

학생 정신건강 지역협력모델이 학교 정신건강 인식에 미치는 영향

하경희¹⁾²⁾ · 김진아¹⁾ · 김우식¹⁾ · 홍현주¹⁾³⁾ · 김선연⁴⁾

한림대학교 자살과 학생정신건강연구소,¹⁾ 아주대학교 공공정책대학원,²⁾
한림대학교 성심병원 정신건강의학과,³⁾ 아주대학교 일반대학원⁴⁾

The Effect of Students' Mental Health School-Community Cooperative Model on the School Mental Health Awareness

Kyung Hee Ha, Ph.D.¹⁾²⁾, Jin A Kim, M.A.¹⁾, Woo Sik Kim, M.A.¹⁾,
Hyun Ju Hong, M.D., Ph.D.¹⁾³⁾, and Seon Yeon Kim, M.A.⁴⁾

¹⁾Hallym University Suicide and School Mental Health Institute, Anyang, Korea

²⁾Graduate School of Public Policy, Ajou University, Suwon, Korea

³⁾Department of Psychiatry, Hallym University Sacred Heart Hospital, Anyang, Korea

⁴⁾Graduate School of Ajou University, Suwon, Korea

Objectives: The purpose of this study was to examine the effect of the Students' Mental Health School-Community Cooperative Model on the school mental health awareness of the participants (school administrators, teachers, students).

Methods: Data were collected from 140 schools that participated in the project. The questionnaires were composed of items about the school mental health policy, climate and capacity. The data was analyzed through paired t-tests between pre and post, and a comparison was made between the 1st and 2nd phase regions.

Results: The total scores of the teacher and student groups increased significantly, whereas those of the school administrators did not. The awareness of the teachers showed more changes in the 1st phase regions, while those of the students changed more at the 2nd phase.

Conclusion: Based on the results, the expansion of the Students' Mental Health School-Community Cooperative Model was proposed.

KEY WORDS: School-Based Mental Health · Students' Mental Health School-Community Cooperative Model · School Mental Health Awareness.

서 론

아동·청소년의 건강한 성장을 위해 정신건강 문제를 조기에 발견하고 치료 개입 및 예방을 하는 것은 매우 중요하게 요구된다. 아동·청소년이 경험하는 정신질환 문제들은 다양한 요소로 인해 발생하는 발달상의 문제이다.¹⁾ 따라서 아동·

청소년의 정신건강 문제를 효과적으로 다루기 위해서는 개인, 가족, 학교, 지역사회 등 아동·청소년을 둘러싼 모든 환경을 함께 고려하는 것이 중요하며, 다양한 전문 영역의 통합적인 접근이 강조된다.²⁾ 하지만 아동·청소년의 정신건강 문제에 대한 사회적 관심이 증가함에도 불구하고 여전히 이를 체계적으로 관리할 수 있는 시스템은 부족하다.

아동·청소년에게 정신건강 서비스를 보다 효과적으로 제공하기 위해서는 학교를 기반으로 하는 서비스 체계 구축이 중요하다. 일반적인 학교건강증진사업 모형에서도 학교 환경과 네트워크는 학생의 건강수준 및 행동에 영향을 주는 중요한 요인으로 강조된다.³⁾ 또한 세계보건기구에서 권고하는 아동·청소년의 정신건강 전략 중에서도 학교 기반의 정신건강 증진사업 및 지역사회 개발 사업이 중요하게 포함되어 있다.

Date received: January 12, 2016

Date of revision: April 8, 2016

Date accepted: May 9, 2016

Address for correspondence: Kyung Hee Ha, Ph.D., Graduate School of Public Policy, Ajou University, 206 World cup-ro, Yeongtong-gu, Suwon 16499, Korea

Tel: +82.31-219-1642, Fax: +82.31-219-1587

E-mail: hayosa@naver.com

본 연구는 2014년 정부(교육부)의 재원으로 전남교육청의 지원을 받아 수행된 연구입니다.

이는 정신질환을 가진 특정 학생뿐만 아니라 전체 학생들을 대상으로 예방과 증진을 포괄하는 공적서비스 체계가 중요함을 의미한다.

이미 서구의 경우 학교 기반의 정신건강 서비스가 다양하게 시도되고 있으며, Weist 등⁴⁾은 다음의 세 가지를 중요한 성공요인으로 제시하고 있다. 첫째, 학교-가족-지역사회 간의 협력, 둘째, 포괄적인 연속성, 셋째, 모든 학생을 대상으로 포함하는 것이다. 특히, 학교가 정신건강 서비스를 제공하기 위한 중요한 전략적인 기반으로서, 지역사회와의 협력을 통해 학생들에게 적절한 자원을 제공하고 학교 내 정신건강 환경을 강화시키는 것이 중요하다. 이는 세 가지 측면에서 효과적이다.⁵⁾ 첫째, 효율성을 보다 극대화시킬 수 있다. 정신건강 영역은 전문적인 개입을 필요로 하기 때문에 모든 학교에서 자체적으로 대응하는 데에는 한계가 있다. 따라서 이미 지역사회에 구축되어 있는 정신건강 서비스 체계를 활용하여 학교를 지원함으로써 새로운 자원의 투입을 최소화할 수 있다. 둘째, 포괄적이고 통합적인 개입을 지속적으로 제공할 수 있다. 정신건강의 어려움이 있는 아동·청소년의 경우 복합적인 욕구를 가진 경우가 많기 때문에, 지역사회의 의료, 상담, 복지 영역 등이 함께 참여함으로써 통합적이고 효과적인 개입이 가능하다. 셋째, 학생뿐만 아니라 학생의 가족들에게도 지원이 가능하다.

한국에서도 학교 기반 정신건강 서비스를 제공하기 위해 2013년부터 ‘학생 정신건강 지역협력모델 구축·지원 사업’을 교육부와 보건복지부가 공동으로 실시해 오고 있다. 이는 학생정서행동특성검사를 통해 발견된 고위험군 학생에 대한 사후관리의 중요성에서 출발하였으며, 학교와 지역이 협력체계를 구축하여 학생 정신건강에 대해 체계적인 대응관리를 할 수 있도록 하였다. 2013년에 6개 지역(대구, 광주, 세종, 충북, 전남, 제주)을 시작으로, 2014년에 6개 지역(서울, 부산, 대전, 경기, 강원, 전북)이 추가되어 총 12개 지역이 이 사업을 진행하였다. 본 모델 사업의 핵심적인 사업내용은 다음과 같다. 첫째, 관심군 학생에 대한 학교 내 관리 및 지역사회 연계 시스템 구축, 자살 등의 위기관리 대응 시스템 구축, 둘째, 학교와 지역사회 정신건강 체계가 함께 참여하는 학생 정신건강 협의체 구성·운영, 셋째, 학생 정신건강 위기상황에 신속하고 효과적으로 대응할 수 있는 지역 핫라인 시스템 구축, 넷째, 학교 마음건강 자문 의사가 각 학교에 한 명씩 배치되어 교육 및 자문 제공, 다섯째, 학생정신건강 예방 및 증진을 위한 교육·프로그램·상담 실시, 여섯째, 지역별 학생 정신건강 전담인력 배치이다.

이는 한국에서 이루어진 전국 단위의 학교 기반 정신건강 증진모델의 첫 시도로서 큰 의미를 가진다. 특히, 정신건강에

대해 인식이 낮은 한국의 상황에서 정신건강에 대한 학교의 관심을 높이고 학교 구성원의 인식을 변화시키는 것이 중요하다. 이를 통해 정신건강 도움이 필요한 학생을 조기에 발견하고, 그에 적합한 치료 및 상담 자원을 연계함으로써 효과적인 개입이 이뤄질 수 있다. 실제로 2013년도 사업성과를 살펴보면,⁶⁾ 학생정서·행동특성검사 및 교사 관찰을 통해 발견된 정신건강 고위험 학생들에 대한 교내관리 및 지역사회 연계가 보다 적극적으로 이루어졌으며, 학교 정신건강 환경에 대한 사업담당교사의 인식이 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다.

이러한 성과를 기반으로 2014년에는 6개 지역이 추가로 참여하게 되었다. 이에 신규로 참여한 1차년도 지역과 2년째 사업을 지속적으로 실시해 오고 있는 2차년도 지역과는 사업의 초점이 다소 다르게 진행되었다. 1차년도 사업 참여 지역의 경우 정신건강 협의체 구성, 학교 마음건강 자문의사 배치, 위기관리위원회 구성 등의 지역사회 협력체계 구축과 교사 대상의 연수 및 워크숍에 초점을 두게 된다. 2차년도 지역의 경우 1차년도의 성과를 바탕으로 학생 및 학부모를 대상으로 하는 정신건강 교육과 프로그램을 실시하며, 고위험 학생들을 적극적으로 연계하고 치료를 지원하는 것에 초점을 둔다.

본 연구에서는 ‘학생 정신건강 지역협력모델’의 성과로서, 학교 구성원들이 인식하는 학교 정신건강 환경의 변화에 대하여 분석하고자 한다. 학교 기반 정신건강 서비스의 성과 연구를 살펴보면, 개인수준의 변화(정신병리, 성적, 출석, 졸업)뿐만 아니라, 조직 수준의 학교 환경 변화가 매우 중요하며 이는 개인수준의 성과를 가져오는 전제조건이 된다.^{6,7)} 즉, 학교 기반 정신건강 서비스를 통해 지원체계가 구축되고, 학교 구성원들의 관심과 이해가 높아지며, 필요할 때 효과적인 지원을 받을 수 있도록 함으로써 학생 정신건강을 증진시킬 수 있다. 이러한 학교 환경의 변화는 학교 기반 정신건강의 중요한 성과로 강조되고 있으며,⁷⁾ 학교 구성원들의 경험과 인식을 통한 평가가 중요한 지표가 될 수 있다.⁸⁾ 특히, 학교 환경에 대한 학생들의 인식은 학생의 학업, 사회, 심리적 성과에도 중요한 요인인 것으로 나타났다.^{9,10)}

학교 정신건강 환경에 대한 인식은 세 가지 영역, 즉 학교 정신건강 정책, 학교 정신건강 분위기, 교사 및 학생의 정신건강 역량이 얼마나 변화되었다고 인식하는지 분석하였다. 특히 사업 수행 기간이 다른 1차년도 지역과 2차년도 지역과의 차이를 함께 분석함으로써 본 사업의 지속적인 성과를 탐색적으로 검토하고자 한다. 이를 통해 학교 기반 정신건강 사업의 효과성을 확인하고, 향후 한국에서의 학교 기반 정신건강 사업을 위한 정책적·실천적인 방안을 제안하고자 한다.

방 법

1. 대상 및 절차

본 연구의 조사대상은 2014년도 학생 정신건강 지역협력모델 사업에 참여한 지역의 학교 구성원이다. 여기에는 학교관리자(교장 또는 교감), 사업담당교사, 담임교사, 학생, 네 집단을 포함하고 있다. 학교관리자와 사업담당교사는 사업에 참여한 모든 초·중·고등학교를 대상으로, 담임교사와 학생은 중·고등학교만을 대상으로 하였다. 참여 학교 수는 초등 55개교, 중등 54개교, 고등 31개교, 총 140개교이다. 그중 학교관리자 66명(47.1%), 사업담당교사 58명(41.4%), 담임교사 73명(85.9%), 학생 2,106명(76개교, 95.3%)이 조사에 응답하였다. 학생의 경우 개인정보 접근의 한계로 인해 각 학급별 사전사후 평균값을 비교하였다.

학교 정신건강 환경 및 역량에 대한 구성원들의 인식변화를 분석하기 위하여 사업 실시 전 6월에 사전조사를, 사업 종료 후 12월에 사후조사를 실시하였다. 담임교사와 학생은 각 학교의 1학년 1학급을 임의로 지정하여 설문조사를 실시하였으며, 해당 학급 담임교사의 지도하에 학부모 동의서를 제출한 학생을 대상으로 수행하였다. 본 연구는 아주대학교 기관생명윤리위원회의 승인하에 진행되었다.

2. 조사도구

본 연구에 사용된 조사도구는 학교 정신건강 환경 인식 조사지이다. 본 조사도구는 해외의 학교 기반 정신건강 모델 관련 연구에서 사용된 평가 도구를^{6,7)} 토대로 한림대학교 자살과 학생정신건강연구소에서 자체 개발하였다. 본 도구는 세 가지 하위영역으로 구성되었다. 첫째, '학교 정신건강 정책'은 정신건강 증진을 위하여 학교가 지원체계를 갖추었는지, 필요한 교육이나 활동을 하는지 등을 조사하였다. 둘째, '학교 정신건강 분위기'는 학교가 학생 정신건강에 관심을 가지고, 적극적으로 노력하며 의사소통하는지를, 셋째, '정신건강 역량'은 교사나 학생이 정신건강에 대한 인식, 정보, 도움 방법을 알고 있는지를 조사하였다(부록). 그리고 추가적으로 사업의 효과에 대한 인식을 조사하였다. 각 하위 영역의 신뢰도는 각각 .898, .899, .765, .952였다. 조사대상자에 따라 조사영역이 상이한데, 학교관리자는 학교 정신건강 정책과 분위기, 사업 효과에 해당하는 15개 문항을, 사업담당교사와 담임교사는 학교 정신건강 정책과 분위기, 교사의 정신건강 역량, 사업 효과에 해당하는 20개 문항을, 그리고 학생은 학교 정신건강 정책과 분위기, 학생 정신건강 역량에 해당하는 12개 문항으로 구성하였다. 각 문항은 5점 리커트 척도로 측정

하였으며, 점수가 높을수록 긍정적임을 의미한다.

3. 통계분석

수집된 자료는 한글판 Statistical Package for the Social Science(SPSS) 18.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였다. 조사대상자의 특성에 대해서는 기술통계분석을 실시하였으며, 각 조사대상자의 사업 전후 비교를 위해서는 대응표본 t검증을 통해 분석하였다.

결 과

1. 조사대상자의 특성

조사에 포함된 학교구성원은 학교관리자, 사업담당교사, 담임교사, 학생, 네 집단이다(Table 1). 학교관리자는 남성(62.1%), 50대 이상(98.5%), 석사(86.4%), 31년 이상의 근무경력(84.8%), 초등학교 재직(48.5%)이 가장 많았다. 사업담당교사는 여성(93.1%), 40대(33.9%), 석사(55.2%), 10년 이하 근무경력(39.7%), 초등학교 재직(39.7%)이 가장 많았다. 담임교사는 여성(71.2%), 30대(38.0%), 학사(72.6%), 10년 이하 근무경력(47.9%), 중학교 재직(64.4%)이 가장 많았다. 학생의 경우 중학생(64.5%)이 더 많았다.

2. 학교관리자의 인식

학교관리자 전체의 학교 정신건강 인식을 살펴보면, 학교 정신건강 정책에 대한 인식은 사업전후의 값이 평균 4.33점에서 4.44점으로 증가하였으며, 학교 정신건강 분위기에 대한 인식은 평균 4.45점에서 4.48점으로 증가하였고, 총점도 평균 4.39점에서 4.46점으로 증가하였으나 그 차이가 모두 통계적으로 유의미하지 않았다(Table 2). 연차별로는 2차년도 지역보다는 1차년도 지역에서 좀 더 증가하였으나, 두 지역 모두 통계적으로 유의미한 변화는 나타나지 않았다.

3. 사업담당교사의 인식

사업담당교사 전체의 학교 정신건강 인식을 살펴보면, 학교 정신건강 정책에 대한 인식은 사업전후의 값이 평균 3.99점에서 4.52점으로($t=-6.067, p<.01$), 학교 정신건강 분위기에 대한 인식은 평균 4.03점에서 4.47점으로($t=-5.431, p<.01$), 교사 정신건강 역량에 대한 인식도는 평균 4.00점에서 4.38점으로 증가하였으며($t=-5.990, p<.01$), 총점도 평균 4.00점에서 4.45점으로 증가하였고($t=-6.590, p<.01$), 이는 모두 통계적으로 유의미하였다(Table 3). 연차별로는 2차년도 지역과 1차년도 지역 모두 세 영역에서 통계적으로 유의미한 변화가 나타났으며, 특히 1차년도 지역에서 변화 정도가 더욱 컸다.

4. 담임교사의 인식

담임교사 전체의 학교 정신건강 인식을 살펴보면, 학교 정신건강 정책에 대한 인식은 사업전후의 값이 평균 3.98점에서 4.34점으로($t=-3.901, p<.01$), 학교 정신건강 분위기에 대한 인식은 평균 4.10점에서 4.35점으로($t=-2.706, p<.01$), 교사 정신건강 역량에 대한 인식도 평균 4.05점에서 4.23점으로 증가

하였으며($t=-2.129, p<.05$), 총점도 평균 4.02점에서 4.32점으로 증가하였고($t=-3.625, p<.05$), 이는 모두 통계적으로 유의미하였다(Table 4). 연차별로는 2차년도 지역에서는 정책에 대한 인식만 통계적으로 유의미하였으나, 1차년도 지역에 비해서 사전조사 점수가 높아서 변화의 폭이 크지 않았다. 1차년도 지역은 모두 통계적으로 유의미하게 증가하였다.

Table 1. Demographic characteristics of respondents

Classification	School administrator (N=66)	Project managing teacher (N=58)	Homeroom teacher (N=73)	Student (N=76)
Gender				
Male	41 (62.1)	4 (6.9)	21 (28.8)	-
Female	25 (37.9)	54 (93.1)	52 (71.2)	-
Age				
Twenty's	0 (0.0)	9 (16.1)	15 (21.1)	-
Thirty's	0 (0.0)	12 (21.4)	27 (38.0)	-
Forty's	1 (1.5)	19 (33.9)	18 (25.4)	-
≥ Fifty's	65 (98.5)	16 (28.6)	11 (15.5)	-
Level of education				
Bachelor's degree	2 (3.0)	26 (44.8)	53 (72.6)	-
Master's degree	57 (86.4)	32 (55.2)	18 (24.7)	-
Doctoral degree	7 (10.6)	0 (0.0)	2 (2.7)	-
Term of work				
≤ 10 years	0 (0.0)	23 (39.7)	34 (47.9)	-
10 < and ≤ 20 years	5 (7.6)	15 (25.9)	16 (22.5)	-
20 < and ≤ 30 years	5 (7.6)	14 (24.1)	17 (24.0)	-
> 30 years	56 (84.8)	6 (10.3)	4 (5.6)	-
Region				
First phase participants	35 (53.0)	33 (56.9)	37 (50.7)	42 (55.3)
Second phase participants	31 (47.0)	25 (43.1)	36 (49.3)	34 (44.7)
Level of School				
Elementary school	32 (48.5)	23 (39.7)	-	-
Middle school	23 (34.8)	22 (37.9)	47 (64.4)	49 (64.5)
High school	11 (16.7)	13 (22.4)	26 (35.6)	27 (35.5)

Table 2. Mean value of school administrator's awareness in pre and post test

Classification	Mean (SD)			t-value
	Pre-test	Post-test	Difference	
Total				
Whole regions	4.39 (.55)	4.46 (1.00)	-.07 (1.00)	-.552
First phase regions	4.55 (.47)	4.55 (.98)	.00 (.96)	-.022
Second phase regions	4.21 (.58)	4.35 (1.01)	-.14 (1.06)	-.741
Policy for school mental health				
Whole regions	4.33 (.63)	4.44 (1.00)	-.11 (1.01)	-.886
First phase regions	4.53 (.59)	4.54 (1.00)	-.01 (.99)	-.085
Second phase regions	4.11 (.62)	4.33 (1.01)	-.22 (1.03)	-1.181
Atmosphere for school mental health				
Whole regions	4.45 (.54)	4.48 (1.01)	-.03 (1.06)	-.204
First phase regions	4.58 (.41)	4.57 (.99)	.01 (1.00)	.042
Second phase regions	4.31 (.64)	4.38 (1.03)	-.06 (1.13)	-.318

5. 학생의 인식

학생 전체의 학교 정신건강 인식을 살펴보면, 학교 정신건강 정책에 대한 인식은 사업전후의 값이 평균 3.37점에서 3.51점으로($t=-3.821, p<.01$), 학교 정신건강 분위기에 대한 인식은 평균 3.46점에서 3.55점으로($t=-2.377, p<.05$), 학생 정신건강 역량에 대한 인식도는 평균 3.58점에서 3.68점으로 증가하였으며($t=-3.139, p<.05$), 총점도 평균 3.47점에서 3.58점으로 증가하였고($t=-3.242, p<.05$), 이는 모두 통계적으로 유의미

하였다(Table 5). 연차별로는 2차년도 지역에서는 정책, 분위기, 역량, 총점 모두 통계적으로 유의미하게 증가하였으나, 1차년도 지역에서는 학교 정신건강 정책에 대한 인식만 통계적으로 유의미하게 증가하였다.

6. 사업 효과에 대한 인식

사업 효과에 대한 학교관리자, 사업담당교사, 담임교사의 인식을 살펴보면, 학교관리자는 세 집단 중 가장 긍정적으로

Table 3. Mean value of project managing teachers' awareness in pre and post test

Classification	Mean (SD)			t-value
	Pre-test	Post-test	Difference	
Total				
Whole regions	4.00 (.55)	4.45 (.49)	-.44 (.51)	-6.590 [†]
First phase regions	4.15 (.58)	4.45 (.49)	-.31 (.50)	-3.543*
Second phase regions	3.86 (.46)	4.44 (.51)	-.62 (.48)	-6.449 [†]
Policy for school mental health				
Whole regions	3.99 (.66)	4.52 (.56)	-.53 (.66)	-6.067 [†]
First phase regions	4.20 (.65)	4.55 (.60)	-.35 (.70)	-2.854*
Second phase regions	3.73 (.56)	4.48 (.52)	-.76 (.52)	-7.200 [†]
Atmosphere for school mental health				
Whole regions	4.03 (.59)	4.47 (.58)	-.44 (.62)	-5.431 [†]
First phase regions	4.16 (.61)	4.45 (.54)	-.30 (.53)	-3.213*
Second phase regions	3.91 (.54)	4.50 (.54)	-.63 (.68)	-4.624 [†]
Teacher's perceived ability to manage school mental health				
Whole regions	4.00 (.58)	4.38 (.56)	-.38 (.48)	-5.990 [†]
First phase regions	4.10 (.63)	4.38 (.53)	-.28 (.48)	-3.430*
Second phase regions	3.93 (.53)	4.37 (.61)	-.50 (.47)	-5.368 [†]

*: $p<.05$, †: $p<.01$

Table 4. Mean value of homeroom teachers' awareness in pre and post test

Classification	Mean (SD)			t-value
	Pre-test	Post-test	Difference	
Total				
Whole regions	4.02 (.69)	4.32 (.52)	-.30 (.70)	-3.625*
First phase regions	4.13 (.64)	4.34 (.58)	-.21 (.60)	-2.040*
Second phase regions	3.86 (.73)	4.31 (.49)	-.45 (.77)	-3.436*
Policy for school mental health				
Whole regions	3.98 (.76)	4.34 (.57)	-.37 (.80)	-3.901 [†]
First phase regions	4.12 (.73)	4.39 (.64)	-.27 (.72)	-2.227*
Second phase regions	3.81 (.78)	4.34 (.52)	-.54 (.85)	-3.713*
Atmosphere for school mental health				
Whole regions	4.10 (.78)	4.35 (.59)	-.25 (.79)	-2.706*
First phase regions	4.23 (.72)	4.36 (.60)	-.14 (.66)	-1.212
Second phase regions	3.93 (.82)	4.35 (.59)	-.42 (.88)	-2.819*
Teacher's perceived ability to manage school mental health				
Whole regions	4.05 (.72)	4.23 (.57)	-.18 (.73)	-2.129*
First phase regions	4.11 (.65)	4.23 (.61)	-.11 (.60)	-1.128
Second phase regions	3.92 (.78)	4.22 (.54)	-.30 (.85)	-2.062*

*: $p<.05$, †: $p<.01$

Table 5. Mean value of students' in pre and post test

Classification	Mean (SD)			t-value
	Pre-test	Post-test	Difference	
Total				
Whole regions	3.47 (.35)	3.58 (.41)	-.11 (.30)	-3.242*
First phase regions	3.53 (.35)	3.66 (.42)	-.12 (.32)	-2.483*
Second phase regions	3.39 (.34)	3.49 (.39)	-.10 (.28)	-2.057*
Policy for school mental health				
Whole regions	3.37 (.40)	3.51 (.46)	-.15 (.33)	-3.821†
First phase regions	3.45 (.40)	3.60 (.47)	-.15 (.36)	-2.679*
Second phase regions	3.26 (.38)	3.40 (.43)	-.14 (.31)	-2.738*
Atmosphere for school mental health				
Whole regions	3.46 (.39)	3.55 (.43)	-.09 (.32)	-2.377*
First phase regions	3.51 (.39)	3.62 (.45)	-.11 (.33)	-2.139*
Second phase regions	3.40 (.38)	3.46 (.41)	-.06 (.32)	-1.148
Teacher's perceived ability to manage school mental health				
Whole regions	3.58 (.31)	3.68 (.37)	-.10 (.29)	-3.139*
First phase regions	3.63 (.30)	3.75 (.37)	-.12 (.32)	-2.394*
Second phase regions	3.51 (.31)	3.60 (.35)	-.09 (.26)	-2.010

*: p<.05, †: p<.01

Table 6. Awareness of project effects

	School administrator	Project managing teacher	Homeroom teacher
Improve student guidance	4.55 (1.03)	4.23 (.80)	4.30 (.70)
Increase assistance to student	4.56 (1.03)	4.42 (.69)	4.18 (.77)
Resolve risky students' difficulties	4.56 (1.03)	4.00 (.81)	3.96 (.81)
Improve perception of mental health awareness	4.50 (1.03)	4.23 (.75)	4.24 (.73)

인식하였으며, 특히 도움 제공 및 어려움 해결이 각각 4.56점으로 가장 높게 나타났다. 사업담당교사는 도움 제공이 4.42점으로 가장 높게, 어려움 해결이 4.00점으로 가장 낮게 나타났다. 담임교사는 인식 변화가 4.30점으로 가장 높게, 어려움 해결이 3.96점으로 가장 낮게 나타났다(Table 6).

고 찰

첫째, 본 사업을 통해 가장 크게 인식의 변화를 나타낸 학교 구성원은 교사였다. 특히, 사업담당교사 및 담임교사 모두에서 사업이 처음 시작된 1차년도 지역의 변화가 더욱 크게 나타났다. 사업 효과 인식에서도 학교 정신건강에 대한 인식이 긍정적으로 변하고, 학생 지도 및 도움 제공에 긍정적인 인식을 나타냈다. 즉 본 사업이 일차적으로 교사의 역량강화에 가장 큰 효과가 있음을 보여 준다. 서구의 경우에도 교사에게서 가장 큰 성과가 나타나는데, 이는 정신건강에 대한 이해가 높아지고, 학생을 지원할 수 있는 자원이 생겨남으로써 교사의 스트레스가 감소되고, 역량이 높아진다. 따라서 사업의 일차적인 목표도 교사를 지원하는 것에 초점을 맞추는 것이 중요하다.¹¹⁾ 한국에서도 학생의 문제행동으로 인해 교사의 스

트레스와 심리적 압박감이 높아지고 교사가 소진하게 되는 중요한 요인이 되는데, 이는 교사 효능감이나 사회적 지지를 높여줌으로써 완화될 수 있다.¹²⁾ 즉, 교사가 학생들의 다양한 문제 상황에 대해 도움을 요청하고 해결해 나갈 수 있을 것이라는 인식을 가짐으로써 보다 적극적으로 대처할 수 있다. 따라서 학생 정신건강에 대한 부담을 더 이상 교사에게만 전가하는 것이 아니라, 지역사회 정신건강 자원과의 연계를 통해 적극적으로 지원함으로써, 교사의 역량을 높이고 보다 효과적으로 대처해 나갈 수 있도록 해야 한다.

둘째, 사업효과 인식에서 교사들은 고위험 학생의 어려움 해결에 상대적으로 낮은 평가를 하였다. 이는 본 사업을 통해 정신건강 어려움이 있는 학생에 대한 실제적인 해결에는 아직까지 한계가 있음을 보여 준다. 실제로 1차년도 사업 과정에서 관심군 학생을 지원하는 데 가장 큰 어려움은 학부모가 서비스를 거부하거나 비협조적인 경우이다.¹³⁾ 아직까지 정신건강에 대한 인식이 낮거나 부정적이어서 서비스에 대한 거부감이 크고, 많은 경우 가족이 사회경제적인 어려움을 복합적으로 갖고 있어서 개입이 더욱 어렵다. 서구의 경우에도 학교기반 정신건강 사업의 가장 큰 장애물 중 하나가 부모의 동의이다.¹⁴⁾ 따라서 부모의 참여를 중요한 사업의 원칙으로

강조해야 하며, 이를 위한 적극적인 전략을 마련해야 한다. 이는 지역사회 자원체계와의 협력을 통해 부모를 실제적으로 지원하고, 지역 기반의 접근성을 높일 때에만 가능하다. 고위험 학생에 대한 통합적인 지원을 위해서는 부모 참여 외에도 지역사회 정신건강 인프라의 부족, 기관 간 연계의 어려움, 예산 및 인력 부족 등에 대해 실제적인 개선이 필요하다.

셋째, 학생들이 인식하는 정신건강에 대한 학교 환경 및 자신의 역량이 유의미한 변화를 나타냈다. 이는 학교 기반 정신건강 사업의 궁극적인 대상이 학생임을 고려할 때 매우 의미 있는 결과이다. 일반적으로 정신건강 서비스에 대한 소비자의 인식은 서비스의 질을 평가할 수 있는 지표일 뿐만 아니라 그 자체가 중요한 성과이기도 하다.⁸⁾ 즉, 학생들이 정신건강의 중요성을 인식하고, 도움을 요청할 수 있는 방법을 알게 되며, 학교가 이를 위해 적극적으로 지원하고 있다고 인식하는 것은 학교 기반 정신건강의 중요한 성과이다. 특히, 1차년도 지역보다는 2차년도 지역에서 큰 변화가 나타났다. 이는 1차년에 연계 체계 구축과 교사의 역량 강화가 이루어지고 2차년에는 이러한 기반을 토대로 학생에 대한 실제적인 지원에 좀 더 주력할 수 있기 때문으로 보인다. 또한 학생이 변화를 인식하기 위해서는 사업의 지속성이 중요함을 보여 준다. 현재 시범적으로 이루어지고 있는 본 사업이 학생과 부모에게 실제적인 효과를 미치기 위해서는 보다 안정적인 토대를 구축하여 지속성을 확보하는 것이 중요하다. 이를 위해 학교 분위기 조성, 학교 관리자의 관심과 참여, 안정적인 재원체계 마련, 프로그램의 충실성 등이 요구된다.¹⁵⁾ 특히 본 사업을 진행하면서 학교 실무자들은 보다 전문적인 지원체계의 구축이 중요함을 제안하였다.¹³⁾ 기존의 인력만으로는 과도한 업무 부담이 될 뿐만 아니라 전문성에 있어서 한계가 있다. 교육청 산하 정신건강 전담팀이 구성되거나, 학교별로 전문 인력의 보강이 실제적으로 이루어져야 한다.

넷째, 본 사업을 통해 학교관리자 집단만 유의미한 변화가 나타나지 않았으며, 사업효과 인식에서도 정신건강 인식변화가 가장 낮게 나타났다. 이는 사업 과정에 학교관리자의 참여와 개입이 좀 더 필요함을 보여준다. 한편으로는 학교관리자의 인식이 사전사후 모두 타 집단보다 높아서 변화의 폭이 크지 않은 것으로 볼 수 있다. 이는 다른 학교 구성원들과의 인식 차이를 드러내고 있다. Bruns 등⁶⁾의 연구에서도 학교관리자를 포함한 일선 교육에 참여하지 않은 인력과 교육 참여 교사 간의 인식 차이가 있는 것으로 나타났다. 이에 대해서는 아직까지 연구가 거의 이루어지지 않아 다양한 해석의 가능성이 있다. 하지만 학교 기반 정신건강 사업의 중요한 성공요인으로 학교관리자의 인식이 강조되는 것을 고려할 때,^{1,2)} 학교 관리자의 참여를 위한 적극적인 노력과 연구가 필요할 것이다.

본 연구는 한국에서 전국 단위의 학교 기반 정신건강 증진 모델의 첫 시도로서 이루어진 ‘학생 정신건강 지역협력모델’의 성과를 학교 환경에 대한 인식변화로 분석하였다. 결과적으로 학교의 정신건강 정책, 정신건강 분위기, 정신건강 역량에 대한 교사 및 학생의 인식에 긍정적인 변화가 나타났다. 이는 한국에서도 전문적인 학교 기반 정신건강 사업의 필요성과, 향후 지속적인 사업체계 구축의 필요성을 보여 주었다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 연구 설계가 단일집단 사전사후 비교로서 분석의 엄밀성이 다소 낮고, 둘째, 사업담당교사 및 학교관리자의 응답률이 절반 이하로 낮으며, 셋째, 사업전후 평가 시기가 6개월로 짧다는 것이다. 따라서 향후 연구에서는 비교집단을 설정하여 체계적인 연구 설계를 하고, 사업의 기간에 따른 장기적인 효과를 분석할 필요가 있다. 더 나아가 학교기반 정신건강 사업이 학생 정서행동의 변화 혹은 정신건강 어려움의 해결에 유의미한 성과가 있는지 연구할 필요가 있다.

결 론

본 연구는 ‘학생 정신건강 지역협력모델’을 통해 학교 구성원들이 인식하는 학교 정신건강 환경에 변화가 있는지를 분석하였다. 특히 사업 수행 기간이 다른 1차년도 지역과 2차년도 지역과의 차이를 함께 분석함으로써 본 사업의 지속적인 성과를 탐색적으로 검토하였다. 분석 결과 본 사업을 통해 가장 크게 인식의 변화를 나타낸 학교 구성원은 교사였다. 이는 학교기반 정신건강의 일차적인 초점이 교사의 역량강화에 두어야 함을 보여 준다. 하지만 사업효과 인식에서는 관심군 학생의 어려움 해결에 상대적으로 낮은 평가를 하여서, 향후 학부모 동의, 지역사회 연계, 전문적인 지원체계 구축을 위한 전략이 필요함을 보여 주었다. 학생들이 인식하는 정신건강에 대한 학교 환경 및 자신의 역량이 유의미한 변화를 나타냈다. 특히, 1차년도 지역보다는 2차년도 지역에서 큰 변화가 나타나서 사업의 지속성이 중요함을 보여 주었다. 본 사업을 통해 학교관리자 집단만 유의미한 변화가 나타나지 않았으며, 사업효과 인식에서도 정신건강 인식변화가 가장 낮게 나타나서 학교관리자의 참여를 위한 노력이 필요함을 보여 주었다.

중심 단어: 학교기반 정신건강·학생 정신건강 지역협력모델·학교 정신건강 인식.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

References

- 1) **Hess R, Short RJ, Hazel C.** Comprehensive children's mental health services in schools and communities: a public health problem-solving approach. New York: Routledge;2012.
- 2) **Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, et al.** Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:889-897.
- 3) **Ministry of Health and Welfare.** Strategy development on health promoting schools for elementary schools in Korea: based on WHO's health promoting school guidelines. Seoul: Ministry of Health and Welfare;1999. p.16-28.
- 4) **Weist MD, Sander MA, Walrath C, Link B, Nabors L, Adelsheim S, et al.** Developing principles for best practice in expanded school mental health. *J Youth Adolesc* 2005;34:7-13.
- 5) **Center for Mental Health in Schools at UCLA.** School-community partnerships: a guide [cited 2015 Dec 20]. Available from: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/guides/schoolcomm.pdf>.
- 6) **Bruns EJ, Walrath C, Glass-Siegel M, Weist MD.** School-based mental health services in Baltimore: association with school climate and special education referrals. *Behav Modif* 2004;28:491-512.
- 7) **Wyn J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L, Carson S.** Mindmatters, a whole-school approach promoting mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:594-601.
- 8) **Nabors LA, Weist MD, Reynolds MW, Tashman NA, Jackson CY.** Adolescent satisfaction with school-based mental health services. *J Child Fam Stud* 1999;8:229-236.
- 9) **Blum RW, Libbey HP.** Executive summary. *J Sch Health* 2004;74:231-232.
- 10) **Kuperminc GP, Leadbeater BJ, Blatt SJ.** School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *J Sch Psychol* 2011;39:141-159.
- 11) **Glisson C, Hemmelgarn A, Green P, Dukes D, Atkinson S, Williams NJ.** Randomized trial of the availability, responsiveness, and continuity (ARC) organizational intervention with community-based mental health programs and clinicians serving youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:780-787.
- 12) **Hwang MS, Shin HJ.** The influence of teachers' perception of student misbehavior and teacher efficacy on burnout: testing the mediated moderating effect of social support. *Korean J Sch Psychol* 2015;12:87-109.
- 13) **Kim JA, Ha KH, Hong HJ, Kim HY.** 2013 students' mental health school-community cooperative model: management of high risk students and change in awareness of mental health in school. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;26:94-103.
- 14) **Langley AK, Nadeem E, Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH.** Evidence-based mental health programs in schools: barriers and facilitators of successful implementation. *School Ment Health* 2010;2:105-113.
- 15) **Rones M, Hoagwood K.** School-based mental health services: a research review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000;3:223-241.

■ 부 록 ■

학교 정신건강 환경 인식 조사지 구성 내용

영역	주요 내용	문항수
학교 정신건강 정책	학교에서 마음건강에 대한 정보를 얻을 수 있다. 학교에서 마음건강에 도움이 필요할 때 찾아갈 곳이 있다. 우리 학교는 학생의 마음건강에 도움이 되는 교육이나 활동을 한다. 우리 학교는 학교 폭력 등의 학생 문제에 대해 신속하고 공정하게 대처한다.	4
학교 정신건강 분위기	나는 학교에서 안전하다고 느낀다. 우리 학교 선생님들은 학생의 마음건강에 관심을 기울이신다. 나는 학교에서 마음건강에 대해 이야기하거나 도움을 받는 것이 편안하다. 우리 학교에는 내가 마음이 힘들 때 이해해주는 선생님들이 있다.	6
학생 정신건강 역량	나는 마음건강이 중요하다고 생각한다. 나는 마음건강에 대한 정보를 알고 있다. 나는 마음건강에 대한 도움이 필요할 때, 어떻게 해야 할지 알고 있다. 마음건강에 문제가 있을 때 전문가의 도움을 받는 것은 당연하다고 생각한다.	4