한국학교보건학회지 제31권 제2호, 2018년 8월
J Korean Soc Sch Health Vol. 31 No. 2, 117-126, August 2018
p-ISSN 1225-9608 | e-ISSN 2288-9957
https://doi.org/10.15434/kssh.2018.31.2.117

학생정신건강사업 현황 및 관련 교육 요구도: 초중고 보건교사와 상담교사 대상

진영란[1] · 강미경[1] · 이윤정[2]
청운대학교 간호학과[1], 경인여자대학교 간호학과[2]

The Current Status of Student Mental Health Programs and the Needs for Related Training: Focusing on School Nurses and School Counselors

Young Ran Chin[1] · Mi-Kyung Kang[1] · Yunjeong Yi[2]
[1]Department of Nursing, Chungwoon University, [2]Department of Nursing, Kyung-In Women's University

ABSTRACT

Purpose: The leading cause of death among teenagers in Korea is suicide. Also, it is known that mental health of Korean adolescents identified based on the levels of perceived stress or depression is very poor. The purpose of this study was to examine the current status of student mental health programs in Korea and the associated problems and to explore ways to make the programs more effective. **Methods:** The subjects of the study were a total of 115 school nurses and school counselors in elementary, middle and high schools. The study examined the current status and the associated problems of school mental health programs as well as the needs for teacher training programs related to student mental health. **Results:** Few mental health programs other than counseling for at-risk students were being carried out. The problems associated with student mental health management were, in terms of management, 'accountability in case of incidents such as student suicide' and 'parents uncooperative in their kid's mental health management (visit to hospital, etc.)' and, in terms of manpower, 'unclear R&R between school nurses and school counselors' and, more fundamentally, 'the lack of human resources.' The needs for teacher training programs related to student mental health were very high and the content required most was 'ways to manage stress of students and teachers themselves,' followed by 'interpersonal conflicts management & conservational skills,' and 'ways to manage student mental illness.' **Conclusion:** In conclusion, to increase the effectiveness of student mental health programs, we should move on from the current system which focuses only on early discovery and intervention to a more comprehensive system that includes preventive approaches, while having clearer R&R and more workforce dedicated to student mental health programs and attracting more parental cooperation and support.

Key Words: Adolescent, Student mental health program, Student emotional behavior test, School nurse, School counselor

서 론

1. 연구의 필요성

2015년 우리나라 총인구는 5,101만 명으로 2031년까지 증가하다가 감소로 전환되는 반면, 학령인구(6~21세)는 2015년 892만 명에서 향후 10년간 약 184만 명이 감소할 것으로 예측된다[1]. 학교에 다니는 연령인 학령기 및 청소년기는 근면성과 자기정체성을 확립하고 사회의 구성원으로서 건강하고 올바른 가치관을 확립해야 하는 중요한 시기이다. 이 시기를 잘 보내기 위해서는 가정, 학교, 사회 모두의 적극적인 관심과 적절한 관리가 필요할 것이다.

Corresponding author: Yunjeong Yi
Department of Nursing, Kyung-In Women's University, 63 Gyeyangsan-ro, Gyeyang-gu, Incheon 21041, Korea.
Tel: +82-32-540-0180, Fax: +82-32-555-2614, E-mail: yinyis@kiwu.ac.kr

Received:May 16, 2018 / Revised: Aug 14, 2018 / Accepted: Aug 14, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한편 2016년 사망원인 중 자살사망률은 10대 인구 10만 명당 4.9명, 20대 인구 10만 명당 16.4명으로[2] 2007년 이후로 9~24세 청소년 사망원인의 1위를 유지하고 있다[3]. 더불어 우리나라 학생들은 세계 30개국 청소년 중 삶의 만족도가 최하위이고, 신체적 건강상태에 비해 정신 건강상태가 현저히 낮은 것으로 보고되고 있는데[4], 이는 우리나라 청소년들의 스트레스 수준이 얼마나 높은 지를 반증하는 자료이다. 높은 스트레스는 다양한 형태의 정신건강문제로 나타나고 있는데, 통계청 조사에서는 10~19세 청소년의 30.6%가 스마트폰 과의존위험군이고[3], 청소년건강행태온라인조사에서는 청소년의 우울증 경험률(최근 12개월 동안 2주 이내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 경험)이 2017년 기준 남학생 20.3%, 여학생 30.3%였으며[5], 실제 DSM-IV의 진단기준에 의거하여 우울증 유병률을 조사한 Ryoo 등(2000)의 연구에서는 청소년 1,158명 중 214명(18.5%)이 우울증을 가지고 있는 것으로 나타났다[6].

청소년의 정신건강문제에 대응하고자 교육과학기술부는 2007년 학교보건법을 개정한 후 2009년부터 학생정서 · 행동특성검사 및 정신보건관리를 시작하였고, 보건복지부는 학생자살예방 대책마련, 정신건강관리체계구축 등의 아동청소년 정신보건사업을 실시하고 있고, 여성가족부는 위기청소년들에 대한 거리상담(아웃리치)을 통해 위기청소년을 조기에 발견하고 보호하며, 인터넷 · 스마트폰 과의존 청소년 치유 지원을 강화하는 등의 다양한 활동을 진행하고 있다. 이에 따라 개별 학교에서는 학생정서 · 행동특성검사를 통해 학생들의 정신건강문제를 발견하고 결과에 따라 상담을 진행하며, 필요한 경우 정신보건센터, Wee센터, 청소년보호종합지원센터의 정신건강증진 프로그램, 의료기관 치료를 연계하는 등의 사업을 하고 있다[7]. 그러나 이러한 정부정책에도 불구하고 실제 학교에서는 인프라 부족, 사회적 편견 상존 등 학생정신건강정책을 수용하는 데에 한계를 느끼고 있으며, 정부부처 간 협력이 부족하고, 학교 내에서도 보건교사, 상담교사 간 협업이 어려운 점, 서비스 및 서비스 대상의 중복과 누락 문제가 있는 것으로 지적되고 있다[8]. 더불어 학교 교사들은 학생정서 · 행동특성검사 결과 관심군으로 분류된 학생들에 대해 고정관념을 갖거나, 편애, 처벌, 전문가에게 위임 등으로만 대응하고 있어 학교정신건강관리는 매우 제한적으로만 이루어진다고 보고되고 있다[9].

학교정신건강사업을 주도적으로 수행하고 있는 보건교사와 상담교사들 역시 관련한 여러 가지 요구를 하고 있다. 청소년 정신건강문제에 대해 전문상담교사는 주로 구조화된 매뉴얼에만 의지하여 문제별 개입을 하고 있으며, 상담교사를 위한 연수 프로그램이 지나치게 일반적이고 기초적인 내용이라는 지적이 있다[10]. 보건교사 역시 학생 정신건강 보호요인 강화교육을 잘하기 위해서는 '보건교사의 전문성과 역량강화 방안 마련', '학교 보건교육 내 정신건강교육에 대한 실질적인 교육자료 개발 및 보급'등이 필요하다고 하였으며[11], 전국 단위 '학교 기반 정신건강 사업'을 3년간 운영한 참여자들 대상의 인터뷰에서도 사례중심의 교사 연수 및 실용적 콘텐츠 개발이 필요하고[12], 직무연수에 참여한 보건교사들 역시 직무연수과정에 다른 영역에 비하여 정신건강측면과 상담에 대한 내용과 시간이 부족하다고 지적하면서 상담을 위한 자료나 연수교육이 필요하다고 하였다[13]. 그러나 이런 모든 보고들에서 공통적으로 자료와 교육의 필요성은 강조되고 있으나 어떤 내용의 자료, 교육, 연수가 필요한지에 대한 구체적인 내용은 나와 있지 않은 형편이다.

청소년의 정신건강수준을 높이기 위해서는 학교보건의 긍정적 측면과 부정적 측면이 모두 고려되어야 한다. 즉, 학교는 유사한 성장발달단계에 있는 청소년들이 모여 있으므로 정신건강증진사업의 효율성을 높일 수 있다는 긍정적 측면이 있기도 하지만, 제대로 관리하지 않으면 학생들 간에 부정적인 영향을 주고받을 위험도 있다는 측면을 감안하여야 한다. 다시 말하면 학교에서 이루어지는 학생정신건강증진 활동이 적시에 효율적으로 이루어져야 한다는 것이다. 지금까지 이루어진 학생정신건강 관련 연구로는 청소년을 초기청소년, 중기청소년으로 나누어 각각 정신건강문제의 종류, 진단과 치료에 대한 내용을 상술하거나[14], 중고등학교 교사가 정신건강 관심군 학생을 지도할 때 교사의 인식과 태도에서 사회적 스티그마가 나타나는 지를 탐구한 질적 연구[9], 2013년부터 이루어진 '학생 정신건강 지역협력모델 구축 · 지원'사업을 진행한 실무자를 인터뷰하여 효과적인 사업 요인을 분석한 연구[12] 등이 진행되었다. 그러나 상담 교사나 보건 교사를 중심으로 현재 학교를 기반으로 이루어지고 있는 학생정신건강사업의 현황 및 문제점, 정신건강 관심군 학생 지도의 애로 사항, 정신건강사업을 진행하기 위해 필요한 교사들의 역량강화를 위한 요구도를 파악한 연구는 없었다.

이에 본 연구는 학교가 청소년의 정신건강증진사업의 효율적 제공기관으로 기여할 방법을 찾기 위한 목적으로 실시되었다. 구체적으로는 현재 학교에서 이루어지고 있는 학생정신건강사업의 내용은 무엇이고 어느 정도로 수행하고 있는지, 학생정신건강사업을 운영하면서 발생하는 행정적, 개인적, 서비스적 문제점은 무엇인지, 그리고 보건교사와 상담교사의 학생

정신건강 증진을 위한 역량강화에 필요한 교육은 무엇인지에 대한 내용을 확인할 필요가 있다고 판단하였다.

2. 연구목적

본 연구는 학생정신건강사업의 현황 및 문제점을 확인하여 향후 학생 정신건강사업의 효율화 방안을 모색하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 현재 학교에서 수행 중인 정신건강 프로그램과 담당인력을 확인한다.
- 학생정서·행동특성검사 및 후속 관리의 문제점을 확인한다.
- 학생 정신건강 관련 교사 연수 프로그램에 대한 요구를 확인한다.
- 학교정신건강사업 활성화 방안을 모색한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 학교보건인력을 대상으로 학생정신건강사업의 현황 및 문제점, 학생정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도를 파악하기 위한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 초·중·고등학교에서 근무 중인 학생정신건강 관련 인력이며, 보건교사회 및 상담교사회를 통해 의뢰된 설문조사에 응답한 보건교사 및 상담교사이다.

3. 연구도구

본 연구의 조사도구 초안은 학생정신건강사업과 관련된 교육부 및 복지부의 주요정책 확인, 지방교육청의 정신건강사업 추진보고서, 학교의 정신건강사업 효과를 분석한 연구들을 분석하여 면담용 질문지로 구성하였다. 면담은 초·중·고교의 보건교사 6인, 상담교사 1인을 대상으로 하였으며, 현재 학교에서 이루어지고 있는 학생정서·행동특성검사의 후속조치는 무엇이고, 누가 담당하는지, 이 과정에서 나타나는 문제점은 무엇인지, 학생 정신건강 문제를 잘 다루기 위해 교사에게 요구되는 역량은 무엇인지, 그 역량을 갖추기 위해 필요한 교육은 무엇인지를 반구조화된 질문지를 토대로 질문하였다. 그리고 이 결과를 토대로 설문지 초안을 개발하여 보건교사 2인, 상담교사 1인에게 시범적용하였으며 가독성 및 측정 정확성 등에 대한 의견을 수렴하고, 수정·보완하여 최종 확정하였다.

조사지는 응답자의 특성, 응답자가 근무 중인 학교의 특성 및 운영 중인 정신건강 프로그램과 인력, 현행 학교 정신건강 프로그램의 문제와 학교 정신건강인력에 대한 교육훈련 요구도 등에 관한 질문으로 구성되었다. 응답자의 특성은 성, 연령, 직종 및 근무부서, 고용형태, 근무경력을 질문하였고, 응답자가 근무 중인 학교의 특성은 학교급, 학급수 및 학생수를 질문하였다. 운영 중인 정신건강 프로그램은 정서행동 특성검사 및 후속 조치, 소그룹 프로그램, 관련 특강 등의 운영여부와 운영인력을 조사하였다. 현행 학교 정신건강 프로그램의 문제와 학교 정신건강인력에 대한 교육훈련 요구도는 5점 라이커트 척도로 질문하여, 점수가 높을수록 문제를 심각하게 인식하고 교육훈련 요구도가 높다고 판단하였다.

4. 윤리적 고려 및 자료수집

ㅇㅇ대학교 연구윤리위원회로부터 연구계획에 대해 IRB 승인을 받은 후(번호: 1041566-201611-HR-018-01), 2016년 12월 한 달간 전국 초·중·고교의 정신건강사업을 담당하는 보건교사 및 상담교사를 대상으로 조사를 진행하였다. 설문지 앞면에 조사의 목적과 결과 활용, 윤리적 원칙 준수 등에 대해 상세히 설명하였고 동의하는 경우 서명하도록 하였다. 교사들이 설문응답 내용에 따라 학교 등으로부터 불이익을 받을 수 있다고도 생각할 수 있기 때문에 설문내용에는 개인정보를 확인할 수 있는 내용을 전혀 포함하지 않고 무기명 처리하였고, 이메일 및 SMS 문자 메시지를 통한 모바일 설문지를 활용하여 개인정보 유출 등의 우려는 없었다. 학교급별로 30명 이상의 자료수집을 목표로 하였고, 당초 설문에 응답한 119건 중 응답상태가 양호한 115건만을 분석하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 코딩을 거쳐 IBM SPSS/WIN 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 정신건강 프로그램 관련 의견은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 초·중·고 학교급별 비교를 위해 one-way ANOVA로 분석하였고, 사후 검정으로 Scheffé test를 실시하였다.

연구결과

1. 응답자의 일반적 특성

응답자는 대부분 여성(92.2%)이었고, 평균연령은 45.6세였다. 보건교사가 72.2%, 상담교사가 27.8%였으며, 근무부서는 보건실(36.5%)과 상담실 또는 WEE 클래스(29.6%), 두 곳 모두인 경우(33.9%)로 구분할 수 있었다. 대부분의 교사가 정규직(99.1%)이었으며, 초등학교에서 근무하는 경우가 43.5%, 중학교에서 근무하는 경우가 27.8%, 고등학교에서 근무하는 경우가 28.7%였다. 소속된 학교의 평균 학급 수는 26.5개였고, 학교별 평균 학생 수는 734명이었으며, 평균 근무기간은 15.4년이었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Subjects (*N*=115)

Variables	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Female	106 (92.2)
	Male	9 (7.8)
Age (year)		45.64±8.82
	≤30	10 (8.7)
	31~40	17 (14.8)
	41~50	60 (52.2)
	51~60	28 (24.3)
Job	School nurse	83 (72.2)
	Counselling teacher	32 (27.8)
Department	Health care department	42 (36.5)
	Counselling or WEE class	34 (29.6)
	Both	39 (33.9)
Employment type	Regular (permanent)	114 (99.1)
	Contract (temporary)	1 (0.9)
School	Primary school	50 (43.5)
	Middle school	32 (27.8)
	High school	33 (28.7)
Number of classes		26.51±10.07
	6~20	31 (27.0)
	21~40	76 (66.1)
	41~60	8 (7.0)
Number of students		734.43±369.83
	≤300	12 (10.4)
	301~600	32 (27.8)
	601~900	39 (33.9)
	901~1200	16 (13.9)
	1201~1700	14 (12.2)
Working years in school		15.42±9.91
	1~10	43 (37.4)
	11~20	27 (23.5)
	≥21	45 (39.1)

2. 수행 중인 정신건강 프로그램과 담당인력

현재 학교에서 주로 수행하는 정신건강 프로그램은 학생정서 · 행동특성검사(115교, 100%)와 이에 따른 후속 프로그램(113교, 98.3%), 정신건강 관련 외부강사 특강(56교, 48.7%), 소그룹 프로그램(50교, 43.5%) 등이 진행되는 것으로 파악되었다. 중복응답으로 확인한 프로그램별 담당인력에 대해서는 학생정서 · 행동특성검사는 대부분 보건교사(67.8%), 상담교사(40.9%)가 실시하는 것으로 나타났고, 정서 · 행동 특성검사에 따른 상담 등 후속 조치로는 상담교사(46.9%), 보건교사(45.1%), 담임교사(31.0%)의 순으로 분석되었다. 소그룹 프로그램은 주로 상담교사(84.0%), 상담사(32.0%), 보건교사(24.0%)였고, 외부강사 특강의 주 담당자는 상담교사(87.5%), 보건교사(83.9%), 교장(39.3%)이었다(Table 2).

3. 정서 · 행동특성검사 및 후속 관리의 문제점

학생정서 · 행동특성검사 및 후속 관리의 문제점을 관리, 인력, 서비스, 기타의 4가지 측면에서 확인하였다. 관리체계 측면에서는 '학생 자살 등 사건발생시 책임부담이 크다(4.43점)'와 '정신건강관리(병원 방문 등)에 부모의 협조를 받기 힘들다

Table 2. Workers in Charge of Mental Health Programs (*N*=115)

Variables	Categories	n (%)
Emotional behavior test (*N*=115)	School nurse	78 (67.8)
	Counselling teacher	47 (40.9)
	Counselor	20 (17.4)
	Class teacher	19 (16.5)
	Principal	27 (23.5)
Follow-up program to emotional behavior test (*N*=113)	School nurse	51 (45.1)
	Counselling teacher	53 (46.9)
	Counselor	21 (18.6)
	Class teacher	35 (31.0)
	Principal	16 (14.2)
Small group program (*N*=50)	School nurse	12 (24.0)
	Counselling teacher	42 (84.0)
	Counselor	16 (32.0)
	Class teacher	3 (6.0)
	Principal	5 (10.0)
Small lecture by external instructor (*N*=56)	School nurse	47 (83.9)
	Counselling teacher	49 (87.5)
	Counselor	15 (26.8)
	Class teacher	1 (1.8)
	Principal	22 (39.3)

*Multiple responses.

(4.28점)'가 가장 문제점인 것으로 지적되었다. 인력의 측면에서는 '단위학교에서 업무 역할 분담이 명확하지 않아 분쟁의 소지가 있다(4.30점)', '인력 수가 부족하다(4.00점)'가 가장 점수가 높았고, 서비스의 측면에서는 '예방 프로그램의 부족(3.99점)', '개인 상담만으로는 효과가 낮다(3.98점)'의 점수가 높았다. 한편 기타에서는 '정신건강 상담에 대해 허용적인 사회분위기 조성되어야 한다(4.63점)', '잠시나마 학업 부담에서 벗어날 수 있게 해야 한다(4.15점)'고 응답하였다(Table 3).

이러한 응답을 초·중·고 학교급별로 차이가 있는지를 확인하였는데, 관리체계 측면에서 '학생 자살 등 사건발생 시 책임부담이 크다(F=6.30, p=.003)', '사업 평가지표가 현실과 맞지 않고 달성이 어렵다(F=4.19, p=.018)' 항목에서 초등학교보다 고등학교에서 더 크게 어려움으로 인식하였다. 서비스 측면에서는 '학생 개인 상담만으로는 효과가 적다(F=5.08, p=.008)'는 초등학교에서, '유관기관(WEE센터, 청소년 건강증진센터, 청소년상담지원센터 등)의 협조를 얻기 힘들다(F=5.17, p=.007)'는 중학교에서 더 어려움을 크게 느꼈다. 기타 측면에서 '지역사회 청소년 정신과의사와 협력이 어렵다(F=4.10, p=.019)'는 고등학교에서 더 어려움을 크게 느끼는 것으로 나타났다(Table 3).

4. 학생 정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도

학생 정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도는 전반적으로 매우 높았고, 특히, 교사 본인 및 학생의 스트레스 관리법(4.47점), 대인관계 갈등관리 및 대화법(4.44점), 학생정신질환(ADHD, 우울증, 조현병 등) 관리법(4.37점)에 대한 요구가 높았다.

초·중·고 학교급별로는 학생정서·행동특성검사의 목적과 후속처리법(F=5.63, p=.005), 학생 관찰 및 상담법(F=3.48, p=.034), 학부모 상담 및 협력법(F=3.76, p=.026), 교사 본인 및 학생의 스트레스 관리법(F=7.32, p=.001) 등은 초등학교 교사의 요구도가 중학교 교사보다 높았다. 대인관계 갈등관리 및 대화법(F=4.87, p=.009)은 중학교보다는 초등학교의 교육 요구도가 더 높았다(Table 4).

5. 학교정신건강사업 활성화 방안에 대한 의견

학생정신건강사업 활성화를 위한 교육부 및 교육청 지원 내용을 서술형으로 응답한 결과를 정리하면, 크게 교사 및 학부모 대상 연수와 정부당국의 학생정신건강사업 관리 효율화로 구분해 볼 수 있다.

1) 교사 및 학부모 대상 연수

교사 연수 프로그램의 내용으로는 교직원 전체에 대해 '교사 자신에 대한 긍정적인 마인드와 공감 프로그램'에 대한 요구가 가장 높았다. 이외에도 '학생 및 학부모 상담관리법', '대상자를 중심으로 한 집단상담의 실질적 적용 방법', '의사소통 기술', '정신건강사업의 중요성을 인식시킬 수 있는 교직원 전체 연수', '관심 아동 담임 교사를 대상으로 한 의무적인 정신보건 연수', '조현병 분노조절장애 같은 정신질환에 대한 교육' 등을 요구하는 것으로 나타났다.

2) 정부당국의 학생정신건강사업 관리 효율화

보건교사 및 상담교사가 요구하는 정부당국의 관리 효율화 방안으로는 '전문적이고 통합적인 상담 관리'와 '전문인력 배치 및 명확한 업무분장(매뉴얼, 문제 연계체계, 연계기관 등)'이 19건으로 가장 높은 정책적 요구였다. 이외에 '전문강사 확보를 위한 예산 지원', '실현 가능한 학생정신건강관리 프로그램의 개발 및 배포', '부모중심 케어 전략' 및 '사회 지지체계의 필요' 등 지역사회 협조 요구가 있었다.

논 의

우리나라는 2009년부터 학생정서·행동특성검사를 실시하고는 있으나 정신건강 고위험 학생들에 대한 사후 관리가 제대로 이루어지지 못한다는 지적에 따라 2013년부터 '학생 정신건강 지역협력모델 구축·지원사업'을 통해 학생 정신건강사업을 펼치고 있다[12]. 본 조사에서도 학생정서·행동특성검사는 의무 사항이므로 모든 학교가 실시하고는 있으나 고위험 학생에 대한 상담(98.3%)이외에 다른 프로그램은 별로 이루어지지 않고 있다는 사실을 확인하였다. 즉, 정신건강 관련 외부강사 특강(48.7%)이나 소그룹 프로그램(43.5%) 정도만 일부 이루어질 뿐, 학생주도 동아리 활동이나 기타 다른 프로그램들은 전혀 이루어지지 않아, 학생 정신건강 사업의 다양성이 매우 부족한 것으로 파악되었다.

학교는 학생정신건강사업의 서비스 접근성이 높은 공간일 뿐 아니라 정신건강증진 사업을 했을 때 그 효과가 매우 높은 장소이다[15]. 특히 우리나라는 전국의 모든 학생이 스크리닝 검사를 통해 정신건강 수준을 확인하고 있으나 그 결과에 대한 사후 조치가 학교를 통해 적절히 제공되지 않고 있다. 이는 스크리닝 검사를 하는 의미를 제대로 살리지 못하는 것일 뿐 아

Table 3. The Problems of Student Mental Health Programs (*N*=115)

Variables	Categories	Total	By school			F (*p*)	Scheffé
			Primary[a] (n=50)	Middle[b] (n=32)	High[c] (n=33)		
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
Management system	The inspection tool is incorrect.	3.51±1.39	3.28±1.25	3.91±1.77	3.48±1.12	1.25 (.290)	
	The burden of responsibility is great when student suicide occurs.	4.43±1.00	4.10±1.27	4.53±0.76	4.85±0.44	6.30 (.003)†	a<c
	The business evaluation index does not match reality and it is difficult to achieve.	3.90±1.08	3.60±1.14	4.00±0.98	4.27±0.98	4.19 (.018)*	a<c
	There is not enough business budget.	3.37±1.16	3.18±1.26	3.44±1.05	3.61±1.09	1.35 (.264)	
	It is difficult for parents to cooperate in mental health care(such as visiting a hospital).	3.99±1.09	4.02±1.13	3.91±1.06	4.03±1.07	2.04 (.135)	
Personnel	There is insufficient manpower.	3.12±1.22	3.42±1.25	2.78±1.07	3.00±1.22	0.07 (.928)	
	The quality of the manpower is insufficient.	3.50±1.25	3.34±1.22	3.53±1.29	3.70±1.24	3.27 (.042)	
	There is a lack of cooperation between workers.	4.29±1.15	4.10±1.22	4.41±1.07	4.45±1.12	0.92 (.402)	
	There is a dispute because of unclear R&R.	4.01±1.14	4.34±0.94	3.66±1.31	3.85±1.15	1.28 (.283)	
Services	Student counseling alone has little effect.	3.11±1.28	2.72±1.23	3.59±1.27	3.24±1.20	5.08 (.008)*	a>b
	It is difficult to cooperate with related agencies when linking.	3.97±1.10	4.22±0.93	3.78±1.24	3.79±1.14	5.17 (.007)†	a<b
	Mental health problems prevention programs should be strengthened.	4.15±1.18	4.14±1.28	3.91±1.28	4.39±0.86	2.04 (.135)	
Others	Students should be able to get away from the academic burden for a while.	4.28±0.93	4.10±1.07	4.31±0.86	4.52±0.71	1.40 (.251)	
	It is difficult to cooperate with community youth psychiatrists.	3.77±1.21	3.42±1.39	3.97±0.97	4.12±1.02	4.10 (.019)*	a<c
	School administrators (principals, etc.) are not interested in student mental health.	3.41±1.21	3.18±1.30	3.53±1.16	3.64±1.06	1.67 (.193)	
	There is no innovative way to manage student mental health.	3.99±1.03	4.02±0.96	3.81±1.15	4.12±1.02	0.76 (.470)	
	An acceptable social atmosphere should be created for mental health counseling.	4.63±0.66	4.72±0.57	4.47±0.80	4.64±0.60	1.11 (.334)	

*p<.05, †p<.01; 5 Likert scale: 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Neither agree nor disagree, 4. Agree, 5. Strongly agree.

Table 4. The Needed Training Programs for Mental Health Program Personnel (*N*=115)

Variables	Total	By school			F (*p*)	Scheffé
		Primary[a] (n=50)	Middle[b] (n=32)	High[c] (n=33)		
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
Student mental illness management methods (ADHD, depression, schizophrenia etc.)	4.37±0.96	4.54±0.84	4.06±1.08	4.42±0.97	2.94 (.057)	
Operating methods of small group programs	4.10±0.95	4.14±0.95	3.78±1.01	4.33±0.85	2.91 (.059)	
Social training through play	4.13±1.06	4.28±1.01	3.94±1.01	4.09±1.16	1.06 (.350)	
Purpose and follow-up process of 'student emotional behavior test'	4.06±1.08	4.38±0.95	3.59±1.10	4.03±1.10	5.63 (.005)†	a > b
Student observation and counseling	4.23±1.00	4.48±0.79	3.91±0.96	4.15±1.23	3.48 (.034)*	a > b
Parent consultation and cooperation	4.32±0.93	4.56±0.70	4.00±1.02	4.27±1.07	3.76 (.026)*	a > b
Types and use of community-related organizations	4.10±1.05	4.24±0.98	3.88±1.01	4.12±1.19	1.18 (.311)	
Methods to improve mental illness awareness	4.23±1.01	4.42±0.78	4.00±1.11	4.15±1.18	1.84 (.163)	
Stress management of teachers and students	4.47±0.86	4.66±0.59	4.00±1.11	4.64±0.78	7.32 (.001)†	a > b b < c
Interpersonal conflict management and conversation	4.44±0.86	4.64±0.63	4.06±1.08	4.52±0.83	4.87 (.009)*	a > b
Psychological examination and management	4.14±1.10	4.36±0.94	3.88±1.07	4.06±1.30	1.82 (.166)	
Management of high risk group identified by 'emotional behavior test'	4.24±0.95	4.38±0.83	3.97±1.09	4.30±0.95	1.95 (.148)	

*p<.05, †p<.01; 5 Likert scale: 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Neither agree nor disagree, 4. Agree, 5. Strongly agree.

니라 청소년기에 가장 중요하게 다루어야 할 정신건강 문제에 대한 적극적인 대처가 이루어지지 못한다는 것을 의미한다. 미국의 경우에는 2002년에 이미 63%의 학교가 정신건강예방 프로그램을 실시하고, 59%의 학교가 문제행동 대응 프로그램을 실시하고 있다[16]. 그리고 정신건강 프로그램을 제공한다는 사실이 중요한 것이 아니라 근거기반 프로그램을 적용하는 것이 중요하다고 역설하고 있다[17]. 그런데 우리나라에서는 정신건강예방 프로그램의 실시나 문제행동 프로그램의 실시도 거의 이루어지지 않을 뿐 아니라 고위험 학생에 대한 단순 상담만 겨우 실시되고 있는 실정인 것이다.

우리나라에서 학생정신건강을 주로 다루는 학교 인력은 보건교사와 상담교사이다. 모든 학교가 같지는 않지만 학생정서·행동특성검사의 실시는 주로 보건교사가, 이후의 상담은 주로 상담교사가 실시하고 있는 것으로 나타났다.

그리고 학생 정신건강관리에 있어서의 문제점으로 지적된 것은 관리적 측면에서는 '학생 자살 등 사건발생시 책임부담(4.43점)'과 '정신건강관리(병원 방문 등)에 부모의 비협조(4.28점)'로 나타났다. 학부모의 비협조는 다른 나라에서도 비슷한 사례가 있는데 싱가포르의 경우 고위험 학생들을 의료기관으로 연계하는 것에 대해 학부모가 동의하지 않는 문제가 발생하였다고 한다. 싱가포르는 2007년에 REACH (Response Early Intervention and Assessment in Community Mental Health)라는 프로그램을 도입하여 학교와 지역사회에 기반한 서비스를 제공함으로써 효과적으로 고위험 학생들에게 개입하고 학교 전체의 역량을 높이는 효과를 가져왔다[12]. 우리나라도 자녀의 정신과 상담에 대해서는 낙인 등을 고려하여 매우 예민하게 보는 문화가 존재하므로[13], 의료기관보다는 학교 내 보건교사 및 상담교사, 의료전문가, 사회복지사, 정신건강 전문가 등의 다학제적 팀으로 구성된 학교정신건강 지역 네트워크를 구성하는 것이 필요하다고 생각된다. 더불어 학부모 교육도 필수적으로 수반되어야 한다. 학부모가 거부하거나 무관심할 경우 학생에 대해 개입할 여지가 거의 없기 때문에, 학부모 참여를 위한 다각적이고 적극적인 노력이 반드시 마련되어야 한다는 것이 전문가들의 판단이다[12].

인력 측면의 문제는 보건교사와 상담교사 간 업무분장이 명확하지 않은 것과 근본적으로 인력이 부족한 것이 지적되었다. 이는 '해결이 어려운 복합적이고 고위험의 어려움을 가진 학생에 대한 부담으로 전담인력의 확보가 필요하다'고 한 경상남도교육청의 사업 보고서와 비슷한 지적이다[18]. 또한 정신보건 전문요원들이 아동청소년 정신건강 증진사업의 방해요인으로 과도한 업무량, 인력의 부족을 지적하고 가장 신속하게 해결되어야 할 문제로 사업수행 인력의 부족을 꼽은 것과도 같은 맥락이다[19]. 인력의 보강과 전담인력의 확보는 학생 정신건강사업에 있어 필수적이고 중요한 부분이다. 그런데 '학생 정신건강 지역협력모델 구축 · 지원사업'에 참여한 학교의 실무자들은 학교 내 전담인력체계를 명확하게 구성해야 한다고 강조하였다. 정신건강사업 관련 실무는 보건교사 또는 상담교사가 담당하여도 사업의 총 책임은 부장교사 이상이 맡아야 학교전체의 관심을 이끌어내고 책임을 강화할 수 있다고 보았다[12]. 인력부족의 문제 역시 학교정신건강 지역 네트워크를 구성하는 것으로 일부 해결이 가능하다고 본다. 정신건강 전문가들은 학교 외부에서 언제든 학교에 도움을 줄 수 있도록 준비하고, 학교에서는 1차 스크리닝, 밀착관리, 예방 프로그램 등에 주력하는 시스템을 갖추는 것이 필요하다.

학생 정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도는 전반적으로 매우 높았고, 요구하는 교육 내용으로는 '교사 본인 및 학생의 스트레스 관리법', '대인관계 갈등관리 및 대화법', '학생정신질환 관리법' 순이었다. 교사 본인의 스트레스 관리법이 높게 나타난 이유는, 정신건강 문제를 다루는 상담자가 자신을 도구로 사용함에 있어 소진을 경험하게 되므로[10,20] 이로 인해 상담 활동에 악영향을 주는 결과가 나타나지 않도록 예방하기 위한 전략으로 보여진다. 더불어 '대인관계 갈등관리 및 대화법'이나 '학생정신건강질환 관리법'에 대한 요구가 높은 것은 보건교사나 상담교사가 학생정신건강증진에 대한 기본적인 것부터 준비가 필요하다는 것의 반증으로 볼 수 있다. 특히 '학생정신건강질환 관리법'은 전문적인 정신병리에 대한 이해를 토대로 접근해야 하고 이에 따른 후속 조치로 의료기관 연계가 필요한 개념이나, 보건교사나 상담교사의 경우에는 학생들에게 주로 나타나는 정신건강질환을 감별하는 법이나 일상생활 속에서 대응하는 방법 등에 대한 교육요구가 있다고 판단된다.

사실, 우리나라 학생 정신건강의 현재 체계는 정신건강문제를 조기에 발견하여 개입하는 데에 중점을 두고 있지만, 급속한 발달과 변화 과정에 있는 청소년에게는 사전예방적 접근도 함께 제공될 필요가 있다[21]. 학교에서의 정신건강 보호요인 강화 교육에 대해서는 조사에 참여한 보건교사 모두와 학생의 84.1%가 필요하다고 생각하고 있지만[11], 실제 이루어지는 교육의 내용은 대개 학교폭력, 비행, 자살사고 등과 같은 정신건강문제가 이미 발생한 학생들을 대상으로 외부 정신건강전문가나 청소년 상담가가 학교를 방문하여 이루어져 왔다[22-24]. 그러나 이 같은 프로그램들은 외부 전문가들이 특정 정신건강문제나 위험요인을 가지고 있는 일부 학생들을 대상으로 정규 교과과정 외의 시간을 활용하여 실시하고 있어 지속하는데 어려움이 있고, 이미 문제가 발생한 학생들을 대상으로 문제 발생 후 반응적 대책을 한다는 점에서도 한계가 있다. 학생 정신건강 증진의 목표를 달성하려면 학생들이 일상생활 속에서 자신에게 나타나는 정신건강문제를 스스로 확인하고 문제시 어떻게 대처해야 하는지에 대한 교육이 평시에도 이루어져야 한다. 이를 위해서는 일상적으로 교실에서 정신건강 관련 교육이 이루어질 수 있도록 일반교사 대상의 상담교육도 반드시 필요한 부분이다[10]. 결론적으로 정신건강교육-증진-평가-예방-조기개입-치료가 포괄적이고 연속적으로 이루어져야[26] 학생 정신건강 서비스 프로그램이 성공할 수 있다고 생각된다.

본 연구는 일부 보건교사와 상담교사를 대상으로 이루어진 연구로 일반화하기 어렵다는 한계점이 있기는 하나 학교정신건강사업의 현황을 파악하고 학교정신건강서비스의 활성화 전략을 확인하였다는 점에서 중요하다고 판단된다. 특히 실제 상담을 진행하고 있는 교사들로부터 학생 정신건강증진을 위한 교육 및 자료가 필요하다는 요구는 지속적으로 파악하고 있었으나 그 구체적인 내용에 대해서는 알려지지 않았던 것을 본 연구를 통해 발견해냈다는 점에 큰 의의가 있다.

결 론

우리나라 청소년 사망원인 1위는 자살사망이며 스트레스 인지율이나 우울경험률을 통해 확인한 정신적 건강상태는 매우 나쁜 것으로 밝혀져 있다. 이에 대해 학교에서는 학생정서 · 행동특성검사와 학생정신건강사업을 실시하였으나 그 실효성이 낮을 뿐 아니라 오히려 관심군 학생들에 대한 낙인효과만 나타난다는 지적이 있다.

초 · 중 · 고교의 보건교사와 상담교사를 대상으로 학생정신건강사업의 현황 및 문제점, 학생정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도를 파악한 본 연구의 결과, 고위험 학생에 대한 상담 이외의 다른 정신보건 프로그램은 별로 이루어지지 않고 있다는 사실이 확인되었다. 그리고 학생 정신건강관리에 있어

서의 문제점으로 지적된 것은 관리적 측면에서는 '학생 자살 등 사건발생시 책임부담'과 '정신건강관리(병원 방문 등)에 부모의 비협조', 인력 측면에서는 보건교사와 상담교사 간 업무분장이 명확하지 않은 것과 근본적으로 '인력이 부족한 것'이 지적되었다. 더불어 학생 정신건강 관련 교사 연수 프로그램 요구도는 전반적으로 매우 높았고, 요구하는 교육 내용으로는 '교사 본인 및 학생의 스트레스 관리법', '대인관계 갈등관리 및 대화법', '학생정신질환 관리법' 순이었다.

결론적으로 학생정신건강사업의 효과성을 높이기 위해서는 정신건강문제를 조기에 발견하여 개입하는 데에 중점을 두고 있는 현재의 체계에서 사전예방적 접근도 함께 제공하는 체계로의 변화, 학생정신건강사업의 전담인력과 확실한 업무분장, 학부모의 협조 및 지원의 충족이 필요하다는 점이 확인되었다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

감사의 글

설문에 응답해주신 보건교사님과 상담교사님들께 감사드립니다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Population Projections for Korea (2015-2065) [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2016 [cited 2018 July 16]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=359108.
2. Statistics Korea. 2016 Cause of Death Statistics [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2017 [cited 2018 July 16]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=363695.
3. Statistics Korea, Ministry of Gender equality and Family. 2017 Juvenile Statistics. [Internet]. Daejeon: Author; 2017 [cited 2018 July 16]. Available from: http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156196542.
4. Kim MS. The subjective well-being of Korean children and its policy implications. Health-Welfare Policy Forum. 2015 Feb; 220:14-26.
5. Ministry of Education, Ministry of Health and Welfare, Korea Center for Disease Control. 13th (2017) Korea youth risk behavior web-based survey statistics. Osong; 2017.
6. Ryoo KY, Shin YK, Eun BL, Park SH, Tocko YC. Adolescent depression in a provincial city. Journal of Korean Pediatric Society. 2000;43:172-187.
7. Mo SH, Kim HJ, Lee SY, Kim JH, Yoon KM. A study on mental health improvement policy for children and adolescents III. General report. Seoul: National Youth Policy Institute; 2013. December. Report No.: 13-R16.
8. Ministry of Education, Chungcheongbuk-do office of education. A policy implementation announcement about 'support for student mental health services'. Osong; 2011.
9. Park ON. Experiences with guiding students with mental health support needs among middle and high school teachers. Journal of Korean Society School Health. 2017;30(3):211-223. https://doi.org/10.15434/kssh.2017.30.3.211
10. Kang SY, Lee CH, Lee DH. A qualitative study on perception of school counselors about mental health problems and interventions. The Korea Journal of Youth Counseling. 2014;22(1): 93-123.
11. Lee JH, Park HA. Survey study of current status of and need for mental health education enhancing protective factors in the elementary schools. J Korean Acad Community Health Nurs. 2016;27(1):9-20. https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.1.9
12. Hong H, Ha K, Kim J, Kim W, Oh E. A study on the effective factors of the school-based mental health in Korea: students' mental health school community cooperative model. Mental Health & Social Work. 2016;44(2):140-166.
13. Kim SJ, Lee CS, Choi BS. School nurses' recognition about mental health problems of students. Chonnam Journal of Nursing Science. 2004;9(1):113-137.
14. Bae EK. The changes of Korean public mental health services for children and adolescents-challenges for mental health promotion. Mental Health & Social Work. 2015;43(2):283-312.
15. Nabors LA, Reynolds MW. Program evaluation activities: Outcomes related to treatment for adolescents receiving school-based mental health services. Children's Services: Social Policy, Research, and Practice. 2000;3(3):175-189. https://doi.org/10.1207/S15326918CS0303_4
16. Foster S, Rollefson M, Doksum T, Noonan D, Robinson G. School mental health services in the United States 2002-2003. [Internet]. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005 [cited 2018 July 16]. Available from: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED499056.pdf.
17. Langley AK, Nadeem E, Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH. Evidence-based mental health programs in schools: Barriers and facilitators of successful implementation. School Mental Health. 2010;2:105-113. https://doi.org/10.1007/s12310-010-9038-1
18. South Gyeongsang Province Office of Education. 2015 training

course for teachers developing regional cooperation model for student mental health-to improve Mind Health School. Policy report. Osong: South Gyeongsang Education; 2015 December. Report No.: 2015-112.

19. You HJ, Kim BN, Shin YM, Park EJ, Lee KS, Lee MS. Mental health promotion service guideline for childhood and adolescents. Research Report. Osong: Ministry of Health and Welfare; 2013. Report No.: 11-1352000-001093-01.
20. Yun AR, Cho HN. The effects of job circumstance and individual internal factors on youth counselor's burnout. Journal of Social Science. 2013;52(2):193-224.
21. Jeong CW. Theoretical structure of social and emotional learning and its implications for moral education. Journal of Moral & Ethics Education. 2013;38:153-172.
22. Lee DY, Roh EM, Kim IY, Ko GN, Choi JW, Lee YR, et al. School-based short term mental health awareness and school bullying prevention programs: Preliminary Report. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014;25(4):196-202. https://doi.org/10.5765/jkacap.2014.25.4.196
23. Lee CH, Kang SY, Lee DH. A study on mental health improvement policy for children and adolescents III: Efficient intervention program for children and adolescents. Policy report. Seoul: National Youth Policy Institute; 2013 December. Report No.: 13-R16-2.
24. Park HS. The development of an integrated suicide violence prevention program for adolescents. Journal of Korean Academy of Nursing. 2008;38(4):513-521.
25. Weist MD, Sander MA, Walrath C, Link B, Nabors L, Adelsheim S. Developing principles for best practice in expanded school mental health. Journal of Youth and Adolescence. 2005; 34:7-13. https://doi.org/10.1007/s10964-005-1331-1