 설문에 응답함</li> </ul> </li> </ul>
조사 기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008년 11월 15일 ~ 2008년 12월 6일</li> </ul>

[그림 2] 조사 개요

### III. 연구결과 및 고찰

#### 1. 국내외의 학생 및 청소년 정신건강 검진에 대한 문헌 조사

학생들의 정신장애 및 문제 행동이 매우 흔하게 발생하고 사회변화에 의해 발생빈도가 늘고 있으며 이러한 정신건강 상의 문제가 심각한 악영향을 미치고 있다(Remschmidt & Belfer, 2005). 그럼에도 불구하고 이같이 도움이 필요한 학생이나 가족들 가운데 약 70% 이상이 적절한 서비스 제공이나 치료를 받고 있지 못하고 있다. 2003년 전국 초등학교 교사 544명을 대상으로 조사한 연구에서 교사들은 평균 2.07명이 정신건강에 문제가 있다고 생각되는 학생들이 있다고 하였다(안동현 등, 2003). 이 가운데 정신과 진찰이 필요하다고 생각되는 학생은 0.95명이라고 응답하였지만, 실제로 정신과에 의뢰하거나 진찰을 권유한 경우는 0.24명으로 문제가 있다고 생각하는 학생들의 약 1/10, 진찰이 필요하다고 생각한 학생의 1/3 미만에서만 실제 의뢰 혹은 권유가 이루어졌을 뿐이다. 이러한 필요성에도 불구하고 현재 미국을 포함한 세계 어느 나라에서도 학교에서 일제히 시행하는 의무적이고 전반적인 정신건강검진은 이루어진 적이 없다. 현재 수행되고 있는 것들은 대부분 표본학교를 대상으로 시행하거나 혹은 시범사업 형태로 시행하거나 혹은 특정 주제, 예를 들어 자살예방, 약물남용과 관련한 것이 대부분이다. 포괄적인 정신건강검진의 경우, 이미 앞에서 논의한대로 목표 질병, 의뢰 및 치료 연계, 비용 대비 효용성 등 여러 가지 문제점으로 인해 아직 전반적으로 시행되고 있지 못하다. 이와 더불어 학교가 아닌 가정에서 아동의 정신건강에 대하여 조사된 연구 결과를 보면 다음과 같다. 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에서 2000-2002년도 걸쳐 시행한 특수건강요구도를 갖는 아동에 대한 전국조사(National Survey of Children with Special Health Care Needs)를 보면 부모보고에 의한 만성 정서/행동/발달문제(Children with emotional, behavioral, and developmental(EBD) problems)를 갖는 아동

의 비율은 3.7%로 보고되고 있다(Bethell & Read, 2005). 신체장애를 포함한 전체 비율은 전 아동의 12.8%로, 이 대상아동들 가운데 만성 정서/행동/발달문제아동의 비율은 28.7%를 차지하였다. 구체적으로 보면 집중력문제 혹은 ADHD아동이 53.5%로 가장 많고, 그 다음으로 학습장애 51.7%, 우울 혹은 불안장애 43.5%, 자폐증이 6.8%, 행동 및 품행문제가 55.7%로 보고되었다. 일반 아동들에게까지 확대하여 조사한 아동건강전국조사(National Survey of Children's Health)에서 다소 다른 결과를 보였다(Blanchard et al., 2006). 물론 이들에게 검진 후 의뢰 및 치료 등이 지역사회 혹은 학교를 통해 제공되지 않았다는 점에서 이 연구에서 논의하는 검진과는 많은 차이를 보이고 있다.

국내현황으로는 최근 서울시는 2006년 3월부터 어린이, 청소년건강 사업지원단을 전문가 13명으로 구성하여 각 분야별 0~18세 어린이, 청소년 성장 발달 선별검사 항목, 검사 시기, 추천 검사방법을 결정하고 대한소아과학회 등 15개 관련 학회의 검토의견을 수렴해 어린이, 청소년 성장발달 선별검사 및 건강검진 프로토콜(안)을 수립하였다. 이와 함께 2007년 처음으로 전국에 96개교를 대상으로 교육인적자원부에서 학교보건법에 근거하여 초1, 초4, 중1, 고1에 시행하는 신체검진에 정신건강을 위한 선별검사를 실시하였다. 또한 2007년 보건복지부에서 생애주기별 전 국민 일제검진사업에서 40세, 66세를 중점적으로 시행함과 동시에 16세(고등학교 1학년)를 이 사업에 포함시켜 학생정신건강검진을 시행한 바 있다. 2008년에는 교육과학기술부와 보건복지가족부가 협력하여 학생정신건강검진을 전국적으로 시행하였다.

#### 2. 2008년도에 시행된 학생정신건강검진 자료의 개괄적인 분석

전국적으로 총 245개교 초등학교 1, 4학년, 중학교 1학년 학생 76,465명을 대상으로 총 74,089명(96.8%)에서 1차선별이 시행되었다. 이 가운데 정밀검진이 필요한 학생은 9,622명(13.0%)으로 초등학교 1학년은 766명(7.4%), 초등학교 4학년

1,405명(11.3%), 중학교 1학년 3,258명(13.5%), 고등학교 1학년 4,193명(15.4%)으로 학년이 올라갈수록 정밀검진이 필요한 학생이 증가하였다. 이들 정밀검진이 필요한 학생들 가운데, 2차 검진이 시행된 학생은 6,910명(71.8%)이었으며, 그 결과를 근거로 상담 및 심리치료를 받은 학생은 1,975명(28.8%)이었다. 이들은 학교자체에서 시행된 경우와 함께 정신보건센터 및 전문병의원으로서 의뢰되어 시행되었다.

### 3. 검진 대상자 및 수행자 대상 조사

설문지 학교 배포 및 회수율과 응답자군의 설문지 배포 및 회수율은 <표 1> ~ <표3>에 제시하였다. 설문 조사의 구체적인 결과는 다음과 같다. 먼저 중·고등학생의 경우 올해 실시된 학생정신건강검진사업에 대해 알고 있는 지에 대해서 총 1,280명 중 38.3%인 490명만이 알고 있다고 응답하였고, 61.4%는 잘 알지 못한다고 응답하여, 사업의 효과성을 높이기 위해 사전교육 실시의 필요함을 생각해 볼 수 있다. 전반적인 사업의 만족도는 보통이다가 771명, 그렇다(그렇다, 매우 그렇다)가 349명, 그렇지 않다(그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다)가 155명이었으며, 만족의 이유로는 자신의 건강에 대해 잘 알 수 있고, 평소 쌓아두었던 것을 검진을 통한 상담과 추후서비스로 해결할 수 있었음을 꼽았다. 그러나 검사결과에 대한 통보 미흡, 추후 서비스 및 검진 사업에 대한 정보제공의 미흡 등은 불만족의 사유가 되었다. 학생들은 자신의 건강검진 결과를 특별한 문제가 있을 경우(37.9%)뿐만 아니라 문제가 없을 때(62.1%)에도 알고 싶어 하였으며, 선호하는 방법으로는 담임교사(53.4%)로부터 면담(48.9%)을 통해 아는 것을 가장 높게 선택하였다.

학부모의 경우 올해 실시된 검진사업에 대해 총 2,672명 중 1,167명(43.7%)이 알고 있음, 1,469명(55.0%)이 잘 알지 못함을 응답해, 학생에 비해서는 인식비율이 높았지만, 역시 사업에 대한 교육 및 홍보가 필요함을 시사하고 있다. 사업에 대한 전반적인 만족으로는 보통이다가 1,404명, 그렇다(매우 그렇다, 그렇다)가 784명, 그렇지 않다(그렇

지 않다, 전혀 그렇지 않다)가 291명으로 약 86.4%의 학부모가 보통수준 이상의 만족함을 표현하였다. 만족의 이유로는 부모가 미처 생각하지 못한 자녀의 생각, 감정, 불만을 알 수 있는 기회의 제공, 자녀의 정신건강을 객관적으로 파악가능, 조기 발견 및 치료 가능성이 있었으며, 반면 불만족의 이유로는 검사 후 결과통보의 미흡, 세밀하지 못한 검사절차, 검진사업에 대한 정보와 이해 부족, 검사방법의 신뢰성 의문, 정신건강이라는 용어에 대한 부담감 등이 있었다. 한편 학부모들은 학생들과는 달리, 건강검진결과를 정신보건센터 담당자(72.1%)로부터 듣기를 원했으며, 그 방법으로는 우편이 47.7%로 가장 높았고, 학생들이 가장 선호하던 방법인 면담은 27.5%로 가장 낮았다. 그 외 학부모의 의견으로는 선별 검사 이상의 추후 서비스 대책 마련, 부모에게 결과 통보, 개별적인 비밀보장, 검진사업 전반에 대한 정보 제공, 정신건강에 대한 긍정적인 인식 마련 등이 있다.

사업을 직접 수행한 보건교사와 담임교사의 의견을 보면, 보건교사와 담임교사의 검진사업에 대한 전체적인 만족도는 보건교사는 보통이다가 46.7%로 가장 많았고, 그렇다(그렇다, 매우 그렇다)가 27.9%, 그렇지 않다(그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다)가 22.7%였다. 한편, 담임교사의 만족도는 보통이다가 45.0%, 만족한다(그렇다, 매우 그렇다)가 44.3%를 차지하여, 보건교사와 만족도 수준이 비슷한 것으로 나타났다. 보건교사와 담임교사는 학생정신건강검진 사업에 대해 담임교사, 학부모, 학생, 교육청 관계자들을 대상으로 하는 학생정신건강검진사업의 교육 및 홍보가 필요함; 정신보건센터와의 명확한 업무 분담 및 긴밀한 협력체제의 구축; 단순한 선별검진을 넘어, 선발된 학생들에게 지속적이고 실질적인 상담·치료의 추후 서비스의 마련; 학교 내 검진사업을 담당하는 부서와 전문인력의 배치; 학부모의 동의여부와 상관없이 치료가 필요한 아동에게 검사 및 치료의 제공 방안 마련 등이 필요함을 언급하였다.

정신보건센터 실무자들의 의견으로 1)1·2차 정신건강 선별검사의 주된 진행 방법은 학생의 자가검진 실시(26명) 및 부모의 평가(29명)이었으며

〈표 1〉 설문지 학교 배포 및 회수율

지역	학생 정신건강검진 대상 학교	만족도 설문지 배포 (초·중·고 각 2개교씩)	연구율 (%)	회수	회수율 (%)
강원	15	6	39.2	3	78.1
경기	20	6		4	
경남	15	6		5	
경북	15	6		4	
광주	15	6		4	
대구	15	6		6	
대전	15	6		6	
부산	15	6		4	
서울	20	6		4	
울산	15	6		5	
인천	15	6		4	
전남	15	6		6	
전북	15	6		6	
제주	10	6		5	
충남	15	6		5	
충북	15	6		4	
계(개교)	245	96		75	

〈표 2〉 학생 · 학부모 · 교사 설문지 배포 및 회수율

초등학교	학부모		담임교사	보건교사	
	1학년	4학년			
배포(명)	1024	1040	269	32	
회수(명)	771	794	238	28	
회수율(%)	77.6	78.6	88.5	87.5	
중학교	학부모		학생	담임교사	보건교사
배포(명)	761		761	280	32
회수(명)	574		656	208	25
회수율(%)	75.4		86.2	74.3	78.1
고등학교	학부모		학생	담임교사	보건교사
배포(명)	774		774	331	32
회수(명)	533		624	239	22
회수율(%)	68.7		80.6	72.2	68.8
전체	학부모		학생	담임교사	보건교사
배포(명)	3599		1535	880	96
회수(명)	2672		1280	685	75
회수율(%)	74.2		83.4	77.8	78.1



〈표 3〉 정신보건센터 실무자 설문지 배포 및 회수율

배포(명)	74
회수(명)	37
회수율(%)	50

(중복응답 가능), 교사와 학부모의 이해와 협조를 증진시키기 위한 사전 교육과 홍보가 필요함을 제안하였다. 2) 1·2차 검사를 동시에 실시하는 방법에 대해 올해에는 13.5%의 실무자만 동시 검사를 시행했다고 응답하였으나, 동시 검사는 선별된 학생들의 낙인의 우려를 낮추고, 실질적인 비용과 시간, 업무 면에서 효율적이므로 앞으로 신뢰성 있는 평가도구를 통한 동시 검사와 이후 사례관리에 중점을 두는 방안에 대해 긍정적으로 인식하고 있었다. 3) 검진사업 시 실무자들의 어려움으로는 학부모의 정신건강에 대한 인식부족(29명), 실무자의 업무과중(28명)이 가장 높았다(중복응답 가능). 4) 학교 측과의 협조관계에 대해 조사한 결과, 보건교사와의 관계는 62.2%의 실무자가 만족한다고 응답한 반면, 학교부장교사 및 일반교사와의 협조관계에 대해서는 51.4%의 실무자가 '아니오'라고 응답하였고, 불만족의 사유로는 교사들의 검진에 대한 통찰 및 관심의 부족을 들고 있어, 검진사업의 효과를 증진시키기 위해서는 교사교육 및 홍보가 필요함을 시사해주고 있다. 학교 내 학생정신건강검진사업만을 담당하는 전문교사에 대해 81.1%의 실무자가 긍정적으로 응답하였으며, 학교와 센터의 명확한 업무 분담 및 협력체제의 구축이 마련되어야 함을 제안하였다. 5) 선별된 학생의 추후 치료연계와 사후 관리에 대해 86.5%의 실무자가 이를 진행하였다고 응답하였으며, 추후 서비스의 가능성은 지역 내 연계할 수 있는 전문기관의 유무와 학부모의 협조에 있다는 담당자들의 보고를 근거로, 추후 연계 지원의 확보를 통한 질 높은 검진사업의 방안을 모색해야 함을 생각해볼 수 있다. 뿐만 아니라 실무자의 64.9%가 1인당 15만원인 치료비 지원액에 대해 부족함을 호소하였는데, 이는 저소득

층의 경우 실제 치료를 받는 데에 있어서는 비용이 들지 않더라도 하더라도, 심리검사 비용은 보호자가 부담해야 하는 현실이 반영된 것으로, 앞으로는 예산지원액이 향상되는 것뿐만 아니라 지원기간도 1년 이상으로 증가해야 함을 주장하였다.

마지막으로 교육청 담당자들의 의견은 1) 학생정신건강검진사업에 있어서 교육청 담당자의 현재 역할은 공문발송과 학교로부터 받은 검진결과 데이터를 취합하고 보고하는 것, 검진실시 학교의 선정, 학교와 도교육청 간의 중간 역할을 들 수 있다. 사업에 대한 교육 경험을 조사한 결과 도 교육청에서 사업과 관련하여 1회의 교육을 받았으나 이는 단순히 사업에 대한 교육일 뿐 정신건강에 대한 것은 아니었으므로, 차후 교육청 관계자들의 학생정신건강검진에 대한 폭넓은 사전교육이 필요한 것으로 보여 진다. 2) 검진사업 진행 시 겪는 어려움을 조사한 결과, 시·군·구 교육청의 경우 큰 문제는 없다고 보고한 반면, 도교육청은 교육과학기술부와 학교 간에 정신건강사업에 있어서의 인식 차이로 인해 중간자의 입장에서 어려움을 겪고 있음을 호소하였다. 교육청 담당자들의 검진사업에 대한 의견으로는 학생정신건강검진을 진행하고 있는 다양한 부처(예, 보건복지가족부, 질병관리본부, 교육과학기술부) 간의 통합, 통계처리를 함에 있어서 매뉴얼과 전산처리 시스템의 보완, 선별검진 후 추후 서비스 제공, 사업을 진행하는 교육청, 학교, 센터의 전문담당자의 배치 및 재정적인 지원, 학부모의 인식 향상 등이 있다.

**4. 학생정신건강검진사업에 1차 및 2차 선별도구로 사용된 설문지에 대한 논의 및 문헌조사**

전문가의 도움 없이 학교 현장에서 정신건강에 관한 비전문가인 교사, 학부모, 혹은 학생 스스로가 학생 자신의 정신건강과 관련하여 간편하게 평가하기 위해 몇 가지 선별검사들이 제안되었다(황혜정 등, 2001). 이들의 증상이나 문제, 및 기능에 대한 포괄적인 평가를 목표로 하고, 시간이 허용한다면, 적어도 초기 평가에서는 광대역 척도(Broad-band rating scales)를 고려해야 한다(안동현 등,

2005). 일반적으로 가장 널리 사용되고 있는 광대역 척도로 다음 <표 4>와 같은 것들이 있는데, 이들이 과연 선별도구로 사용될 수 있는 지 검토되어야 한다. 또한 정상 발달과 발달단계에 따른 정신 병리를 선별작업에서 고려해야할 필요가 있다(홍강의, 2006). 학령기 아동은 가정이라는 보호 환경에서 벗어나 학교라는 단체에 적응하는 새로운 과제를 시작한다. 이는 우선 부모로부터는 분리를 의미하며 선생을 권위자로 받아들이는 과정이다. 또한 학교생활이라는 규칙을 습득하고 집단생활을 시작하면서 단체의식을 형성하며 지식을 습득하는 시기이다. 초등학교 학생의 정신건강문제는 이러한

배경에서 이해해야 하는데 크게 두 가지로 대별할 수 있다. 첫째, 학령기 이전 발달상 문제가 있어서 이로 인한 정신건강 문제가 지속되는 경우로 정신 지체, 자폐장애, 언어발달장애, 아동학대 후유증, 뇌손상, 심한 불안 장애등이 있겠다. 둘째는 학령기에 이루어야 하는 발달과업과 관련된 것으로 학교 거절증, 무단 결석, 품행 장애, 학교 부적응, 학습 부진, ADHD, 틱장애, 집단 따돌림과 학교 폭력 등을 우선 두어야 한다. 그런데 이러한 발달이 아동기가 지나면 정지되는 것이 아니고 아동기의 경험과 발달에서 이루어진 능력들이 청소년기로 이어지면서 청소년으로서의 심리적 성장을 마치고 자아정체성

<표 4> 학생정신건강검진에 사용가능한 광대역 척도들

선별도구	영역	평가자	연령구간	항목수/시간	강점/단점	표준화
K-CBCL <sup>1)</sup>	행동/정서	부모	6-18	138/20	'gold standard': 시간/비용/채점	국내시행됨
KPRC <sup>2)</sup>	전반적	부모	3-17	177	시간/비용	국내(?)
BASC-2 <sup>3)</sup>	행동	부모/교사	2-21	126/15	시간/복잡	-
ECBI <sup>4)</sup>	행동	부모	2-16	36/5	영역 제한	-
DPS <sup>5)</sup>	정서/행동	부모/아동	9-17	86/76	개발 중	-
PSC <sup>6)</sup>	행동/정서	부모	4-16	35/5-10	절단점	-
CPSQ <sup>7)</sup>	전반적	부모/교사	6-12	26/5	간편	국내시행됨
AMPQ <sup>8)</sup>	전반적	청소년	13-18	34/5-10	간편	국내시행됨
SDQ <sup>9)</sup>	전반적	부모/교사	4-16	25(+5)/5	간편, 국제적	국내시행됨

1) K-CBCL: Korean Child Behavior Checklist(이혜련 등, 1988)

2) PIC: Personality Inventory for Children(김지혜 등, 2005)

3) BASC: Behavioral Assessment System for Children(안동현 등, 2005, p104-108).

4) ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory: ECBI(Eyberg, 1980)

5) DPS: Diagnostic Predictive Scale, DPS(Lucas et al., 2001)

6) PSC: Pediatric Symptom Checklists: PSC(Jellineck et al., 1999)

7) CPSQ: Child Problem Behavior Screening Questionnaire(허윤석 등, 2003)

8) AMPQ: Adolescent Mental Health & Problem-behavior Questionnaire(정승아 등, 2008)

9) SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire(안정숙 등, 2003)

을 이름으로서 성인기로의 이행의 마지막 단계를 거친다. 이렇게 아동기의 성격 또는 행동적 특성, 정신장애가 이어져서 청소년기 품행장애, 불안장애, 우울장애, 강박장애의 주를 이룰 수 있다. 다른 한편으로 아동과 성인의 중간에 놓인 청소년기는 그 발달단계의 특성상 근본적으로 불안정한 시기로 실제로 성인기에 진단되는 정신과적 장애의 상당수가 이미 청소년기 혹은 성인 초기부터 시작된다. 대표적인 문제로 정신분열증, 기분장애가 있다. 그러므로 아동기부터 연속적인 비행과 관련된 문제 행동 등뿐만 아니라 성인기까지 이어질 수 있는 비교적 심각한 정신건강의 문제를 안고 있는 청소년까지도 조기에 선별할 수 있는 선별도구가 필요하다. 이에 대한 구체적인 선별도구에 대한 설명은 아래에 제시하였다.

가. 1단계 선별검사

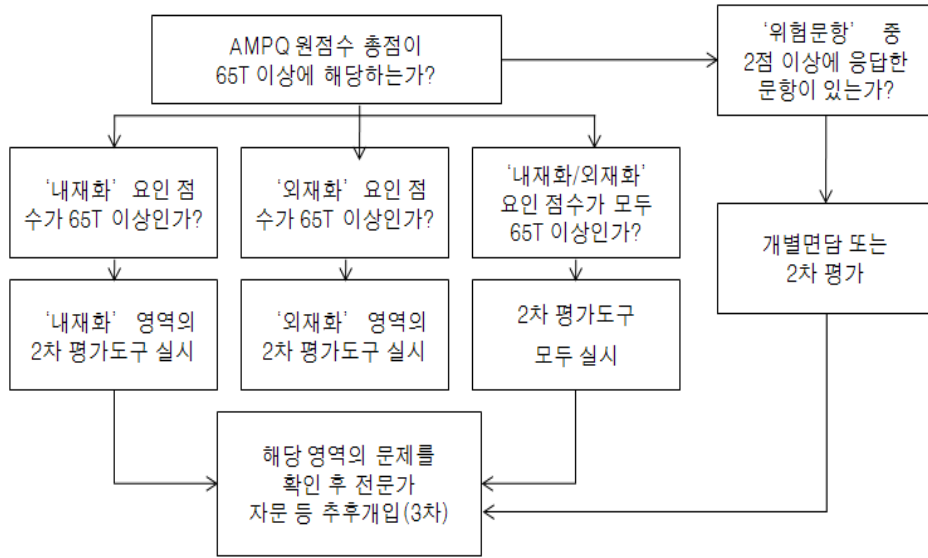
앞에서 살펴본 바와 같이 대단위로 시행되는 1단계 선별검사로 국내에서 유용한 선별도구는 매우 제한적이다. 그동안 가장 널리 사용되고 있던 것으로 아동행동조사표(K-CBCL), 그리고 최근에 집단적으로 사용된 초등학교 학생 정신건강 선별을 위한 아동문제행동선별검사(CPSQ, Child Problem Behavior Screening Questionnaire, 허윤석 등, 2003), 중·고등학교 학생 정신건강 선별을 위한 청소년 문제행동선별검사(AMPQ, Adolescent Mental Health & Problem-behavior Questionnaire, 정승아 등, 2008), 그리고 현재 일부 제한적으로 사용되고 있는 한국어판 강점, 난점 설문지(SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire, 안정숙 등, 2003) 등을 들 수 있다. 그동안 정신건강과 관련하여 가장 널리 사용되는 아동행동조사표-부모용(K-CBCL)과 교사용(Child Behavior Checklist-Teacher Report Form: CBCL-TRF, Achenbach and Edelbrock, 1984)은 여러 나라에서 널리 사용되는데 문제행동 119문항을 포함하여 사회성척도, 인적사항 등이 포함되어 작성시간이 20-30분 정도로 선별검사로서는 비교적 긴 검사라는 단점을 가지고 있고 문제행동의 선별보다는 진단 목적에 더 적합하다. 그 외에 여러 척도들이 있지만, 국내에서 표준화가 되

지 않았거나 혹은 우리 문화와는 다른 문화들에서 만들어져 사용되어온 것들이어서 적용에 문제가 많았다. 그리고 대부분의 척도들이 학교 현장이나 임상에서 중요한 인지 및 발달장애(정신지체, 자폐성 장애, 언어 장애, 학습 장애 등)를 포함하고 있지 않았다.

이와 같은 이유로 연구책임자는 수 년 간의 학생정신건강과 관련한 연구 및 사업을 해오면서 초·중·고등학생연령의 아동을 대상으로 한 문제 행동과 정신 병리를 선별해 내기 위해, 부모와 교사 모두가 아동의 문제 행동을 판별해 낼 수 있는 초·중·고등학교 학생용 아동용문제행동선별검사(Child Problem Behavior Screening Questionnaire; 이하 CPSQ)를 제작하였다(허윤석 등, 2003). 현재 1차 선별검사로 쓰이고 있는 CPSQ와 AMPQ는 이러한 목적으로 사용될 수 있는 적합한 도구를 처음 개발한 것이고, 문항수가 각 26문항, 34문항으로 구성되어 있기 때문에 실시와 채점이 용이하므로 '간편한 선별도구'를 제작했다는 점에서 목적을 달성했다고 볼 수 있다. 따라서 현 시점에서 전국을 대상으로 하는 국가사업으로 운영하기 위해서는 아동, 청소년의 정신건강 및 문제행동 선별검사로써 현재 쓰이고 있는 CPSQ와 AMPQ가 유용할 것으로 보인다. 또한 일선 교육현장에서 정기적으로 실시되는 학생정신건강검진의 일부로 활용 가능하며, 청소년(중·고등학생 연령층)의 정신건강 문제를 상담하거나 청소년 지도를 담당하는 전문가들이 청소년기에 경험하게 되는 다양한 정신건강 및 행동적 문제를 이해하고 교육하는데 있어서 교육 자료가 될 수 있을 것이다. 이와 같은 과정은 [그림 3]와 같은 흐름도로 나타낼 수 있다.

나. 선별된 고위험군에 대해 적용 가능한 2차 평가도구

2차선별 검사에 대해 간략히 정리해 보면 <표 5>와 같다. 각 평가도구들에 대한 자세한 설명은 참고문헌으로 대체하였다. 최근 현장에서 쓰이고 있는 선별도구의 예를 찾아본 결과 2007년 서울시 학교정신보건사업보고서(서울시소아청소년광역정신보건센터, 2008)에 의하면 지역정신보건센터별



【그림 3】 평가 과정의 흐름도(중학생의 예)

1) AMPQ: Adolescent Mental Health & Problem-behavior Questionnaire(정승아 등, 2008)

〈표 5〉 1·2차 선별검사에 사용가능한 평가 도구

선별도구	영역	평가자	연령구간	항목수	표준화
CDI <sup>1)</sup>	우울	자기보고	7-17세	27	국내시행됨
CES-D <sup>2)</sup>	우울	자기보고		20	국내시행됨
RSIQ <sup>3)</sup>	자살생각	자기보고		30	-
STAI <sup>4)</sup>	불안	자기보고	16세 이상	상태 20/ 특성 20	국내시행됨
RCMAS <sup>5)</sup>	불안	자기보고	-19세	37	-
인터넷 게임중독경향성 척도 <sup>6)</sup>	인터넷 중독	부모	유아, 초등 저학년	18	국내시행됨
K-척도 <sup>7)</sup>	인터넷 중독	자기보고	10-18세	20	국내시행됨
ADHD-RS-IV <sup>8)</sup>	주의력결핍과잉행동장애	부모/ 교사	7-12세	18	국내시행됨
CASQ <sup>9)</sup>	주의력결핍과잉행동장애				

1) CDI: Children's Depression Inventory(Kovacs, 1977)  
 2) CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression scale(조맹제와 김계희, 1993)  
 3) RSIQ: Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire(Reynolds, 1987; 신민섭, 1993)  
 4) STAI: State-trait anxiety inventory(조수철과 최진숙, 1989)  
 5) RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale(최진숙과 조수철, 1989)  
 6) 인터넷게임중독경향성척도  
 7) K-척도: 한국형 인터넷중독 자기진단척도(한국정보문화진흥원, 2002)  
 8) ADHD-RS-IV: Attention deficit hyperactivity disorder rating scale IV(김영신 등, 2003)  
 9) CASQ: Conners Abbreviated Symptom Questionnaire(Goyette et al., 1978)

〈표 6〉 지역정신보건센터별 선별진단 및 도구 내용(서울시소아청소년광역정신보건센터, 2008)

지역	초등학교	중학교	고등학교
<b>강남</b>	ADHD <sup>1)</sup> 선별 -1차 도구: K-ARS <sup>2)</sup> -2차 도구: DISC-IV <sup>3)</sup>	우울 선별 -1차 도구: CES-D -2차 도구: DISC-IV	조기정신증, 우울 선별 -1차 도구: CES-D, ESI <sup>7)</sup> -2차 도구: MMPI <sup>8)</sup>
<b>노원</b>	ADHD 선별 -1차 도구: K-ARS, CPSQ -2차 도구: DISC-IV	우울, ADHD 선별 -1차 도구: CES-D <sup>5)</sup> , CASQ <sup>6)</sup> -2차 도구: DISC-IV	
<b>서대문</b>		우울 선별 -1차 도구: CES-D -2차 도구: DISC-IV	
<b>성북</b>	ADHD 선별 -1차 도구: K-ARS -2차 도구: DISC-IV	우울 선별 -1차 도구: CES-D -2차 도구: DISC-IV	
<b>중구</b>	ADHD 선별 -1차 도구: K-ARS -2차 도구: DISC-IV	우울 선별 -1차 도구: CES-D -2차 도구: DISC-IV	조기정신증, 우울, ADHD 선별 -1차 도구: ESI, RSIQ <sup>9)</sup> , CASQ, CES-D -2차 도구: SCL-90-R <sup>10)</sup>

- 1) ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- 2) K-ARS: Korean ADHD Rating Scale(소유경 등, 2002)
- 3) DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV(조수철 등, 2007)
- 4) CPSQ: Child Problem Behavior Screening Questionnaire(허윤석 등, 2003)
- 5) CES-D: Center for Epidemiologic Study for Depression(조맹제와 김계희, 1993)
- 6) CASQ: Connors Abbreviated Symptom Questionnaire(Goyette et al., 1978)
- 7) ESI: Eppendorf Schizophrenia Inventory(Mass et al., 2000)
- 8) MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory(김영환 등, 1997)
- 9) RSIQ: Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire(Reynolds, 1987)
- 10) SCL-90-R: Symptom Check List-90-Revised(김재환과 김광일, 1984)

선별 진단 및 도구 내용은 〈표 6〉과 같다. 또한 이번 설문지 결과로 2008년 지역 센터별 2차선별 검사 내용은 〈표 7〉과 같다.

#### IV. 요약 및 결론

전 세계적으로 정신건강의 중요성에 대해 새로이 인식하게 되었다. 그런 가운데 특히 아동 및 청소년들의 정신건강에 대해서 주목하게 되었고 그 접근 방법으로 학교를 기반으로 하는 학생정신건강사업의 중요성이 부각되고 있다. 그러나 선별에 의해, 특히 학교에서 일제히 시행하는 “의무적이

고 전반적인 정신건강검진(mandatory universal mental health screening)”에 대해서는 아직 어느 나라에서도 시도된 적이 없기 때문에 논란이 있는 것은 사실이다. 하지만 적어도 12%에서 27%의 아동 및 청소년들이 정신건강 문제를 갖는다는 보고와 이들 가운데 1/6내지 1/3정도만이 정신건강서비스를 제공받는다는 점(Weist et al., 2007)에서 검진에 의한 적극적인 개입이 필하다고 볼 수 있다. 본 연구 결과를 통해서 살펴보았듯이 이들 1차 및 2차선별로 정밀검진 대상자된 학생들을 확진하고, 치료 혹은 관리, 상담에 대한 구체적 계획을 수립하기 위한 역할을 누가할 것

〈표 7〉 2008년 지역센터별 2차선별 검사 내용

지역	2차 추가검사
A	문장완성검사, 부모-우울검사
B	K-ARS <sup>1)</sup> , CPSQ <sup>2)</sup> , ESI <sup>3)</sup> , CES-D <sup>4)</sup>
C	ADHD RS-IV <sup>5)</sup>
D	우울검사, 문장완성검사
E	ADHD <sup>6)</sup> , 우울검사
F	인터넷 중독검사, 정신건강서비스 요구도
G	집-나무-사람 그림검사, 우울척도, ADS <sup>7)</sup> 주의력장애진단시스템)
H	우울증 척도, SCL-90-R <sup>8)</sup>
I	K-ARS(초등학생), CES-D, 레이놀즈자살척도, 학교따돌림척도(중,고등학생), ESI(고등학생)
J	DISC-MDD
K	ADHD, 부모자녀관계(초등학생), 인터넷중독검사, CDI <sup>9)</sup> , 자기보고형 관계질문지, CAGE <sup>10)</sup> (중, 고등학생)
L	자살생각척도(고등학생)
M	정신건강설문지(자체제작:BDI- II, CAPE, MDQ)
N	CDI, SDS
O	ADHD, 우울, 알코올

1) K-ARS: Korean ADHD Rating Scale

2) CPSQ: Child Problem Behavior Screening Questionnaire

3) ESI: Eppendorf Schizophrenia Inventory

4) CES-D: Center for Epidemiologic Study for Depression

5) ADHD-RS-IV: Attention deficit hyperactivity disorder rating scale IV

6) ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

7) ADS: ADHD Diagnostic System(홍강의 등, 1999)

8) SCL-90-R: Symptom Check List-90-Revised

9) CDI: Children's Depression Inventory(조수철과 이영식,1990)

10) CAGE: Cut, Annoyed, Guilty, Eye의 약자, 알코올의존의 선별 질문의 일종  
인터넷 중독검사인 K 척도가 추가로 실시됨.

인가?에 대한 명확한 지침이 필요하다. 그리고 이를 위한 전문 인력의 양성 혹은 협력과 연계가 절실하다. 이상의 결과를 토대로 학생정신검진사업의 타당성 및 필요성을 확인함과 동시에 1)온라인방식의 선별검사 도입, 2)교육과학기술부와 보건복지가족부의 명확한 역할분담의 필요성, 3)검진사업을 담당할 인력충원 또는 보조인력 확보,

4)학생정신건강검진에서 학생 혹은 학부모의 평가에 추가로 교사 평가의 추가 필요성, 5)검진 실시시기의 조정, 6)학생 및 학부모, 교직원들의 학생정신건강 및 검진에 대한 인식향상을 위한 교육 및 홍보의 필요성, 7)교사 대상 학생정신건강 검진과 관련한 연수 및 교육의 7 가지를 정책적 제안으로 제시한다.

**참고문헌**

김영신, 소유경, 노주선, 최낙경, 김세주, 고윤주 (2003). 한국어판 부모, 교사 ADHD평가척도 (K-ARS)의 규준연구. *신경정신의학*, 42(3), 352-359.

김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우(1997). 다면적 인성검사. 서울 : 한국 가이던스.

김지혜, 홍창희, 황순택, 조선미(2005). 한국아동인성검사 개정판(KPI-C-R). 서울: 한국가이던스.

김재환, 김광일(1984). 간이정신진단검사의 한국판 표준화연구 III. *정신건강연구*, 2, 278-311.

서울시소아청소년광역정신보건센터(2008). 서울시 학교정신보건사업 2007년도 사업보고서.

소유경, 노주선, 김영신, 고선규, 고윤주(2002). 한국어판 부모, 교사 ADHD 평가 척도의 신뢰도와 타당도 연구. *신경정신의학*, 41, 283-289.

신민섭(1993). 자살기체에 대한 실증적 연구: 자기도피 척도의 타당화. 연세대학교, 박사학위논문, 서울.

안동현, 김윤영, 장혜진, 강화연(2003). 2003년도 전국정신보건센터 아동·청소년정신보건사업-연구조사. 서울: 한양대학교 정신건강연구소.

안동현, 이영식, 정선주, 반건호, 이정섭, 전성일, 김연신, 신의진(공역)(2005). 아동 및 청소년 정신병리의 진단평가. 서울 : 학지사.

안정숙, 전성균, 한준규, 노경선, Goodman R.(2003). 한국어판 강점, 난점 설문지(Strengths and Difficulties Questionnaire)개발. *신경정신의학*, 42(1), 141-147.

이혜련, 오경자, 홍강의(1988). 한국어판 아동행동조사표. 서울 : 하나의학사.

정승아, 안동현, 정선녀, 정윤경, 김윤영(2008). 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사 개발연구. *신경정신의학*, 47(2), 168-176.

조맹제, 김계희(1993). 주요우울증환자 예비평가에서 CES-D의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 32, 381-399.

조수철, 최진숙(1989). 한국형 소아의 상태 : 특성 불안척도의 개발. *서울의대정신의학*, 14(3), 150-157.

조수철, 이영식(1990). 한국형 소아 우울척도의 개발. *신경정신의학*, 29(4), 934-956.

한국정보문화진흥원(2002). 인터넷중독자가진단검사(K-척도)와 예방교육프로그램.

허윤석, 안동현, 최준호, 강지윤, 김윤영, 오경자 (2003). 아동용문제행동선별검사의 개발. *신경정신의학*, 42(6), 723-735.

홍강의, 신민섭, 조성준(1999). 주의력장애 진단 시스템 사용설명서. 서울 : 한국정보공학(주).

홍강의(2006). 소아정신의학(1판), 118-124, 서울 : 중앙문화사.

황혜정, 강성빈, 윤명희(2001). 초등학생용 문제행동 진단검사의 개발연구. *초등교육연구*, 14(3), 369-389.

최진숙, 조수철(1989). A development korean revised children's manifest anxiety scale. *대한소아청소년정신의학*, 5, 141-149.

Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S.(1984). Psychopathology of childhood. *Annu Rev Psychol.* 35, 227-256.

Bethell, C.D., Read, D.(2005). Mental Health in the United States: Health Care and Well Being of Children with Chronic Emotional, Behavioral, or Developmental Problems --- United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(39), 985-989.

Blanchard, L.T., Gurka, M.J., Blackman, J.A.(2008). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117, e1202-e1212. Accessed on <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/e1202> on Dec 19, 2008.

Eyberg, S.M., Matarazzo, R.G.(1980). Training parents as therapists: a comparison between individual parent-child interaction training and

- parent group didactic training. *J Clin Psychol*, 36(2), 492-499.
- Goyette, C.H., Conners, C.K., Ulrich, R.F.(1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scale. *J Abnorm Child Psychol*, 6, 221-236.
- Jellineck, M.S., Murphy, J.M., Little, M., Pagano, M.E., Comer, D.M., Kellcher, K.J.(1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 254-260.
- Kovacs, M., Beck, A.T.(1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A. Raskin(Eds.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*(pp1-25). New York : Raven Press.
- Lucas, C.P., Zhang, H., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., Bourdon, K., Dulcan, M.K., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lahey, B.B., Friman, P.(2001). The DISC predictive scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 443-339.
- Mass, R., Haasen, C., Wolf, K.(2000). The Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI). Development and evaluation of a questionnaire for assessment of characteristic perception of cognitive dysfunctions by schizophrenic patients. *Nervenarzt*, 71(11), 885-892.
- Remschmidt, H., Belfer, M.(2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147- 153.
- Reynolds, W.M.(1987). *Suicidal Ideation Questionnaire : Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Seif, E.I., Din Amira(2004). Prevention and intervention in school setting. In H. Remschmidt, M. Belfer, I. Goodyer(Eds.), *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*(pp326-334). Berlin : Springer-Verlag.
- Weist, M.D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., Wrobel, G.(2007). Mental health screening in schools. *J Sch Health*, 77, 53-58.
- 有井悦子(2006). スクールカウンセラーとの協働: 学校で希望をひろげる. In 岩田祥吾, 谷村聡, 岡空輝夫, 高田 修, 町田 孝(Eds.), *学校医 は学校へ行こう*(pp162-167). 東京 : 医歯薬出版株式会社.