

서울시 정신건강증진모형 구축을 위한 실태조사

A survey on the status for construction of mental health promotion model in Seoul

김은혜, 김진형, 임희영, 김수현, 박정숙, 이명수

EH Kim PRN, JH Kim MSW, HY Lim MSW, SH Kim MSW, JS Park MSW, MS Lee MD, MPH

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 서울시의 지역정신보건센터에서 수행하는 정신건강증진사업의 실태를 살펴봄으로써 향후 정신건강증진서비스의 새로운 모형을 구성하는데 기초자료를 제공하고자 하였다.
- **연구방법** : 서울시 지역정신보건센터의 팀장을 대상으로 설문조사를 실행하였다. 설문 후 데이터의 신뢰성을 높이기 위해 전화 및 이메일을 통해 보완작업을 하였으며, SPSS 18.0을 이용하여 기술통계분석을 실시하였다.
- **연구결과** : 서울시 지역정신보건센터에서의 정신건강증진사업 예산 중 45.2%가 아동청소년영역에 투입되고 있었고, 그 다음이 우울 및 자살예방영역 42.4%로 나타났다. 영역별 평균 수행인력은 아동청소년 2.1명, 알코올 1.0명, 우울 및 자살 2.3명, 기타 1.0명으로 나타났다. 아동청소년 및 알코올사업영역은 고위험군을 대상으로 한 상담 및 프로그램(증진사업) 비중이 높게 나타났고, 우울 및 자살사업영역은 타 사업에 비해 일반인구를 대상으로 일차예방사업을 주로 하고 있었다.
- **결론** : 효과적인 정신건강증진서비스를 제공하기 위해서는 표준적 가이드라인 제시 및 근거에 기반한 프로그램 배포가 필요하다.
- **주요용어** : 정신건강증진, 가이드라인, 표준화

Abstract

- **Objective** : The objective of this study was to examine the present situation of mental health promotion programs in the community mental health center and to provide the basis for new framework of mental health promotion services in the future.
- **Methods** : Survey was done from the team manager of community mental health centers. We accomplished the second survey of using telephone and e-mail to improve the accuracy of data.
- **Results** : 45.2% of budget was allocated to the Child & Adolescent services and 42.4% to depression & suicide prevention services. The Mean number of staff was 2.3(depression & suicide prevention), 2.1(Child & Adolescent), and 1.0(Alcohol addiction). In the alcohol addiction and child & adolescent services, the proportion of counseling and programs for high risk population was higher. The activities for primary prevention to the general population were more accomplished in the depression and suicide prevention services.
- **Conclusion** : It is necessary to provide standard service guidelines and to implement evidence-based programs for mental health promotion.
- **Keyword** : mental health promotion, guideline, standardization

1. 서론

세계적으로 정신건강에 대한 관심이 확대되고 있다. 세계보건기구(WHO, 2001)는 “정신건강이란 정신질환이 없는 상태 이상의 것뿐만 아니라 개인이 자신의 능력을 깨닫고, 삶에서 발생하는 정상

적 범위의 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일을 하여 결실을 맺고 개인이 속한 사회에 기여할 수 있는 안녕의 상태”라고 정의하였다. 더불어 “정신건강증진이란 적극적인 관점에서 행복을 포함한 긍정적 정서 상태를 함양하고 질병을 예방하며 회복력을 증진하는 것”으로 정의하고 있다(WHO, 1998). 이에 따라 지역사회

의 일차진료 현장에서 정신건강교육 및 관리를 실시하고, 지역사회와 가족, 소비자를 정신건강의 주체로 참여시킬 것을 권고하면서, 정신건강증진을 위한 기본적인 관점 및 정책적 패러다임의 적극적 변화가 요구되고 있다.

이러한 흐름에 발맞추어 정부차원에서 정신건강증진 대책을 마련하고 있으며, 서울시에서도 시민들의 정신건강증진을 위해 사업을 확대하는 등 많은 노력을 하고 있다. 그 중 정신보건센터는 공공성을 가지고 시민의 정신건강증진을 위한 역할을 수행하는 중추적 기관이라 볼 수 있다. 1995년 정신보건법의 제정 하에 중증정신질환자 관리를 위해 설립된 정신보건센터의 역할은 일반시민의 정신건강 서비스에 대한 요구도에 따라 지역주민을 위한 정신건강증진사업까지 확대되었다.

많은 노력에도 불구하고 아직 우리나라의 정신건강 수준이 취약한 현실이다. OECD 국가 중 우리나라 자살률이 2010년 기준 인구 10만명 당 33.5명으로 8년째 1위를 기록하고 있으며, 우울증 환자 및 총 진료비도 매년 증가추세에 있다(한국보건 의료연구원, 2012). 통계청 자료(2012)에 따르면 2011년 자살사망률은 인구 10만명 당 전국 31.7명, 서울시 26.9명으로 2006년 이후 계속 증가하고 있다.

또한 우리나라의 음주율은 높은 편으로 알코올남용, 의존의 경우 총 20% 정도로 미국, 일본, 선진국에 비하여 높은 수준이다(정인원, 2005). 2004년 기준 알코올사용장애 유병율도 6.76%로, WHO 평균(3.6%)과 비교했을 때 유병율이 매우 높다(WHO, 2010). 뿐만 아니라 최근 지역건강통계(2012) 결과 서울시의 고위험음주율이 2010년 15.7% 대비 2011년 18.2%로 증가하는 추세이다.

아동청소년 정신건강 현황은 전국 청소년(13세~18세) 우울감 경험률의 경우 30.5%, 자살생각률 18.3%이며, 서울시 청소년 우울감 경험률은 31.4%, 자살생각률 19.2%로 평균보다 높은 수치를 보이고 있다(보건복지부·질병관리본부, 2012).

우리나라 정신건강증진 관련 선행연구를 살펴보면 주로 학생, 노인, 군인 등과 같은 특정집단을 대상으로 한 정신건강증진 프로그램 개발 및 효과성 검증에 대한 연구(박일홍, 2009; 최진일, 2012; 황정우, 2011; 우정희, 2012 등)로 국내의 공공 정신건강증진사업에 대한 효과성 연구는 아직 미흡한 실정이다.

우종민 외 2인이 2010년 신경정신의학에 발표한 '정신건강증진의 개념과 발전방향'을 살펴보면 선진국의 정신건강증진에 대한 현황 제시와 함께 통합적 관점에서 정신건강증진에 대한 개념적 합의 도출의 필요성을 제기하고, 양질의 정책적·사회적 환경을 조성하여 근거 중심의 연구 진행, 사업수행에 대한 철저한 분석과 반영이 필

요하다고 제시하고 있다.

최인재 외 3인(2011)은 '아동청소년 정신건강증진을 위한 지원방안 연구'를 통해 우리나라 아동청소년들의 정신건강 실태를 전국 단위로 조사하고 국내·외의 아동청소년 정신건강증진을 위한 지원 정책 및 법·제도 현황을 분석하여 개선방안을 제안하고 있다.

위에서 살펴본 것과 같이 정신건강증진을 위한 노력과 관심이 절실한 시점이다. 우리나라 및 서울시의 효과적인 정신건강증진사업을 위해서는 정신건강증진에 대한 개념적 합의와 체계적 노력이 필요하다. 즉, 현재의 사업에 대한 정확한 현황파악 및 평가가 요구되며, 이를 기초로 근거에 기반을 둔 방안마련이 시급하다.

따라서 본 실태조사는 서울시의 정신건강증진사업의 실태를 살펴보고, 정신보건센터에 적합한 정신건강증진사업 전략을 수립하는데 근거를 제공하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 정신건강증진

1980년대까지 건강증진은 개인의 행동선택이 질병발생에 관여한다는 관점에서, 건강증진활동은 개인에게 질병을 예방하는 것을 알려주고 건강한 생활양식을 갖도록 변화시키려는 교육적·계몽적 접근이 중시되었다. 그러나 1980년대 이후 구조적 접근의 중요성이 제기되면서, 개인을 변화시키기 위해서 정보제공 외에도 건강하지 못한 행동의 원인과 상황까지도 개입하게 되었다. 현대에는 건강증진에 대해 개인적 접근과 동시에 구조적 접근을 중시하는 통합적 관점을 요구하고 있다.

특히 정신건강 부분에서는 20세기 후반부터 시작된 증진과 예방에 대한 관심, 확장된 긍정적, 적극적 정신건강의 개념에 따라 선진국에서는 기존의 정신보건사업에 상당한 변화가 이루어지고 있다. 정신질환자 관리 및 재활 위주의 개념에서 나아가 가족, 학교, 직장, 지역사회 등 다양한 공간에서 정신건강상의 위험요인에 대한 적극적인 개입이 시도되고 있다(우종민·백종우, 2004).

정신건강증진에 대해 보편적으로 합의된 정의는 없지만, 세계보건기구에서는 적극적인 관점에서 '행복을 포함한 긍정적 정서 상태를 함양하고 질병을 예방하며 회복력을 증진하는 것'으로 정의하였으며(WHO, 1998), 뉴질랜드의 Ministry of Health and Mental Health Foundation에서는 '정신건강증진은 개인과 지역사회의 삶들을 통제하고 정신건강을 향상시킬 수 있는 능력(capacity)을 향상하는 과정'이라고 정의하였다.

2. 정신건강증진사업

정신건강증진사업이란 지역사회 내에서 정신건강증진을 위해 다양하게 수행되는 정신보건서비스 활동으로 정의할 수 있다.

최근 수년 동안 국내·외에서는 정신건강증진사업을 위한 노력들이 이루어져 왔다. 미국을 비롯한 서구에서는 아동청소년들의 정신건강 증진을 위해 다양한 서비스를 개발하여 도움이 필요한 청소년들에게 이를 효과적으로 전달할 수 있는 전달체계를 구축했다. 미국의 경우, 학교 안에서 정신건강의 위험성이 있는 학생들을 조기발견하고 치료하기 위한 학교 정신보건사업을 확장시켰고, 학교 교과의 일부로 정신건강 프로그램을 도입하는 등 학교체계 및 제도 개선을 통해 아동청소년의 정신건강증진을 위한 노력을 하고 있다(최인재 외 3인, 2011:33-35). 알코올 영역에서도 영국(Alcohol Harm Reduction Strategy for England), 호주(National Alcohol Strategy), 캐나다(Reducing Alcohol-Related Harm in Canada) 등에서는 알코올 관련 피해 감소 전략을 공표하고 알코올에 대한 통제를 강화하는 정책을 수립하여 알코올폐해에 대한 예방교육과 증진사업을 엄격히 실행하고 있다(알코올사업지원단·카톨릭대학교 산학협력단, 2011). 또한 우울 및 자살문제와 관련하여 미국, 영국, 호주와 같은 선진 외국에서는 자살예방 전담기구를 설치하고 공공기관 및 민간기관의 긴밀한 협력을 통해 대중교육과 계몽, gate keeper 양성, 경보시스템 개발, 우울증 예방 및 조기발견 등의 사업을 수행하고 있다.

국내에서도 각 영역별 정신건강증진사업이 수행되고 있다. 보건복지부는 2006년~2010년에 걸쳐 아동청소년의 정신건강증진을 위한 37개 표준형정신보건센터 건립을 위한 정신보건사업을 계획·추진하였다. 교육과학기술부의 협조를 얻어 2008년부터 초·중·고등학교에 재학 중인 아동청소년에 대한 정신건강 사전선별검사를 실시하고 고위험군을 대상으로 다양한 사례관리 프로그램을 실시하였다. 특히 최근에는 더욱더 심해지는 인터넷 중독 청소년에 대한 선별 및 상담 서비스를 지원하고 있다. 이렇듯 정신보건센터 및 유관기관을 중심으로 활발한 아동청소년 정신건강사업을 진행하고 있다(최인재 외 3인, 2011:38). 또한 건전한 음주문화를 조성하고 음주폐해로부터 보호가 필요하다는 관심이 증대하면서 국가적 차원에서는 「파랑새플랜 2010」, 「음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020」을 수립하고 알코올중독 관련기관 설립 및 서비스를 확대하는 등의 지역사회 중심의 통합적인 알코올질환자 관리체계와 시스템을 구축하고 있다. 뿐만 아니라 우울 및 자살문제가 급등하면서 '자살예방 대책 5개년 계획' 및 '자살예방과 생명존중문화 조성을 위한 법률' 제정을 통해 국가적 차원의 자살예방사업을 위한 법적 근거를 마련하고, 제도적 지원을 하고 있다.

서울시에서는 1995년 국내 최초의 지역정신보건센터를 설립하고,

정신건강증진을 위한 체계를 마련하기 시작하였다. 1996년부터 알코올중독에 대한 시민강좌를 실시하였고, 2000년에는 서울시 최초의 알코올상담센터 개소를 시작으로 알코올관련 기관 및 사업을 점차 확대하고 있다. 뿐만 아니라 2005년 '서울정신건강 2020' 계획을 바탕으로 효율적인 지역사회 정신보건사업 체계를 확립하고자 노력하고 있다. 이에 따라 소아청소년 광역정신보건센터 설립한 후 2006년 서울형 아동청소년 사회복귀시설 '아이존'을 신설하는 등 아동청소년 정신건강증진사업을 위한 인프라를 확충하고 있다. 2007년에는 서울시 정신건강 브랜드 'blutouch'를 런칭하여 시민들에게 보다 친근한 정신건강증진사업을 수행하고자 힘쓰고 있다. 더불어 2009년 서울시자살예방센터 개소 및 24시간 Hotline 설치를 통해 자살예방 및 정신건강 상담 서비스를 제공하고 자살시도자에 대한 사후관리를 수행하고 있다. 2010년에는 서울시 25개구 전체에 정신보건센터를 설치함으로써 지역사회 정신보건체계를 확장해 나가고 있다.

최근에는 국가적으로 '제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020)'을 통해 정신건강 및 정신질환에 대한 국민인식개선, 정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진, 중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질 향상, 자살위험이 없는 안전한 사회구현, 알코올중독 문제의 적극적 관리 등 5개의 정책목표와 이를 위한 25개의 실천목표를 설정하여 인적·물적 인프라를 구축하며 정신건강증진을 위해 힘쓰고 있다.

그 중 정신보건센터에서는 정신질환자 관리와 재활 위주였던 기존의 사업을 확대하여 가족, 학교, 직장, 지역사회 등 다양한 영역에서 정신건강의 위험요인을 줄이기 위해 적극적인 개입을 하고 있다. 이에 따라 본 실태조사는 서울시 25개구 정신보건센터에서 수행하고 있는 정신건강증진사업의 실태를 조사하고자 하였다.

본 조사에서의 정신건강증진사업이란 '중증의 정신질환자를 제외한 지역주민을 대상으로, 정신건강을 향상시키기 위해 정신보건센터에서 수행하는 모든 서비스'로 정의하였으며, 정신건강증진사업을 예방사업, 조기발견사업, 증진사업으로 세분화하였다(그림 1). 각 세부 사업을 정의하면 다음과 같다.

■ 예방사업

일반인구와 위험인구를 대상으로 1차 예방적 관점에서 고위험군에 진입하지 않도록 인식개선을 통해 정신건강 결정요인 관리향상을 목적으로 하는 사업이다.

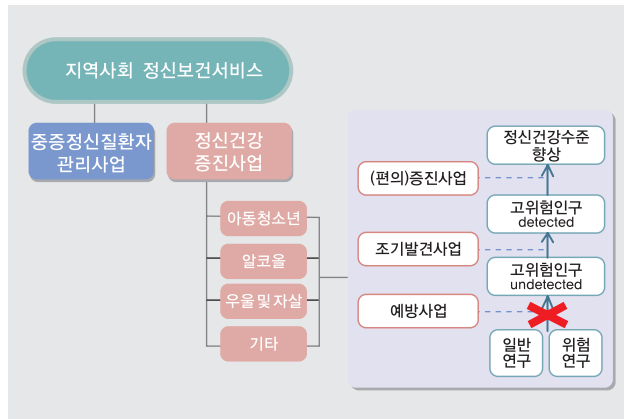
■ 조기발견사업

일반인구와 위험인구 내에 존재하는 고위험인구를 발굴하는 사업으로, 정신질환 대상자를 조기발견하여 효과적으로 관리하는 것이 목적이다.

■ 증진사업

고위험인구를 대상으로 그들의 정신건강 증진을 위해 스스로 위험요인을 관리하도록 하여 기능을 향상시키고 삶의 질을 높이는 데 목적을 두는 사업이다.

★ 그림 1. 정신건강증진사업 흐름도



III. 조사방법

1. 조사대상 및 방법

2012년 5월부터 6월까지 공공성을 띤 정신건강증진사업을 수행하는 서울시 25개구 정신보건센터의 팀장 이상 실무자 1인을 대상으로 실시하였다. 설문지의 이해도 및 수거율을 높이기 위해 설명회를 개최한 후 배포하였고, 우편으로 수거하였다. 데이터의 질을 높이기 위해 응답 내용이 명확하지 않은 것에 대해서는 전화 및 전자우편을 통해 보완하는 과정을 실시하였다.

2. 통계분석

본 실태조사는 유의표집 방법을 사용하였고, 수집된 자료는 SPSS 18.0을 활용하여 기술통계, 빈도분석을 하였다.

3. 설문문항 구성

★ 표 1. 설문구성

항목	문항 내용	문항 수
상황과 문제진단	정신건강증진사업 기획을 위해 필수적으로 조사하는 항목	6
	기획 관련 미조사 이유	
	조사연구의 반영 정도	
	사업 기획에 영향을 주는 요인의 중요도	
	사업 수행을 위한 근거 마련 여부	
	사업 수행을 위해 마련한 근거	
서비스 제공인력	세부사업별 전담인력 확보 여부 및 인력 수	5
	담당사업에 대한 정기적인 교육 및 수퍼비전 여부	
	교육 및 수퍼비전 횟수, 강사, 형태	
사업유형별 현황	수행영역별 투입시간 비율	73
	수행영역별 투입 예산	
	투입 대상 비율	
	예방사업 수행 여부 및 예방사업 수행 사례	
	위험인구를 따로 분류하여 수행하는 예방사업 유무 및 사례	
	조기발견사업 수행 여부 및 조기발견사업 수행 사례	
	예방/조기발견사업을 통한 고위험인구 발굴 비율	
	증진사업 수행 여부 및 증진사업 수행 사례	
	고위험인구가 센터로 의뢰되는 경로의 우선순위	
	의료기관 연계시 치료비 지원 인원 및 예산	
	고위험인구가 정신보건센터로 유입되는 비율 및 미유입 이유	
	정신보건센터 서비스 비중	
정신건강증진사업에 대한 인식	수행영역별 사업의 중요도	7
	실제 사업 수행시 사업의 비중	
	사업의 중요도 및 실제 사업 수행시 비중이 다른 이유	
	수행영역별 설정 목표 비율	

IV. 조사결과

2012년 5월부터 6월까지 서울시 25개구 정신보건센터를 대상으로 설문조사를 실시한 결과 25개 전 기관에서 응답을 하였다.

1. 사업유형별 중요도와 실제 사업수행 비중

사업의 중요도를 살펴본 결과 조기발견사업 40.7%, 증진사업 37.3%, 예방사업 22.0%으로, 실제 사업수행은 조기발견사업 39.3%, 증진사업 30.7%, 예방사업 30.0% 순으로 나타났다. 사업의 중요도와 실제사업수행의 사업 우선순위는 동일하게 나타났으나, 실제 수행시 증진사업의 비중이 6.6% 낮게 나타난 반면, 예방사업은 8% 높게 나타났다.

★ 표 2. 사업유형별 중요도 및 실제 사업수행 비중 n=25 / 단위 : %

정신건강증진사업	구분	
	사업의 중요도	실제 사업수행
예방사업	22.0	30.0
조기발견사업	40.7	39.3
증진사업	37.3	30.7
총	100	100

2. 투입 예산 및 인력¹⁾

1) 평균예산

2011년을 기준으로 25개구 정신보건센터에서 수행한 정신건강증진사업의 세부사업 및 영역별 예산의 평균을 계산해보았다. 정신건강증진사업의 세부사업별 평균예산은 증진사업이 46.2%로 예산 비중이 가장 높았고, 그 다음으로 예방사업 32.4%, 조기발견사업 21.5% 순으로 나타났다.

정신건강증진사업의 영역별 평균예산은 아동청소년영역 2,674만원(45.2%), 알코올중독영역 651만원(11.0%), 우울 및 자살영역 2,509만원(42.4%), 기타 81만원(1.4%)으로 아동청소년영역과 우울 및 자살영역의 예산비중이 높은 것으로 나타났다.

아동청소년영역과 알코올중독영역은 '증진사업'의 예산비중이 크게 나타난 반면, 우울 및 자살영역은 '예방사업'의 예산비중이 큰 것으로 조사되었다.

★ 표 3. 정신건강증진사업 평균예산

n=25 / 단위 : 만원(%)

영역	정신건강증진사업			총
	예방사업	조기발견사업	증진사업	
아동청소년	564(21.1)	476(17.8)	1,634(61.1)	2,674(45.2)
알코올중독	258(39.6)	110(16.9)	283(43.5)	651(11.0)
우울증 및 자살예방	1,055(42.0)	667(26.6)	787(31.4)	2,509(42.4)
기타(n=23)	38(46.9)	16(19.8)	27(33.3)	81(1.4)
총	1,915(32.4)	1,269(21.5)	2,731(46.2)	5,915(100)

2) 전담인력²⁾

정신건강증진사업을 수행하는 전담인력 유무조사 결과 전담인력을 확보하고 있는 기관수는 아동청소년영역의 경우 24개 기관, 알코올중독영역 19개 기관, 우울 및 자살영역 20개 기관으로 조사되었다.

영역별 전담인력수는 평균 아동청소년영역 2.1명, 알코올중독영역 1.0명, 우울 및 자살영역 2.3명, 기타 1.0명으로 나타났다.

2011년도 기준으로 투입된 인력이 수행한 업무를 살펴보면, 전담인력 1인당 초기상담 건수³⁾가 아동청소년영역 99.1건, 알코올중독영역 122.1건, 우울 및 자살영역 153.6건이었고, 초기상담을 통해 유입된 전담인력 1인 당 사례관리 인원⁴⁾은 아동청소년영역 48.8명, 알코올중독영역 60.6명, 우울 및 자살영역 90.5명이었다.

★ 표 4. 정신건강증진사업 전담인력

n=24

영역	전담인력 확보(n/%)		전담인력수(M/SD)
	유	무	
아동청소년	24(100)	0(0)	2.1(.637)
알코올중독	19(79.2)	5(20.8)	1.0(.674)
우울증 및 자살	20(83.3)	4(16.7)	2.3(2.120)
기타(n=23)	11(64.7)	6(35.3)	1.0(1.698)

1) _ 지역정신보건센터 25개 기관 중 2개 기관은 해당구의 알코올상담센터에서 알코올중독사업을 담당하고 있어 알코올중독영역의 인력과 예산투입이 없는 것으로 조사됨.

2) _ 응답하지 않은 1개 기관 제외하고 분석함(n=24).

3) _ 초기상담건수 : 정신보건센터 2011년도 평가자료 참조.

4) _ 사례관리 인원 : 상동

3. 영역별 정신건강증진사업 현황

영역별 정신건강증진사업의 현황은 주관식 중복응답 설문을 하였고, 응답내용을 카테고리화하여 분석하였다.

1) 아동청소년

(1) 예방사업 대상

예방사업 대상은 아동청소년, 부모, 교사, 아동청소년 관련기관 실무자, 유관기관 실무자, 공공기관 실무자, 지역주민으로 다양하게 구분되었고, 아동청소년 37.6%, 교사 19.3%, 부모 18.0% 순으로 높게 나타났다. 아동청소년 중에는 중학생 대상이 38.5%로 가장 많았다.

★ 표 5. 아동청소년영역 예방사업 대상

변인	빈도(n)	비율(%)
아동청소년	117	37.6
부모	56	18.0
교사	60	19.3
아동청소년 관련기관 실무자	30	9.6
유관기관 실무자	21	6.8
공공기관 실무자	2	0.6
지역주민	22	7.1
기타	3	1.0
총 응답수	311	100

(2) 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소는 아동청소년 관련기관, 학교, 정신보건센터, 유관기관, 공공기관, 지역내 인구밀집장소, 기타로 분류되었다. 이 중 조기발견사업 장소는 학교 47.6%, 아동청소년 관련기관 34.0%, 유관기관과 공공기관 각각 3.7% 순으로 높게 나타났다. 즉, 조기발견사업의 장소는 주로 대상자가 소재하는 장소에서 이루어지는 것을 알 수 있었다.

★ 표 6. 아동청소년영역 조기발견사업 장소

변인	빈도(n)	비율(%)
아동청소년관련기관	65	34.0
학교	91	47.6
정신보건센터	6	3.1
유관기관	7	3.7
공공기관	7	3.7
지역내 인구밀집장소	5	2.6
기타	10	5.2
총 응답수	191	100

(3) 증진사업의 문제유형

증진사업의 문제유형은 기분장애 및 자살, 행동 및 정서장애, 조기정신증, 기타로 구분되었다. 행동 및 정서장애가 67.3%로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 기분장애 및 자살이 17.3%로 높게 나타났다. 행동 및 정서장애 중에는 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)가 22.8%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 기분장애 및 자살에서는 우울이 69.8%로 가장 많았다.

★ 표 7. 아동청소년영역 증진사업 문제유형

변인	빈도(n)	비율(%)
기분장애 및 자살	53	17.3
행동 및 정서장애	206	67.3
조기정신증	5	1.6
기타	42	13.7
총 응답수	306	100

2) 알코올중독⁵⁾

(1) 예방사업 대상

알코올중독영역 예방사업 대상은 아동청소년, 성인, 노인, 경제적 취약계층, 알코올의존자 가족, 유관기관 실무자, 공공기관 실무자, 지역주민으로 분류되었고, 지역주민 38.2%, 성인 15.4%, 공공기관 실무자 12.2%, 경제적 취약계층 11.4% 순으로 높게 나타났다.

알코올의존자 가족에 대한 예방적 개입이 필요하다는 연구결과(김윤형, 2007; 이종숙, 2004; 장수미, 2001; 정채천, 2006 등)와는 달리 실제 알코올의존자 가족을 대상으로 예방사업을 수행하는 기관은 2.4%로 낮은 비중을 차지했다.

★ 표 8. 알코올중독영역 예방사업 대상

변인	빈도(n)	비율(%)
아동청소년	13	10.6
성인	19	15.4
노인	3	2.4
경제적 취약계층	14	11.4
알코올의존자 가족	3	2.4
유관기관 실무자	9	7.3
공공기관 실무자	15	12.2
지역주민	47	38.2
총 응답수	76	100

5) _ 알코올중독사업을 하지 않는 2개 기관은 분석에서 제외함.

(2) 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소는 공공기관 28.7%, 지역내 인구밀집장소 26.0% 순으로 높게 나타났다.

★ 표 9. 알코올중독영역 조기발견사업 장소

변인	빈도(n)	비율(%)
정신보건센터	4	2.2
지역자활센터	18	9.9
노숙관련기관	15	8.3
유관기관	18	9.9
공공기관	52	28.7
학교	5	2.8
지역내 인구밀집장소	47	26.0
기타	22	12.2
총 응답수	181	100

(3) 증진사업 문제유형

알코올중독영역의 증진사업 주 문제유형은 지속적 음주문제가 95%로 나타났다. 지속적 음주문제를 가진 대상은 경제적 취약계층과 알코올의존자 가족, 여성, 성인(직장인)이었고, 주로 성인(42.5%)에게 실시되는 것으로 조사되었다.

3) 우울 및 자살

(1) 예방사업 대상

우울 및 자살영역 예방사업 대상은 지역주민 22.4%, 여성 20.6%, 노인 18.9% 순으로 높게 나타났다.

★ 표 10. 우울 및 자살영역 예방사업 대상

변인	빈도(n)	비율(%)
아동청소년	5	2.2
성인	26	11.4
노인	43	18.9
여성	47	20.6
부모	3	1.3
교사	4	1.8
유관기관 실무자	21	9.2
공공기관 실무자	19	8.3
지역주민	51	22.4
군인	5	2.2
기타	4	1.8
총 응답수	224	100

(2) 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소는 유관기관 25.8%, 공공기관 21.8%, 노인관련기관 15.9% 순으로 나타났고, 유관기관 중에서는 복지관이 61.5%로 가장 많은 비중을 차지했다.

★ 표 11. 우울 및 자살영역 조기발견사업 장소

변인	빈도(n)	비율(%)
아동청소년관련 기관	4	1.6
노인관련기관	40	15.9
노숙관련기관	12	4.8
산부인과 및 산후조리원	12	4.8
정신보건센터	2	0.8
학교	18	7.1
유관기관	65	25.8
공공기관	55	21.8
지역내 인구밀집장소	20	7.9
기타	24	9.5
총 응답수	252	100

(3) 증진사업 문제유형

우울 및 자살영역의 증진사업은 우울증, 산전산후우울증, 자살, 우울 및 자살, 외상 후 스트레스 장애(PTSD)와 같은 문제유형을 대상으로 수행하는 것으로 나타났으며, 우울증이 51.1%로 가장 높게 나타났다.

★ 표 12. 우울 및 자살영역 증진사업 문제유형

변인	빈도(n)	비율(%)
우울증	93	51.1
산전산후우울증	5	2.7
자살	60	33.0
우울 및 자살	23	12.6
PTSD	1	0.5
총 응답수	182	100

4) 정신건강증진사업 영역별 사업유형 특성

실태조사 결과 아동청소년영역의 사업별 평균예산은 증진사업의 비중이 높게 나타났고, 예방사업의 주 대상은 아동청소년이었다. 조기발견사업 장소는 주로 학교 및 아동청소년 관련기관에서 이루어지고 있었으며, 증진사업의 주 문제유형은 행동 및 정서장애였다.

알코올중독영역의 사업별 평균예산은 아동청소년영역과 동일하게 증진사업 예산의 비중이 가장 높게 나타났다. 예방사업은 지역주민을 주 대상으로 하고 있으며, 주로 공공기관 및 지역내 인구밀집장

소에서 조기발견사업이 진행되고, 증진사업의 주 문제유형은 지속적인 음주였다.

우울 및 자살영역의 사업별 평균예산 비중은 아동청소년영역 및 알코올중독영역과 달리 예방사업 예산의 비중이 높게 나타났다. 주 예방대상은 알코올중독영역의 예방대상과 동일하게 지역주민이었고, 조기발견사업의 주 장소는 유관기관 및 공공기관으로 조사되었으며, 증진사업의 주 문제유형은 우울증이었다.

★ 표 13. 정신건강증진사업 영역별 사업유형 특성 비교

	아동청소년	알코올중독	우울 및 자살
평균예산 비중	증진 > 예방 > 조기발견	증진 > 예방 > 조기발견	예방 > 증진 > 조기발견
예방사업 주 대상	아동청소년 > 교사 > 부모	지역주민 > 성인 > 공공기관실무자	지역주민 > 여성 > 노인
조기발견사업 주 장소	학교 및 아동청소년 관련기관	공공기관 및 지역내 인구밀집장소	유관기관 및 공공기관
증진사업 주 문제유형	행동 및 정서장애	지속적 음주	우울증

V. 고찰

정신건강에 대한 사회적 관심과 요구가 증가됨에 따라, 중증정신질환자를 대상으로 했던 정신보건 서비스는 그 범위를 점차 확대시켜 지역주민을 대상으로 한 정신건강증진사업에 무게를 두고 있다.

실태조사 결과 정신건강증진사업에 대한 개념 및 수행방식이 기관마다 달라 본 연구에서 정의한 개념을 완전히 이해하는데 어려움이 있었으나 각 구의 정신보건센터에서 이루어지는 정신건강증진사업의 예산, 인력, 방법 등의 전반적인 현황을 파악할 수 있었다.

본 실태조사의 함의는 다음과 같다.

첫째, 정신건강의 중요성에 비해 양질의 정신건강증진사업 수행을 위한 인력 및 예산이 현저히 부족하다. 25개구 정신보건센터의 영역별 평균 전담인력수를 살펴보면 아동청소년 2.1명, 알코올중독 1.0명, 우울 및 자살 2.3명, 기타 1.0명 이었고, 2011년도 투입된 인력이 수행한 업무를 살펴보면, 전담인력 1인당 초기상담 건수가 아동청소년 99.1건, 알코올 122.1건, 우울 및 자살 153.6건, 전담인력 1인당 초기상담을 통해 유입된 사례관리 인원은 아동청소년 48.8명, 알코올 60.6명, 우울 및 자살 90.5명이었다. 영역별 평균 예산을 살펴보면 아동청소년영역 2,674만원(45.2%), 알코올중독영역 651만원(11.0%), 우울 및 자살영역 2,509만원(42.4%)으로 정신건강증진서비스의 수요에 부응하기에는 한계가 있는 것으로 예측된다. 이를 미루어 볼 때 효과적인 정신건강증진사업 및 서비스 제공을 위해서는 인적·물적 인프라를 확충하여 서비스 공급이

충분히 이루어질 수 있는 기반을 마련하는 것이 필요할 것이다.

둘째, 실적 및 평가와 관련된 사업을 우선시행하는 경향이 있다. 사업의 중요도와 실제 사업수행에 대한 조사결과, 사업별 우선순위는 조기발견사업, 증진사업, 예방사업 순으로 동일하였으나 사업의 중요도에 비해 실제 사업수행시에는 예방사업의 비중이 올라가고, 증진사업의 비중은 감소하는 경향을 보였다. 이러한 부분은 보건소 및 행정기관에서 요구하는 사업에 더 집중함에 따른 영향도 있을 것이라 예측된다. 따라서 실질적인 사업수행을 위한 정책적 고려가 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 정신건강증진사업에 대한 개념적 합의와 체계가 부재하다. 설문조사시 정신건강증진사업에 대한 개념과 수행방식에 대한 이해의 차이가 존재했다. 따라서 사업의 방향성과 개념을 명확히 제시하고 근거기반의 사업수행 지침이 제시된 가이드라인 제공이 필요하다. 가이드라인을 통한 사업 수행은 효과적인 사업 근거의 축적을 이루게 할 것이라 생각된다.

위 함의들을 살펴보았을 때 효과적인 정신건강증진사업을 위해서는 표준적인 가이드라인 제시 및 근거에 기반한 프로그램 배포가 필요하다. 국내·외의 근거 기반한 프로그램을 통해 실적을 위해 수행되었던 사업을 제함으로서 업무의 과부담도 어느 정도 해소할 수 있을 것이다. 더불어 검증된 사업을 통한 효과적인 정신건강증진사업의 근거를 축적하는 것이 필요하며, 이 작업을 통해 우리나라, 특히 서울시만의 정신건강증진사업의 서비스 원형을 구축하는 방향성을 잡기 위한 첫 걸음을 시작하고자 한다.

참고문헌

- 1) 김명희 · 김분한 · 전해원(2004). 한국 여성의 우울관리, 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램 개발. *젠더와 사회*, 2:241-263
- 2) 김윤희(2007). 알코올중독자 치료를 위한 가족교육의 중요성에 대한 연구. 웨스트민스터신학대학교 석사학위논문.
- 3) 반건호(2010). 근거기반의 학교기반정신건강증진 공동체모델 시범적용. 국립서울병원 국립정신보건교육센터 용역보고서 10.
- 4) 보건복지가족부(2010). 정신보건사업안내.
- 5) 보건복지부 · 질병관리본부(2012). 2008-2011 지역건강통계 한눈에 보기. 56
- 6) 보건복지부 · 질병관리본부(2012). 제7차(2011년) 청소년건강행태온라인조사 통계. 160-163
- 7) 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020).
- 8) 안정훈 · 한창수 · 우종민 · 김경미(2012). 국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구. *한국보건 의료연구원*, 6
- 9) 알코올사업지원단 · 카톨릭대학교 산학협력단(2011). 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020.
- 10) 우정희(2012). 군 정신건강증진 프로그램 개발 및 효과. 연세대학교 박사학위논문.
- 11) 우종민 · 백종우(2004). 통합적 직장 정신건강 증진 프로그램 개발. *인제대학교; 건강증진기금사업지원단*, 11-14
- 12) 우종민 · 백종우 · 이주영(2010). 정신건강증진의 개념과 발전 방향. *신경정신의학*, 49(2):163-170
- 13) 이종숙(2004). 알코올 중독자의 의미있는 가족원을 위한 대처 기술향상 프로그램 개발과 효과에 관한 연구. *이화여자대학교 박사학위논문*.
- 14) 임정수 · 김주한 · 김재광 · 서화정 · 홍두호 · 이상이 · 김청웅 (2008). 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. *가천의과대학교 건강증진사업지원단*.
- 15) 서울특별시(2010). 서울시정신보건사업안내.
- 16) 장수미(2001). 알코올중독자 가족의 가족적응유연성 증진을 위한 개입모형 개발 : 알코올중독의 세대간 전이를 예방하는 시각에서. *정신보건과 사회사업*, 11:55-77
- 17) 정인원(2005). 국민의 정신건강 증진을 위한 국립정신병원의 역할과 발전방향. *충북대학교 건강증진기금사업지원단*.
- 18) 정재천(2006). 알코올중독에 대한 가족의 인식도에 관한 연구. *대구대학교 석사학위논문*.
- 19) 최인재 · 모상현 · 강지현 · 김윤희(2011). 아동청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 총괄보고서. *한국청소년정책연구원*, 40
- 20) 통계청(2012). 사망원인통계. <http://kostat.go.kr/>
- 21) 황정우 · 이영옥 · 전은주 · 심유화 · 권창호(2011). 군민협력 정신 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초연구. *한국군사회복지학*, 4(2)
- 22) 홍종관(2003). 이혼가정 아동의 정신건강 증진을 위한 독서치료 프로그램 개발. *초등교육연구논총*, 19(2)
- 23) WHO(1998). Health promotion glossary. Geneva:World Health Organization, 1-2
- 24) WHO(2001). Strengthening mental health promotion. Geneva:World Health Organization(Fact sheet, No.220), 1
- 25) WHO(2005). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva:World Health Organization.
- 26) WHO(2010). Global status report on alcohol and health.