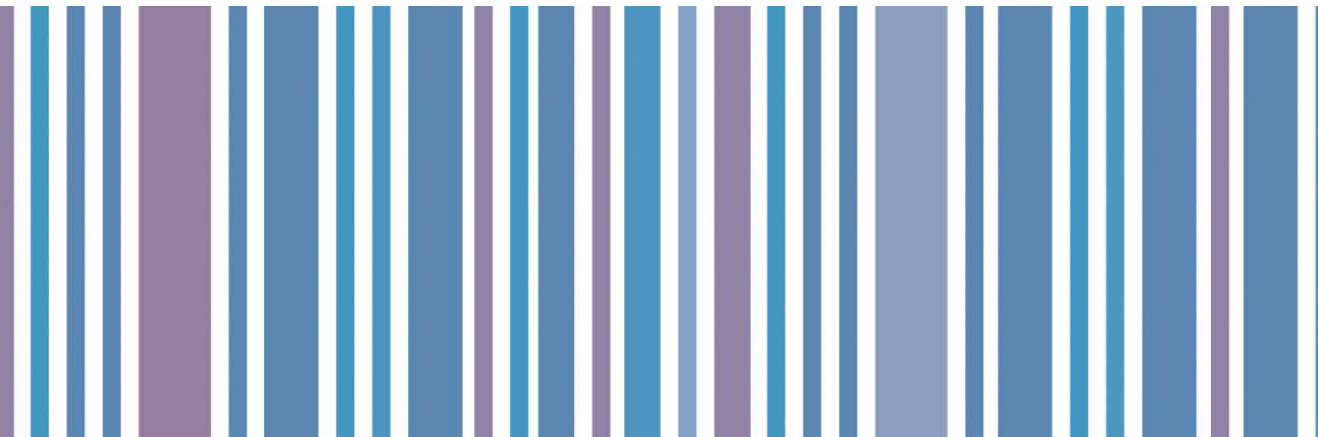


서울특별시  
서울시정신건강증진센터

Seoul Mental Health Center

# 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사



2 0 1 2



# 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사 연구보고서

## 연구자

---

연구책임자	이명수
	서울시정신건강증진센터장
연구원	김은희
	김진형
	임희영
	박정숙
	김수현
	윤신정
	서울시정신건강증진센터 연구지원팀

## ● 제1장. 서론

1. 연구배경 및 필요성	6
2. 연구목적	7
3. 연구방법	8

## ● 제2장. 이론적 배경

1. 정신건강의 개념	11
2. 국제적 기준의 정신건강증진정책	12
3. 한국의 정신건강증진정책	16
가. 한국의 정신건강 실태	16
나. 한국의 정신건강증진정책	19

## ● 제3장. 서울시 정신건강증진센터 증진사업 실태조사

1. 조사대상자 특성	22
2. 조사결과	23
가. 전반적 현황 : 전담인력, 영역별 예산, 투입시간 비중, 담당사업에 대한 수퍼비전, 사업 중요도 및 비중	
나. 소아청소년 정신건강증진사업	
다. 알코올중독 예방 및 증진사업	
라. 우울 및 자살예방사업	

## ● 제4장. 요약

## ● 제5장. 결론

## ● 참고문헌

## ● 부 록

서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사 설문지

## • 표 목차

〈표 1〉 인구사회학적 특성 . . . . .	23
〈표 2〉 정신건강증진사업 전담인력 . . . . .	23
〈표 3〉 정신건강증진사업 평균예산 . . . . .	24
〈표 4〉 정신건강증진사업 투입시간 비중 . . . . .	24
〈표 5〉 사업에 대한 수퍼비전 . . . . .	25
〈표 6〉 사업유형별 중요도 및 실제 사업수행 비중 . . . . .	25
〈표 7〉 소아청소년영역 대상에 따른 투입 비중 . . . . .	26
〈표 8〉 소아청소년영역 예방사업 대상 . . . . .	26
〈표 9〉 소아청소년영역 예방사업 내용 . . . . .	27
〈표 10〉 소아청소년영역 예방사업 방법 . . . . .	27
〈표 11〉 소아청소년영역 조기발견사업 장소 . . . . .	28
〈표 12〉 소아청소년영역 조기발견사업 주제 . . . . .	28
〈표 13〉 소아청소년영역 조기발견사업 방법 . . . . .	29
〈표 14〉 소아청소년영역 고위험인구 의뢰경로 . . . . .	29
〈표 15〉 소아청소년영역 증진사업 문제 . . . . .	30
〈표 16〉 소아청소년영역 증진사업 대상 . . . . .	30
〈표 17〉 소아청소년영역 증진사업 방법 . . . . .	31
〈표 18〉 기관 서비스 유입되지 않는 이유 . . . . .	31
〈표 19〉 알코올중독영역 예방사업 대상 . . . . .	33
〈표 20〉 알코올중독영역 예방사업 내용 . . . . .	34
〈표 21〉 알코올중독영역 예방사업 방법 . . . . .	34
〈표 22〉 알코올중독영역 조기발견사업 장소 . . . . .	35
〈표 23〉 알코올중독영역 조기발견사업 주제 . . . . .	35
〈표 24〉 알코올중독영역 조기발견사업 방법 . . . . .	35
〈표 25〉 알코올중독영역 고위험인구 의뢰경로 . . . . .	36
〈표 26〉 알코올중독영역 증진사업 문제유형 . . . . .	36
〈표 27〉 알코올중독영역 증진사업 대상 . . . . .	36
〈표 28〉 알코올중독영역 증진사업 방법 . . . . .	37

# Contents

〈표 29〉 기관 서비스 유입되지 않는 이유	37
〈표 30〉 우울 및 자살예방영역 대상에 따른 투입 비중	39
〈표 31〉 우울 및 자살예방영역 예방사업 대상	39
〈표 32〉 우울 및 자살예방영역 예방사업 내용	40
〈표 33〉 우울 및 자살예방영역 예방사업 방법	40
〈표 34〉 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 장소	41
〈표 35〉 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 주제	41
〈표 36〉 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 방법	42
〈표 37〉 우울 및 자살예방영역 고위험인구 의뢰경로	42
〈표 38〉 우울 및 자살예방영역 증진사업 문제유형	43
〈표 39〉 우울 및 자살예방영역 증진사업 대상	43
〈표 40〉 우울 및 자살예방영역 증진사업 방법	44
〈표 41〉 기관 서비스 유입되지 않는 이유	44
〈표 42〉 정신건강증진사업 영역별 사업유형 특성 비교	46

## ● 그림 목차

〈그림 1〉 정신건강증진사업 개요	8
〈그림 2〉 연구방법 모형	10

2012  
SEOUL  
MENTAL  
HEALTH  
CENTER

Seoul Mental Health Center

# 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사



2 0 1 2

# 제1장 서론

## 1. 연구배경 및 필요성

세계보건기구(WHO)(2001)는 정신건강에 대해 “정신질환이 없는 상태 그 이상을 의미하는 것으로 개인이 지닌 능력을 깨닫고, 생활하며 겪게 되는 정상범위 수준의 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일을 하여 결실을 맺을 수 있고 지역사회에 기여할 수 있는 안녕의 상태”라고 정의하였다. 더불어 정신건강증진이란 “적극적인 관점에서 행복을 포함한 긍정적 정서 상태를 함양하고 질병을 예방하며 회복력을 증진하는 것”이라 정의하고, 지역사회의 일차 진료 현장에서 정신건강교육 및 관리를 실시하며, 개인, 가족, 지역사회를 정신건강의 주체로 참여시킬 것을 권고하고 있다.

최근 우리나라도 정신건강에 대한 관심이 확대되고 있다. 이는 우리나라 국민의 정신건강 수준이 취약하다는 사실이 여러 부분에서 드러나고 있고 시급한 대책마련이 필요하다는 것에 기인할 것이다. OECD 국가 중 우리나라는 자살사망률이 2011년 기준 인구 10만 명당 31.7명으로 1위를 기록하고 있다. OECD 자문관인 수잔오코너는 “대다수 OECD 국가들이 1995년 이후 자살률이 감소추세를 보이는 데 비해 우리나라는 153.6%나 증가했다”고 밝히고 있다(의협신문, 2013).

최근 5년간(2007~2011년)의 건강보험 진료비 지급자료 분석에 따르면 ‘우울증(F32, F33)’으로 인한 진료환자는 2007년 47만6천명에서 2011년 53만5천명으로 증가하였으며, 매해 여성이 남성보다 2.3배 정도 많게 나타나고 있다. 2011년 기준 연령별 인구 10만 명당 진료환자는 70대 여성(4,178명)이 가장 많고, 60대 여성(3,217명), 80세 이상 여성(2,990명) 순으로 나타났다(국민건강보험공단 보도자료, 2013).



우리나라 성인의 74.2%가 음주자이고 이 중 60.6%는 문제음주자이며, 고위험 음주자는 17.1%에 이르고 있다(인제대학원대학교 산학협력단·한국건강증진재단, 2012 재인용). 뿐만 아니라 우리나라의 알코올남용 및 의존의 경우 약 20% 정도로 미국, 일본, 선진국에 비하여 높은 수준이며(정인원, 2005), 알코올사용장애 유병률은 6.62%로 세계보건기구 기입국 평균 3.6%와 비교했을 때 매우 높게 나타나고 있다(WHO, 2010).

아동청소년의 정신건강 또한 매우 우려할 만한 수준으로 청소년(13세~18세)의 우울감 경험률 30.5%, 자살생각률 18.3%로 성인과 비교하여 높은 수치를 보이고 있으며, 10대의 사망원인 1순위도 자살로 나타나고 있다. 청소년기의 우울증은 성인에 비해 감정의 기복이 크고 충동적인 행동으로 이어지기 쉽기 때문에 특히 청소년 자살과의 관련성이 높다고 많은 연구에서 지속적으로 보고(Brent, Kalas, & Edelbrock, 1986; Brent, Baugher, Bridge, Chen & Chiapetta, 1999; Greening & Stoppelbein, 2002; Masako, 2002; White, 1989; 최인재 외, 2012)되고 있다.

많은 선진국에서는 20세기 후반부터 시작된 긍정적, 적극적 정신건강으로의 패러다임 변화에 따라 정신보건사업의 양상도 달라지고 있는 추세이며, 기존의 정신질환자 관리 및 재활 위주로 진행했던 사업 영역이 개인, 가족, 학교, 직장, 지역사회 등 다양한 공간에서 정신건강상의 위험요인을 줄이기 위해 적극적인 개입이 시도되고 있다(우종민 외, 2010).

우리나라도 정신건강에 대한 사회적 수요와 관심이 증가하면서 국민의 정신건강수준 향상을 위해 국가적 차원에서 정신건강증진 대책을 마련하고 있으며, 서울시에서도 시민들의 정신건강증진을 위해 사업을 확대하는 등 많은 노력을 하고 있다. 그 중 정신건강증진센터는 공공성을 가지고 시민의 정신건강증진을 위한 역할을 수행하는 중추적 기관이라 볼 수 있다. 1995년 정신보건법의 제정 하에 중증 정신질환자 관리를 위해 설립된 정신건강증진센터의 역할은 일반시민의 정신건강 서비스에 대한 요구도에 따라 지역주민을 위한 정신건강증진사업까지 확대되었다. 그러나 효과적인 정신건강증진사업을 위해서는 정신건강증진에 대한 개념적 합의와 체계적 노력이 필요하다. 이를 위해 현재 수행되고 있는 사업에 대한 현황 파악 및 평가가 요구되며, 이를 기초로 근거에 기반을 둔 방안 마련을 위해 본 연구를 진행하였다.

## 2. 연구목적

공공서비스로 대표되는 정신건강증진센터의 정신건강증진사업의 운영현황을 파악하고, 정신건강증진센터에 적합한 정신건강증진사업 전략을 수립하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

### 3. 연구방법

#### 1) 연구대상

정신건강증진사업을 수행하는 서울시 25개구 정신건강증진센터의 팀장 이상 실무자 1인을 대상으로 조사를 실시하였다.

#### 2) 조사내용

##### (1) 용어 정의

정신건강증진사업에 대한 개념의 합의가 이루어지지 않아 사업 수행이 기관별, 지역별로 상이한 모습을 보이고 있다. 설문문의 정확도를 높이기 위해 본 연구에 사용된 용어에 대한 개념 설명을 하였다. ‘정신건강증진사업’은 ‘중증의 정신질환자를 제외한 지역주민을 대상으로, 정신건강을 향상시키기 위해 정신건강증진센터에서 수행하는 모든 서비스’라고 정의하며, 정신건강증진사업은 ‘예방사업’, ‘조기 발견사업’, ‘증진사업’으로 분류하였다.

그림1 | 정신건강증진사업 개요

##### ◎ 예방사업

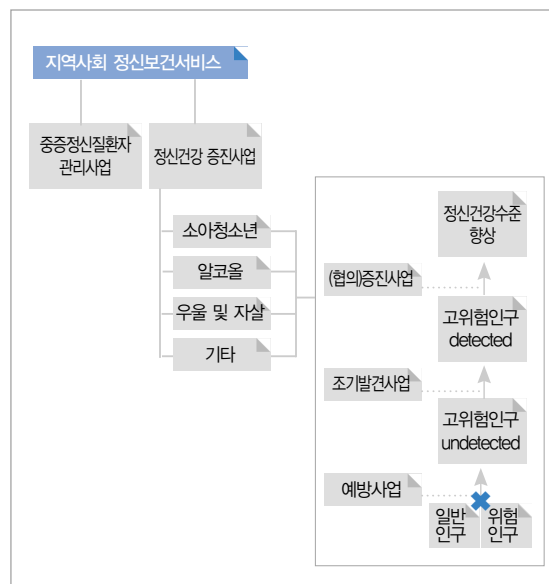
일반인구와 위험인구를 대상으로 1차 예방적 관점에서 고위험군에 진입하지 않도록 인식개선을 통해 정신건강 결정요인 관리향상을 목적으로 하는 사업이다.

##### ◎ 조기발견사업

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

##### ◎ 증진사업

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



## (2) 설문지 구성

구분	문항내용	문항 수
상황과 문제진단	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강증진사업 기획을 위해 필수적으로 조사하는 항목</li> <li>기획 관련 미조사 이유</li> <li>조사연구의 반영 정도</li> <li>사업 기획에 영향을 주는 요인의 중요도</li> <li>사업 수행을 위한 근거 마련 여부</li> <li>사업 수행을 위해 마련한 근거</li> </ul>	6
서비스 제공인력	<ul style="list-style-type: none"> <li>세부사업별 전담인력 확보 여부 및 인력 수</li> <li>담당사업에 대한 정기적인 교육 및 수퍼비전 여부</li> <li>교육, 수퍼비전 횟수 및 강사, 형태</li> </ul>	5
사업유형별 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>수행영역별 투입시간 비율</li> <li>수행영역별 투입 예산</li> <li>투입 대상 비율</li> <li>예방사업 수행 여부 및 수행 사례</li> <li>위험인구를 따로 분류하여 수행하는 예방사업 유무 및 사례</li> <li>조기발견사업 수행 여부 및 수행 사례</li> <li>예방/조기발견사업을 통한 고위험인구 발굴 비율</li> <li>증진사업 수행 여부 및 수행 사례</li> <li>고위험인구가 센터로 의뢰되는 경로의 우선순위</li> <li>의료기관 연계 시 치료비 지원 인원 및 예산</li> <li>고위험인구가 정신건강증진센터로 유입되는 비율 및 미유입 이유</li> <li>정신건강증진센터 서비스 비중</li> </ul>	73
정신건강증진센터에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>수행영역별 사업의 중요도</li> <li>실제 사업 수행 시 사업의 비중</li> <li>사업의 중요도 및 실제 사업 수행 시 비중이 다른 이유</li> <li>수행영역별 설정 목표 비율</li> </ul>	7

## 3) 조사방법

### (1) 문헌연구

정신건강의 개념과 국제적 기준의 정신건강증진정책, 우리나라의 정신건강수준 및 정신건강증진정책 등에 대한 선행연구 및 관련문헌을 통해 살펴보았다.

### (2) 실태조사

설문지의 이해도 및 수거율을 높이기 위해 설명회를 개최한 후 배포하였고, 우편으로 수거 하였다. 데이터의 질을 높이기 위해 응답 내용이 명확하지 않은 것에 대해서는 전화 및 전자우편을 통해 보완하는 과정을 실시하였다.

#### 4) 분석방법

자료는 유의표집 방법에 따라 2012년 5월부터 2012년 6월까지 서면 설문조사 방식을 통해 수집하였다. 수집된 자료는 전산부호화 하여 SPSS 18.0을 활용하였으며 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태를 파악하기 위하여 기술통계, 빈도분석 등을 사용하였다.

그림2 | 연구방법 모형



## 제 2 장 이론적 배경

### 1. 정신건강의 개념

1980년대까지 건강증진은 개인의 행동선택이 질병발생에 관여한다는 관점에 따랐다. 따라서 건강증진활동은 개인에게 질병을 예방하는 것을 알려주고 건강한 생활양식을 갖도록 변화시키려 하는 교육적·계몽적 접근이 중시되었다. 그러나 1980년대 이후 구조적 접근의 중요성이 제기되면서, 개인을 변화시키기 위해서는 정보 제공 외에도 건강하지 못한 행동의 원인과 상황까지도 개입하는 방향으로 전환되었고, 현대에는 건강증진에 대해 개인적 접근과 동시에 구조적 접근을 중시하는 통합적 관점을 요구하고 있다(우종민·백종우, 2004).

세계보건기구(2001)는 건강이란 “질병이나 허약함이 없는 상태에 국한하지 않고 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태”라 하며 건강하기 위해서는 정신건강을 향상시키는 것은 필수적이라 하였다. 따라서 정신건강은 “정신질환이 없는 상태 그 이상을 의미하는 것으로 개개인이 지닌 능력을 깨닫고, 생활하며 겪게 되는 정상범위 수준의 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일을 하여 결실을 맺을 수 있고 지역사회에 기여할 수 있는 안녕의 상태”라 정의할 수 있다. 캐나다에서는 정신건강을 향상시키고 삶의 통제권을 확보하기 위해 개인과 사회의 능력을 강화하는 과정이며, 정신건강증진을 위해서는 개인의 회복력과 지지적인 환경을 조성해야한다고 하였다(Health Canada (ed.), 1997).

정신보건영역에서 정신건강증진은 심리적 안녕, 개인의 능력과 회복력을 높이고 지지적인 생활 환경을 조성함으로써 긍정적 정신건강을 증진시키는 것을 목표로 한다. 이에 반해 정신질환 예방은 증상을 줄여 궁극적으로 정신질환의 감소를 목표로 하며, 이를 위해 정신건강증진 전략을 방법의 하나로 사용한다. 지역사회 내 긍정적 정신건강을 향상시키는 것을 목표로 할 때 정신건강증진은 또한 정신질환 감소라는 이차적인 결과도 가져올 수도 있다고 하였다(WHO, 2004).

사망과 질병에 의한 장애를 동시에 감안할 경우, 세계적으로 부담이 가장 큰 3대 질병이 1990년에는 폐렴, 설사, 사고와 관련된 질병이었으나 2020년에는 허혈성 심장질환, 우울증, 교통사고가 주요 질병이 될 것이라 보고하고 정신질환이 전체 질병부담 중 차지하는 비중이 1990년 10%에서 2020년에는 15%에 이를 것으로 예측하였다(Murray & Lopez, 1996; 서울시정신보건사업지원단, 2004).

결론적으로 정신건강증진에 대해 보편적으로 합의된 정의는 없지만, 세계보건기구(WHO, 1998)에서 ‘행복을 포함한 긍정적 정서 상태를 함양하고 질병을 예방하며 회복력을 증진하는 것’으로 정의하였듯이, 보다 적극적인 관점에서 바라보고 개인의 정신건강을 증진시키는 것은 개인, 가족, 조직, 사회에 이익을 주기때문에 정신질환 예방 및 정신건강증진의 중요성이 점점 강조되고있다.

## 2. 국제적 기준의 정신건강증진정책

### 가. 세계보건기구(WHO)

세계보건기구(WHO)의 정신건강증진정책은 정신질환으로 인한 사회적 부담을 경감시키고 정신건강을 개선하는 것을 목적으로 한다. 1986년 시작된 건강증진 전략의 하나로 정신건강증진 가이드를 발표하며 건강에 영향을 미치는 개인, 사회, 환경적 요인들에 관심을 두기 시작했다.

#### 1) 자살예방 SUPRE<sup>1)</sup>

자살문제는 전 세계적인 이슈로써 2020년에는 전체 질병부담의 2.4% 이상을 차지할 것이라고 예상하고 있다. 이에 1992년 UN은 자살을 중요한 공중 보건학적 분야의 문제로 규정하고 각국 정부가 자살에 대한 국가 차원의 전략을 개발할 것을 권고하였다(전우택 외, 2004). WHO에서는 1999년 자살 예방을 위한 전 세계적인 운동인 SUPRE를 시작했다. 자살예방을 위해 보건과 의료분야는 물론 공공 및 민간 기관을 포함한 사회의 여러 분야가 다학제적으로 노력해야함을 강조하고 있다. 자살을 감소시키기 위해 자살예방과 관련된 보건 분야에 종사하는 전문가, 교육자, 정부기관, 유족, 여론 주도층, 법률가, 그리고 지역사회 주민 등에게 상세하고 포괄적인 정보와 실질적 도움이 되는 위험평가 및 행동방법에 대한 자료를 제공하고 있다.

또한 2012년 WHO와 UN은 자살예방 전략 수립을 위한 가이드라인을 통해 10가지 목표를 제시하였다. 고위험군을 조기에 발견하고 평가하여 치료로 유입하며, 전문가를 포함한 일반 대중에게 자살예방

1) 세계보건기구 홈페이지  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)  
/참조

관련 정보를 제공하고, 고위험인 대상, 집단, 고위험을 유발하는 상황을 파악하기 위해 데이터시스템을 구축한다. 자살행동, 스트레스 및 위기관리 등 정신적 안녕에 대해 인식을 높이고, 게이트키퍼 교육 프로그램 개발, 자살시의도자에 대한 포괄적 서비스 제공, 자살예방을 위한 기관 설치 등의 내용을 포함하고 있다.

## 2) 알코올중독 예방

해로운 음주는 세계 질병부담의 중요 기여요인 중의 하나로 전 인류의 조기사망과 장애를 초래하는 위험요인 중 세 번째를 차지하고 있다(WHO, 2010). 이에 가족 및 지역사회의 건강과 안녕을 향상시키며, 해로운 음주로 인한 사망과 질병, 사회적 부담을 감소시키는 것을 목적으로 2010년 5월 '해로운 음주감소를 위한 세계전략'을 수립하고 회원국에게 음주폐해 예방과 감소를 위한 정책을 시행하도록 권고하였다.

예로 서태평양 지역사무소에서는 '알코올 관련 피해감소를 위한 지역전략 draft'를 마련하였는데, 크게 네 가지 영역으로 나누어 전략을 수립하였다(WHO, 2007). 해로운 음주로 인해 야기되는 문제에 대한 대중의 인식제고, 보호요인 증가, 음주조장요인 감소, 광고 및 마케팅 등 주류 판매촉진 규제를 첫번째 전략으로 제시하였다. 두번째는 지역사회 내에서 알코올문제에 효과적으로 대응하고 예방하기 위한 보건 및 사회복지 인력제공, 법적 최소 혈중알코올농도 규정 및 집행과 같은 특별 프로그램을 통한 음주운전 감소, 알코올 관련 범죄, 반사회적 행동 등에 대응하고, 예방하기 위한 전략을 마련하였다. 세번째로 음주의 접근 및 이용 가능성을 규제하기 위한 규제 기제와 주세 체계를 수립하였다. 마지막으로 전략을 이행하고 지속적으로 유지하기 위해 관련 데이터를 구축하고 각 국가에 적합한 정책을 개발하여 알코올 관련 피해 감소를 위한 각국의 노력에 대한 지원 체계를 구축하여야 한다고 제시하였다.

## 3) 소아청소년 정신건강증진

세계보건기구는 정신질환의 유무와 상관없이 위험요인은 감소시키고, 보호요인은 강화함으로써 소아청소년의 정신건강증진을 강조하고 있다. 그러나 Shatkin & Belfer(2004) 조사에 의하면, 소아청소년의 고유성을 반영하고 있는 정신보건정책은 전무하며, 7%의 국가만이 정신보건정책 내 소아청소년에 대한 내용을 보유하고 있었다(WHO, 2005 재인용).

청소년 중 약 20%는 우울 혹은 불안과 같은 정신건강문제를 경험하고 있으며, 많은 나라에서 청소년의 사망원인 중 1위는 자살로 보고되고 있다(WHO, 2012). 또한 '정신건강 액션플랜 초안(WHO, 2013)'을 살펴보면, 생애주기별 정신질환 예방과 정신건강증진 및 보호를 강조하고 있다.

특히 성인기 정신질환의 약 50%는 14세 이전에 시작된다는 점을 근거로 지역사회 실천을 제시하고 정신질환의 예방과 증진을 위해 국가 및 다양한 영역의 책임성을 강조하였다.

소아청소년들이 가장 많은 시간을 보내는 학교 기반의 정신건강증진사업의 필요성을 제시하며, 학교는 자살을 예방하고 학생 스스로 정신건강을 위한 보호 요인들을 발달시키기 위해 노력해야한다고 강조하였다. 이후 국외의 선진 국가들에서는 학교 정규 교과과정에 포함하여 다양한 프로그램을 수행하고, 그러한 프로그램이 효과가 있음을 보고하고 있다. 예로 정신건강증진 프로그램은 우울증과 같은 정신건강문제 예방에 효과적이며, 흡연 및 물질남용 비율 감소, 집단 따돌림과 같은 행동문제들이 감소하였다고 한다(Well et al., 2001).

## 나. 영국<sup>2)</sup>

6명당 1명은 일생 중 정신건강문제를 경험할 수 있으며, 정신질환문제를 진단받은 사람의 50%는 14세 이전에 발병한다. NHS(National Health Services)는 연간 정신보건서비스 비용으로 예산의 11%를 소비하고 있으며 정신질환은 질병부담 중 20%이상을 차지하고 있으며, 이는 암이나 심혈관질환보다 높은 것으로 보고하고 있다(Department of Health, 2010). 정신건강에 대한 욕구는 질환의 유무와 상관없이 모든 사람들이 지니고 있으며 개인, 가족, 조직, 사회의 정신적 안녕에 관여하기 때문에 2003년 영국정부는 조기에 정신건강문제에 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 정책을 추진하였다. 이는 정신질환을 예방하고 질환이 발생했을 때 조기개입을 하며 긍정적 정신건강증진을 향상시킨다는 근거기반의 정책에 기반하고 있다.

정신건강증진은 일반인구, 위험인구, 취약인구 세 차원으로 분류하고 개별적, 사회적, 구조적으로 접근하고 있다. 지존감 향상, 대처기술 향상과 같은 프로그램을 통해 개개인들의 회복력을 높이고, 직장, 학교 등 지역사회 내에서 정신건강을 위한 사회적 환경적 서비스 및 네트워크를 구축하며, 취약인구를 위한 고용, 주거, 등 다양한 서비스를 제공하고 교육을 통해 불평등과 차별 감소를 목표로 한다.

이를 위한 전략으로 첫째, 정신건강 주요정책과 프로그램을 평가하고 교육, 문화, 보건 등 각 부처 간 파트너십을 통해 학생, 취약계층(노인, 장애인), 물질관련, 직장인 등을 위한 정신건강증진 계획을 수립하도록 한다. 둘째, 사회적 편견과 낙인 감소를 위해 캠페인과 교육을 제공하고 지역사회 자원을 안내하여 연계되도록 한다. 셋째, 취약계층 및 고위험군에게 위험요인과 보호요인 등 정신건강증진을 위한 교육을 제공하고 대처기술과 같은 프로그램을 제공한다. 넷째, 자살에 대한 인식개선과 유족 서비스, 게이트키퍼 양성교육 등을 언급하고 있다.

2) Department of Health, Social Services and Public Safety (2003). PROMOTING MENTAL HEALTH: Strategy & Action Plan 2003-2008



### 다. 일본<sup>3)</sup>

일본은 2000년부터 2012년까지 국가건강증진정책의 일환으로 '건강일본21'을 발표하여 시행하였으며, 최근 2012년 2차 개정을 통하여 지속적인 정책 및 전략을 수립하고 있다. 총 9개 분야에서 종합적인 건강증진 정책을 도모하고 있으며, 이 중 정신건강, 알코올중독 분야가 포함되어 있다.

자살률 감소를 목표로 2007년부터 2009년까지 지역의 자살대책모형을 확립하고자 '지역자살대책추진사업'을 실시하였으며, 각종 광고매체를 통한 우울증 관련 캠페인을 전국적으로 실시하였고, 2010년 1월 자살·우울증 대책 프로젝트 팀을 설립하여 웹사이트를 통한 인식개선, 게이트키퍼 양성, 직장 내 정신건강증진, 아웃리치를 통한 서비스 제공 등을 제시하고 있다.

또한 음주문제는 국민의 건강을 유지하고 건강한 삶을 영위하기 위해 고려해야 할 중요한 부분이라 생각하여 2007년 '알코올 대책'을 수립하였다. 특히, 음주문제의 조기발견과 적절한 대응에 초점을 맞추어 의료 및 보건기관, 지역사회, 직장, 학교 등 다양한 장소에서 알코올 관련 문제를 조기에 발견하고 조기에 개입하는 것의 필요성을 강조하고 있다. 일반 국민을 대상으로 알코올과 건강문제에 대한 적절한 판단을 할 수 있도록 돕고, 적절한 수준의 음주습관을 권장하고자 "절제하는 적정음주"에 관한 지식 보급에도 힘쓰고 있다. 소아청소년의 정신건강을 위해 아동상담소를 주축으로 정신과적 어려움을 겪는 대상에게 상담서비스를 제공하고 브로셔 작성·배포, 영화 제작 등을 통한 홍보사업을 실시하고 있다. 특히 사회적으로 청소년 비행, 은둔형 외톨이 문제 감소를 위해 아동관, 학교, 복지사무소, 보건센터 등을 직접 방문하여 순회 상담을 실시하고 있다.

3) 일본 후생노동성  
<http://www.mhlw.go.jp>,  
 일본 정신건강종합사이트  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/>

### 3. 한국의 정신건강증진정책

#### 가. 한국의 정신건강 실태

##### 1) 소아청소년

2005년 실시한 역학조사에 의하면, 진단 범주별 빈도에서 가장 높은 비율을 차지한 것은 행동장애(25.7%)로 이중 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)가 높은 병률(13.25%)을 보였으며, 불안장애(23.02%), 기분장애(1.95%) 순으로 나타났다. 미국의 실태조사결과(2002)에서도 조사아동 중 약 20%의 아동들에게서 정신건강상 문제가 있는 것으로 나타났으며, 10% 정도는 심각한 수준의 문제가 있는 것으로 보고되었다(최인재 외, 2011).

또한 청소년의 우울감 경험율은 34.4%, 스트레스 인지율 43.4%로 성인(우울감 경험률 7.0%, 스트레스 인지율 30.6%)과 비교해볼 때, 매우 높은 수준으로 나타나 청소년의 정신건강이 심각함을 알 수 있다(청소년건강행태온라인조사, 2011). 미국 CDC의 청소년건강위험요인 조사결과 우울감 경험률(2009년)은 고등학생이 26.1%(남자 19.1%, 여자 33.9%)로 우리나라 보다 매우 낮은 편으로 나타났다(최은진, 2012).

청소년의 위험 음주율은 약 45% 정도로 나타나고 있으며, 청소년의 음주는 발달 과정을 저해하며, 충동적인 사고사도 발생하고 있어 심각성이 크다.

10대의 사망원인 1순위는 자살로 나타났으며, 연령별 자살률 추이를 보면, 2010년 5.2%에서 2011년 5.5%로 증가하였다. OECD 회원국의 청소년 자살률을 보면, 뉴질랜드가 19.5명으로 가장 높고, 우리나라는 6.2명으로 평균인 6.8명 보다 다소 낮게 나타났지만 그리스, 이탈리아, 스페인 등의 나라와 비교해 보면 3~4배에 달하는 자살률을 보이고 있다.

최근 학교폭력, 왕따 등의 문제로 자살에 이르는 경우가 빈번하게 발생하고 있는데, 서구 사회에서도 집단 따돌림이 청소년문제, 학교문제의 중요한 이슈로 떠오르면서 여러 연구들이 수행되어 왔다. 집단 따돌림이 학급 내에서 장기화되는 경우에는 또래 집단에서의 실패경험이 스트레스를 유발하여 심리 장애로 발전할 가능성이 있으며(Slee, 1995; 이익섭·최정아, 2008), 실제로 집단괴롭힘을 경험한 아이들은 우울, 불안 및 자살 등 정신건강문제를 경험하게 될 위험이 높다고 보고되었다(Craig, 1998; 이익섭·최정아, 2008).

결과적으로 소아청소년의 정신건강수준은 매우 취약하며 주의력결핍과잉행동장애, 우울 및 자살, 스트레스, 학교폭력, 음주 등 정신건강의 범위가 크기 때문에 다양한 접근이 필요할 것으로 보인다.

## 2) 알코올중독

우리나라 성인의 74.2%가 음주자이고 이 중 60.6%는 문제음주자이며, 고위험 음주자는 17.1%에 이르고 있다(인제대학원대학교 산학협력단·한국건강증진재단, 2012 재인용). 또한 2005년 알코올사용장애 유병률은 6.62%였으나 2011년 13.4%로 크게 증가하였으며, 다른 나라에 비해 높은 수준이다(WHO, 2010). 반면, 정신질환별 정신의료서비스 이용률은 알코올 사용장애가 8.6%로 2006년에 비하면 증가하였으나 선진국에 비하면 매우 낮은 수준이다(보건복지부, 2011).

2000년 음주로 인한 사회경제적 비용은 14조 9,352억원에서 2004년 20조 990억원으로 증가하였다. 이는 흡연(최소 4조 8860억~최대 5조 9381억, 2006년), 암(7조 7358억, 2001년) 등 여타 보건학적 문제의 사회경제적비용보다 더 큰 규모로 음주가 우리사회에 미치는 부정적 영향이 매우 크며 시급성이 높은 보건학적 문제임을 시사하고 있다(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011).

알코올 관련 질환이나 사고로 사망한 사람은 매년 증가하여 2010년에는 4,581명으로 나타났다. 또한 2011년 사망원인통계에 의하면 알코올 관련 사망자수는 1일 평균 12.3명이며, 남성이 여성에 비해 8배 정도 높고, 연령의 경우 40세부터 급증하여 50대를 정점으로 감소하고 있는 것으로 나타났다. 세계적으로 250만명(2004년기준)의 사람이 음주관련 원인으로 사망한 것으로 추계되었으며, 이중 32만명은 15-29세 연령층으로 나타났다(제갈정·이수미, 2008).

대검찰청 범죄분석에 의하면, 2002년부터 2009년까지 주취범죄율을 산출한 결과 평균 18.0%가 음주 상태에서 범죄가 발생한 것으로 조사되었고 상습주취자로 유발되는 가정폭력, 공공질서 침해 행위, 각종범죄로 인한 사회적 피해가 증가하고 있다(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011).

마지막으로 음주는 자살과도 밀접하게 연관되어 있어 전체 자살률은 음주율과 비례하며, 많은 연구에서 자살사망자의 상당수는 자살 전 음주한 상태로 보고하고 있다(질병관리본부, 2009).

우리나라는 비교적 음주에 관대한 문화로 음주 폐해 및 예방적 접근에 대한 인식 수준이 낮은 편이다. 그러나 음주로 인한 폐해는 개인의 건강 뿐 아니라 사회에도 영향을 미치고 있기 때문에 개인, 가족, 사회를 포함한 통합적인 전략이 필요할 것으로 보인다.

## 3) 우울 및 자살

통계청(2012)의 사망원인통계에 따르면, 2011년 인구 10만 명당 자살사망률은 31.7명으로 2010년(31.2명) 대비 1.7% 증가하였으며, 2000년 이후 지속적으로 증가하고 있다. 경제협력개발기구(OECD) 가입국의 자살 사망자 평균 12.9명과 비교해 볼 때 우리나라는 33.5명(2010년 기준)으로 가장 높은 수준인 것으로 분석되고 있다. 현 시점에서 세계 최고 수준의 자살사망률을 보유함과 동시에 급격한 속도로 증가 추이를 나타내고 있다는 점도 문제로 제시하고 있다(원시연, 2011).

사망원인 중 자살은 암, 뇌혈관질환, 심장질환 다음으로 4위를 차지하고 있으나 10대부터 30대까지 사망원인 순위 1위, 40대와 50대는 사망원인 2순위로 나타나고 있다.

미국국립정신건강협회(National Institute of Mental Health)에 의하면 우울증을 포함한 정신질환이 자살의 중요한 위험인자이며, 자살자 가운데 90% 이상에서 이를 나타낸다고 하였다(전홍진, 2011 재인용). 민성길 외(2000) 연구에서는 정신분열병 환자의 약 50%가 자살을 시도하고 10%가 자살로 사망한다고 하였고, Harris & Barraclough(1997)는 알코올중독 등도 자살에 영향을 미치는 주요한 요인으로 보고되고 있다(이구상 외, 2013 재인용). 또한 자살시도자의 자살사망률은 1년 내 1.8%(0.8-2.6%), 1-4년 내 3%(2.4-4%), 4-9년 3.4%(2.6-6%), 9년 이상 6.7%(5-11%)에 이르며, 노인 자살시도자의 경우 자살사망률이 높아 1년 내 12.7%가 자살로 사망한다고 보고하였다(보건복지가족부 · 한국자살예방협회, 2009).

한 명이 자살할 경우 평균 5-10명(WHO 기준)에게 영향을 미치고 있다. 자살사망자 가족은 가족의 자살을 경험한 후 외상 후 스트레스 장애나 우울증 등과 같은 정신질환에 걸리기 쉽고 자살로 이어지는 경우가 많다. 미국, 스코틀랜드, 호주, 핀란드 등의 국가 자살예방 전략에는 자살사망자 가족에 대한 지원 대책이 포함되어 있다.

정신건강문제는 생산성 저하에도 큰 영향을 미친다. 질병의 사회경제적 부담이라는 측면에서도 우울증은 다른 주요 신체질환보다 오히려 더 큰 사회적 부담으로 작용한다(Murray C & Lopez A, 1997; 우종민, 2011). 우울증은 치료비나 건강보험의 급여 증가와 같은 직접비용 면에서도 큰 손실을 끼치지만, 자살과 사직을 통한 인력 손실, 결근이나 조퇴, 집중력 저하와 업무수행도 저하로 인한 생산성 저하 때문에 발생하는 간접비용이 매우 크다고 추정되고 있다(김원 등, 2008). 미국의 한 보고(우종민, 2011 재인용)에 의하면, 2천만 명이 넘는 미국인이 우울증을 앓고 있고, 특히 근로자의 우울증 때문에 2억 일의 작업손실과 440억 달러의 비용이 발생하는데, 이것을 1인당 비용으로 환산하면 우울증 근로자 1인당 약 6천 달러의 비용이 발생하는 셈이라고 한다. 이 손실액의 70%는 결국 이들이 속한 기업에서 부담하게 되는데, 기업 부담액의 28%는 의료비 등 직접적인 치료비용이고, 17%는 자살 등으로 인한 인력 손실분이며, 55%가 생산성 저하로 인한 손실이라고 추정되므로, 생산성 저하 즉 간접 비용이 가장 큰 부분을 차지한다고 보고하였다. 높은 자살사망률과 더불어 지속적으로 자살사망자수가 증가하고 있으며, 자살은 다양한 정신질환과 밀접한 관련이 있어 이를 감소하기 위한 포괄적이며 근거기반의 정책과 서비스가 필요하다고 보여진다.

## 나. 한국의 정신건강증진정책

1990년대 중반 이후 심각한 보건문제를 야기시키고 있는 사망원인의 대부분이 건강에 해로운 생활습관 등에 기인하고 있어 질병에 대한 치료위주의 소극적 정책에서 사전에 질병을 예방하고 건강을 증진하는 적극적 정책으로 전환할 필요성이 제기되었다(서미경 외, 2006).

이에 따라 국민건강증진사업 추진을 위한 제도적 근거 마련을 위해 1995년 국민건강증진법의 제정을 기점으로 국가주도의 건강증진사업이 진행되었다. 우리나라의 건강증진과 관련있는 법률은 국민건강증진법 외에도 보건의료기본법, 지역보건법, 공공보건의료에 관한 법률, 정신보건법, 노인복지법, 장애인복지법, 학교보건법 등이 있다(서미경 외, 2006). 이 중 본문에서는 국민건강증진법, 정신보건법에 근거하여 정신건강증진정책을 살펴보고자 한다.

### 1) 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)

국민건강증진법에 근거하여 매 5년마다 수립하는 종합계획으로 세계보건기구의 건강 및 건강증진의 정의에 근거하여 기본 방향을 설정하고 2002년부터 현재까지 제 3차 국민건강증진종합계획이 수립되었다. 3차 종합계획은 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고를 목표로 국민 모두가 활기찬 건강과 장수를 누리는 사회의 구축을 지향하고 있다. 정신보건에 관한 중장기 계획도 포함되어 있는데, 2차계획보다 포괄적인 영역의 정신보건의슈에 초점을 두고 있다. 정신건강 및 정신질환에 대한 인식 개선, 조기개입을 통한 정신건강증진 도모, 중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질 향상, 자살 없는 안전한 사회 구현, 알코올 중독 문제 적극적 관리 등 5개의 정책목표와 이를 위한 25개의 실천목표를 설정하여 인적·물적 인프라를 구축하며 정신건강증진을 위해 힘쓰고 있다.

구체적으로 살펴보면, 질환에 대한 편견해소 및 정신건강 인식개선을 위해 홍보와 교육 등을 제공한다. 소아청소년 질환, 알코올중독 등 예방적 측면에서 조기발견 및 조기개입의 효과성을 극대화시키기 위해 정신보건기관을 확충하고 정신건강증진센터의 기능 및 대상별 사업을 강화한다. 적극적 정신건강증진을 위해 대상별 스트레스 감소, 우울증 관리를 비롯하여 자살감소를 위한 위기관리서비스를 강화한다.

### 2) 국가정신보건 5개년 계획

정신보건법을 근거로 국가정신보건계획은 매 5년마다 수립되며, 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)은 국민건강증진종합계획을 기반으로 6가지 영역에 대한 17개의 중점과제와 이를 추진하기 위한 44개의 전략을 구성하고 있다. 6가지 영역은 중증정신질환자의 부적절 재원 감소 및 사회복귀와 사회참여 촉진, 의료기관에서의 치료와 지역사회기반 서비스의 질 관리, 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진, 한국형 특성에 따른 알코올사용장애 관리체계 구축, 정신질환의 편견해소와 정신질환자

인권옹호, 인프라 구축과 인적자원관리 및 서비스 접근성을 제시하고 있다.

특히 소아청소년, 직장인, 노인 등을 위한 근거기반의 정신건강관리 프로그램 개발 및 활성화, 정신 질환 예방을 위한 적극적 발견 및 관리, 치료연계, 우울증의 치료율 향상을 위한 인식개선, 자살예방 프로그램 개발 및 자살시도 우울증 환자에 대한 위기 및 지속사례관리 서비스 제공 등을 전략으로 제시하고 있다. 또한 사회취약계층인 북한이탈주민, 결혼이민자, 이주노동자 등에 대한 정신건강체계 구축과 고위험 음주군에 대한 조기 선별 및 개입, 알코올사용장애에 대한 연속적 관리, 만성적 주취자에 대한 개입모델 개발 등이 포함되어 있다.

### 3) 자살예방대책 5개년 계획

자살은 개인만이 아닌 사회와 국가가 관심을 갖고 대처해야할 문제라는 인식에 2004년 자살예방대책 5개년 계획을 수립하고 현재 제2차 자살예방종합대책(2009-2013)이 발표되었다. 또한 2011년 '자살예방과 생명존중문화 조성을 위한 법률'을 제정하고 이를 통해 법적 기반을 조성하고자 노력하고 있다.

자살예방을 위한 정책 추진방향을 살펴보면 자살예방을 위한 주요 10대 과제를 선정하여 구체적인 추진목표와 세부과제를 제시하고 있다. 자살에 대한 국민 인식 개선, 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소, 자살위험에 대한 개인 사회적 대응 역량강화, 언론보도 등 대중매체의 책임성 강화, 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 확대, 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력 교육체계 강화, 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축, 근거에 기반한 자살예방정책 개발 등을 제시하고 있다.

1차년도 자살예방대책에 비해 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하지 않고, 사회경제적 지원 방안이나 사회 환경 개선 등의 방안이 대책에 포함되어 있다는 점, 자살 고위험군을 적극적으로 발견하고 조기개입하는 점, 유족에 대한 대책이 포함되어 있는 점은 고무적이라 할 수 있다(박형민, 2011).

### 4) 음주폐해감소를 위한 국가전략

국민건강증진종합계획에서도 절주를 중요한 과제로 다루고 있듯이 음주로 인한 개인, 가족, 사회적 폐해 문제는 국가적 차원의 적극적 개입이 필요하다. 2006년 국가음주폐해감소전략 파랑새플랜을 수립하였고, 2011년 2차 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020을 발표하였다. 음주폐해의 범위가 넓고 다양한 만큼 실효성 있는 국가전략의 수립과 실행을 위해서는 공공과 민간, 정부 내 다양한 부처가 참여하는 포괄적인 전략의 필요성에 기반하여 시기별·부처별 역할과 필요한 인프라의 수요 및 구체적 목표와 지표를 제시하였다.

음주폐해 없는 안전하고 건강한 사회 구현을 목적으로 음주로 인한 사회적 폐해 및 건강상의 폐해 감소, 음주폐해 감소 환경 조성, 인프라 구축의 4개 영역으로 나누어 개입전략을 제시하고 있다. 음주



관련 범죄자, 음주운전자에 대한 교육 및 치료체계 구축, 음주폐해 교육 홍보 활성화, 조기발견 및 조기 개입 체계 구축, 효과적인 치료재활 인프라 구축, 안전 환경 조성 및 규제정책 검토 시행, 연구개발, 인력양성을 위한 체계구축을 제시하고 있다.

### 5) 정신건강증진 종합대책(안)

2012년 6월 보건복지부는 정신건강증진 종합대책(안)을 발표하고, 이를 통해 정신건강의 개념을 정신질환자에게만 한정적으로 적용시켰던 것에서 나아가 전 국민으로 확대하여 정신질환의 문제를 각종 사회문제와 관련지어 보다 포괄적인 사업을 진행하고자 한다는 점에서 의의가 있다.

정신건강증진 종합대책(안)은 국민의 정신건강문제 해결을 통한 개인의 삶의 가치 향상과 사회적 비용 절감 및 국가 경쟁력 확보를 목표로 크게 다섯 가지의 방향성을 가지고 있다. 정신질환 편견 해소와 우호적 환경 조성, 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진, 중증정신질환 치료수준 향상 및 재활체계 구축, 자살예방을 위한 조기개입 체계 구축, 적정 인프라 구축 및 인적 자원 관리등을 기본 추진 방향으로 제시하고 있다. 여기서 기존의 정신보건정책과 비교하여 눈여겨 볼 점은 서비스 대상 및 제공 범위가 확대되었다는 점이다. 예를 들어, 학교 또는 직장을 기반으로 하는 정신건강증진체계 구축에 대한 관심이 증가하였고 초발정신질환, 중독, 자살 등 다양한 정신건강 문제에 대하여 예방적 차원의 개입을 강조하고 있다는 점이다.

### 6) 서울정신건강 2020

정신보건정책은 일반 주민의 정신건강 증진과 정신질환으로 인한 부담을 줄이기 위한 가치와 원칙, 목표, 활동에 대한 조직화된 정책이라 할 수 있다.<sup>4)</sup> 이에 2004년 서울시 정신보건사업의 발전을 위한 장기적 전략으로 '서울정신건강 2020'을 발표하며, 서울시민의 정신건강증진, 정신질환자의 삶의 질 향상, 사회안전망 구축을 목표로 다양한 전략을 수립하기에 이르렀다.

2009년 제 2차 4개년 계획을 수립하였고, 5가지 미션을 제시하고 있다. 첫 번째는 생애주기별 사전 예방적 접근을 통한 서울시민의 정신건강증진을 목표로 정신건강 예방 및 조기발견을 위해 주요 정신건강에 대한 지식 향상 및 절주 환경을 조성한다. 두 번째는 포괄적 서비스체계 구축을 통한 질병부담 감소 및 삶의 질 향상으로 소아청소년의 심리적·사회적 손상 최소화, 초기정신질환자 관리 및 치료적절성 제고를 통한 만성화 예방 등이 포함된다. 세 번째는 자살위험 없는 안전한 서울구현으로 자살예방 서비스 접근성 향상, 응급관리체계 강화 및 자살위기관리 적절성 향상, 자살시도자 및 유가족에 대한 사후관리 등을 목표로 하고 있다. 네 번째는 소비자 참여 활성화를 통한 정신보건서비스 체계의 선진화이고, 마지막은 안정적 정신보건 서비스 체계 운영을 위한 행정·연구·평가를 강화하는 것이다.

4) 황태연, 서용진 (2008) 정신보건정책, 계획, 프로그램, WHO 정신보건국

## 제 3 장 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사

정신건강에 대한 사회적 관심과 요구가 증가됨에 따라, 중증정신질환자를 대상으로 했던 정신보건 사업의 영역이 점차 확대되어 가고 있다. 정신건강증진에 관련된 선행연구를 살펴보면 주로 학생, 노인, 군인 등과 같은 특정집단을 대상으로 한 정신건강증진 프로그램 개발 및 효과성 검증에 대한 연구(박일홍, 2009; 김정현 · 김병수, 2010; 우정희, 2012; 최진일, 2012 등)로 지역사회를 기반으로 하는 공공 정신건강증진사업에 대한 효과성 연구는 아직 미흡한 실정이다.

이에 국민건강증진종합계획, 국가정신보건계획 등을 기반으로 하여 소아청소년, 알코올중독 예방, 우울 및 자살예방을 위해 다양한 정신건강증진사업을 수행하고 있는 서울시 25개구 정신건강증진센터를 대상으로 사업의 현황을 파악하고자 하였다.

### 1. 조사대상자 특성

서울시 25개구 정신건강증진센터에서 수행중인 증진사업에 대한 실태조사는 팀장 직급이상의 실무자 1인을 대상으로 실시하였다. 조사대상자의 성별은 여성이 96%, 남성이 4%로 여성의 비중이 높게 나타났다. 연령은 30대 56%, 40대 40%, 20대 4% 순으로 나타났다. 직종은 정신보건사회복지사 64%, 정신보건간호사 36% 순으로 나타났으며, 정신보건 근무경력은 평균 11년(142개월), 정신건강증진센터 경력은 8년(98개월)으로 나타났다.



표1 | 인구사회학적 특성

(N=25)

변 인		빈도(명)	백분율(%)
성별	남성	1	4
	여성	24	96
연령	20-29	1	4
	30-39	14	56
	40-49	10	40
학력	전문대졸	1	4
	대졸	9	36
	대학원재학	2	8
	대학원졸	13	52
직종	정신보건사회복지사	16	64
	정신보건간호사	9	36
정신보건 근무연수	M(SD)/개월	142(47.395)	
정신건강증진센터 경력	M(SD)/개월	98.1(37.194)	

## 2. 조사결과

### 가. 전반적 현황

#### 1)전담인력<sup>5)</sup>

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

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

표2 | 정신건강증진사업 전담인력

영역	전담인력 확보(n, %)		전담인력수(M/SD)
	유	무	
소아청소년	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	11(64.7)	6(35.3)	1.0(1.698)

5) 응답하지 않은 1개 기관 제외하고 분석함 (n=24).

## 2) 영역별 예산

영역에 따른 정신건강증진사업 유형별 평균예산은 소아청소년이 2,674만원(45.2%)으로 가장 높게 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 소아청소년은 예산의 비중이 증진사업>예방사업>조기발견사업 순으로 높았으며, 알코올중독은 증진사업>예방사업>조기발견사업, 우울 및 자살예방은 예방사업>증진사업>조기발견사업 순으로 나타났다.

표3 | 정신건강증진사업 평균예산

단위:만원(%)

영역	정신건강증진사업			총
	예방사업	조기발견사업	증진사업	
소아청소년	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)
우울 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)

## 3) 투입시간 비중

영역에 따른 정신건강증진사업 유형별 투입시간 비중을 살펴보면, 소아청소년은 증진사업>조기발견사업>예방사업, 알코올중독은 증진사업>조기발견사업>예방사업, 우울 및 자살예방은 조기발견사업>예방사업>증진사업 순으로 나타났다.

표4 | 정신건강증진사업 투입시간 비중

단위:%

영역	정신건강증진사업			총
	예방사업	조기발견사업	증진사업	
소아청소년	29	32	39	100
알코올중독(n=23)	25	33	42	100
우울 및 자살예방	34	35	31	100

## 4) 담당 사업에 대한 수퍼비전

담당 사업에 대한 수퍼비전이 이루어지고 있는 기관은 24개 기관(96%)이며, 수퍼비전 횟수는 월 1회 이상 75%, 주 1회 이상 20.8%로 나타났다. 수퍼비전 강사로는 팀장 50%, 센터장 35.3%이며, 형태는 집담회 형식이 45.2%로 가장 높게 나타났다.

표5 | 사업에대한 수퍼비전

(N=25)

변 인		빈도(명)	백분율(%)
정기적인 수퍼비전 유무	예	24	96
	아니오	1	4
수퍼비전 횟수 (N=24)	주 1회 이상	5	20.8
	월 1회 이상	18	75
	3개월에 1회 이상	1	4.2
	6개월에 1회 이상	0	0
	연 1회 이상	0	0
수퍼비전 강사 (N=24/중복응답)	센터장	12	35.3
	팀장	17	50
	외부강사	5	14.7
수퍼비전 형태 (N=24/중복응답)	1대 1 교육	9	29
	강의	7	22.6
	집담회	14	45.2
	기타	1	3.2

### 5) 사업 중요도 및 비중

사업의 중요도는 조기발견사업 40.7%, 증진사업 37.3%, 예방사업 22.0% 순으로 나타났으며, 실제 사업수행은 조기발견사업 39.3%, 증진사업 30.7%, 예방사업 30.0% 순으로 나타났다. 사업의 중요도와 실제사업수행에 있어서의 우선순위는 동일하게 나타났으나, 실제 수행 시 증진사업의 비중이 6.6% 낮게 나타난 반면, 예방사업은 8% 높게 나타났다.

사업 중요도와 실제 사업수행 비중이 동일한 기관 12개(48%), 비동일 기관 13개(52%)로 나타났다. 우선순위가 동일하지 않은 이유는 센터 내부 현황과 맞지 않기 때문, 평가와 관련 있는 사업을 우선으로 시행하기 때문이 23.5%로 많은 비중을 차지하고 있었다.

표6 | 사업유형별 중요도 및 실제 사업수행 비중

단위: %

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

나. 소아청소년 정신건강증진사업

서울시 25개구 정신건강증진센터에서는 소아청소년 대상의 정신건강증진사업을 수행하고 있는 것으로 나타났으며, 예방사업 중 일반인구와 위험인구를 분류하여 진행하는 곳은 20개 기관으로 파악되었다. 소아청소년증진사업 수행 시 대상에 대한 투입비중은 아동>부모>교사>기타 순으로 나타났다.

표7 | 소아청소년영역 대상에 따른 투입 비중

대 상	아동	부모	교사	기타
투입 비중	44	30	18	8

Q. 어떤 대상에게 투입이 많은지 비중을 %로 표기해주세요.

1) 예방사업

(1) 대상

25개 정신건강증진센터는 미취학아동부터 고등학생, 부모, 교사, 관련기관의 실무자 및 지역주민을 대상으로 예방사업을 하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 부모를 대상으로 23개(92%) 기관, 중학생을 대상으로 21개(84%) 기관, 교사를 대상으로 20개(80%) 기관에서 예방사업을 하고 있었다.

표8 | 소아청소년영역 예방사업 대상

예방사업 대상	센터 수(n)	25개구 센터 대비 수행비율(%)
미취학아동	2	8
초등학생	13	52
중학생	21	84
고등학생	12	48
부모	23	92
교사	20	80
소아청소년 관련기관 실무자	13	52
유관기관 실무자	9	36
공공기관 실무자	1	4
지역주민	6	24
기타	3	12

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## (2) 내용

예방사업은 정신건강, ADHD, 우울, 자살 등 질환관련 내용부터 양육방법, 서비스 안내, 관련기관 간담회 등 다양한 주제로 사업을 수행하고 있었다. 이 중 기관별 수행비율은 정신건강 88%, ADHD 64%로 나타나, 주로 소아청소년 유병율이 높은 주요 정신질환에 대한 주제가 예방사업의 주된 내용이라 파악할 수 있다.

표9 | 소아청소년영역 예방사업 내용

예방사업 내용	센터 수(n)	25개구 센터 대비 수행비율(%)
우울	12	48
자살	12	48
우울 및 자살	3	12
ADHD	16	64
인터넷중독	5	20
알코올중독	4	16
스트레스관리	2	8
정신건강	22	88
정신건강검진	1	4
사회성증진	6	24
또래지킴이	5	20
양육방법	11	44
센터 및 서비스 안내	4	16
유관기관 간담회	3	12
요구도 조사사업	1	4
기타	6	24

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 내용만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## (3) 방법

예방사업은 교육, 홍보, 유관기관 네트워크, 상담, 연구조사 등을 통해 수행하고 있었으며, 이 중 기관별 수행비율이 높은 것은 교육(92%)과 홍보(84%)를 많이 활용하고 있는 것을 알 수 있었다.

표10 | 소아청소년영역 예방사업 방법

예방사업 방법	센터 수(n)	25개구 센터 대비 수행비율(%)
교육	23	92
상담	3	12
유관기관 네트워크	5	20
홍보	21	84
연구조사	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

2) 조기발견사업

(1) 장소

소아청소년영역 조기발견사업 장소는 아동청소년 관련기관, 학급별 학교, 정신건강증진센터, 유관기관 등 다양하게 분포되어 있었다. 이 중 기관별 수행비율은 아동청소년 관련기관이 76%, 중학교 60%, 초등학교 56%로 주로 일반아동 및 취약계층의 아동이 있는 장소에서 사업을 수행하고 있다고 볼 수 있다.

표11 | 소아청소년영역 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
아동청소년관련기관	19	76
초등학교	14	56
중학교	15	60
고등학교	13	52
정신건강증진센터	5	20
유관기관	4	16
공공기관	2	8
지역 내 인구밀집장소	2	8
기타	4	16

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 장소만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(2) 주제

조기발견사업 주제는 ADHD, 우울, 자살, 정서 및 행동장애, 조기정신증, 인터넷중독 등으로 나타났다. 기관의 수행비율이 높은것은 ADHD와 우울증(84%)으로 접근성이 가장 높은 질환으로 추측된다.

표12 | 소아청소년영역 조기발견사업 주제

조기발견사업 주제	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
우울증	21	84
자살	3	12
우울 및 자살	1	4
정서 및 행동장애	6	24
조기정신증	1	4
정신건강	2	8
ADHD	21	84
인터넷중독	4	16
알코올중독	1	4
기타	2	8

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 주제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

### (3) 방법

조기발견사업을 위해 일대일 대면평가, 집단스크리닝, 온라인검진, 전문의 평가, 조기발견방법 교육, 상담 등이 활용되어지고 있었다. 이중 기관의 수행비율은 집단스크리닝(92%)과 일대일 대면평가(80%)가 가장 높게 나타났다.

표13 | 소아청소년영역 조기발견사업 방법

조기발견사업 방법	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
일대일대면평가	20	80
집단스크리닝	23	92
온라인검진	1	4
의사평가	1	4
조기발견방법교육	1	4
상담	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

### 3) 증진사업

예방사업 또는 조기발견사업을 통해 고위험인구를 발굴하는 비율은 평균 18.1%(SD=12,270)이며, 고위험인구는 주로 교사, 학부모, 지역아동센터에 의해 정신건강증진센터로 의뢰되고 있는 것으로 나타났다.

표14 | 소아청소년영역 고위험인구 의뢰경로

순위	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위
내용	교사	학부모	지역아동센터	주민센터 · 구청	복지관	의료기관	보건소
가중치부여 점수	180	177	127	103	95	73	61

Q. 고위험인구가 귀 기관으로 의뢰되는 경로입니다. 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 표기해주시시오

#### (1) 증진사업의 타겟 문제

증진사업은 기분장애 및 자살, 정서 및 행동장애, ADHD, 조기정신증의 문제가 있는 대상에게 수행하고 있었다. 이중 기관의 수행비율을 살펴보면, 정서 및 행동장애 문제를 가진 대상이 92%로 가장 높게 나타났다.

표15 | 소아청소년영역 증진사업 문제

증진사업 문제	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
기분장애 및 자살	11	44
정서 및 행동장애	23	92
ADHD	12	48
조기정신증	2	8
기타*	7	28

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 문제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(2) 대상

증진사업의 주 대상은 영유아, 미취학아동, 초등학생부터 고등학생, 부모 순으로 나타났으며, 이 중 기관의 수행비율은 중학생 80%, 초등학생 75%, 고등학생 68%로 주로 초·중·고 학생이 많은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

표16 | 소아청소년영역 증진사업 대상

증진사업 대상	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
영유아	1	4
미취학아동	7	28
초등학생	21	75
중학생	20	80
고등학생	17	68
부모	5	20
기타	6	24

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(3) 방법

증진사업은 사례관리, 교육 및 프로그램 제공, 의료기관 및 타 기관 연계, 부모교육을 통해 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 21개(84%) 기관에서 사례관리를, 19개(76%) 기관에서 교육 및 프로그램제공을, 16개(64%) 기관에서 의료기관 연계를 하고 있었다.

수행방법의 주체를 내부 및 외부(연계 등을 통한 외부서비스 이용)로 분류해보자면, 비중은 ‘내부서비스’ 51%, ‘외부서비스’ 49%를 차지하고 있으며, ‘외부서비스’는 의료기관, 복지기관, 기타 순으로 나타났다.



표17 | 소아청소년영역 증진사업 방법

증진사업 방법	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
의료기관 연계	16	64
타기관(아이존, 복지관) 연계	15	60
사례관리	21	84
교육 및 프로그램	19	76
부모교육	1	4
행사	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

#### (4) 서비스 유입이 되지 않는 이유

정신건강증진센터로 유입되지 않는 이유로 1순위는 대상자 및 부모 거부로 나타났고, 기관 내 다양한 프로그램 부족, 프로그램 수 부족, 연계기관의 다양성 부족 순으로 나타났다.

표18 | 기관 서비스 유입되지 않는 이유

순위	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위
내용	대상자나 부모거부	센터 프로그램 다양성 부족	센터 프로그램 양적인 부족	연계기관의 다양성 부족	연계기관의 수 부족	센터 직원의 전문성 부족
가중치부여 점수	153	116	114	102	90	41

Q. 기관 서비스로의 유입비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지 우선순위에 따라 표기해주시기 바랍니다.

결론적으로 서울시 25개 정신건강증진센터는 모두 소아청소년 증진사업을 수행하고 있었으며, 예방과 조기발견사업에 비해 증진사업의 투입시간 및 예산의 비중이 높게 나타났다.

예방사업의 주 대상은 중학생과 교사, 부모가 가장 높은 비율을 차지하였고, 소아청소년 질환예방을 위한 주제로 교육 및 홍보를 하고 있었다. 조기발견사업은 학교와 취약계층 아동이 있는 소아청소년 관련기관을 주 장소로 해서 집단스크리닝과 일대일대면평가를 통해 조기발견 및 조기개입을 하고 있었다.

소아청소년이 가장 많은 시간을 보내는 장소인 동시에 행동과 발달상에 의미 있는 영향력을 미치는 장소인 학교를 대상으로 하는 사업은 중요한 의미가 있다. 학교는 대부분의 사람들이 아동기와 청소년기를 학교체제 내에서 지내게 되므로 이들에게 접근할 수 있는 가장 손쉬운 통로가 될 수 있다. 그리고 교사들은 학생들을 가까이에서 관찰하고 실질적으로 이들의 생활에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 학교 내의 전문인력으로서 정신건강 관련 인력과 협조하여 적응문제의 조기발견, 조기치료, 정신건강교육 등 다양한 예방 프로그램의 수행에서 중요한 역할을 수행할 수 있다(오경자 외, 2004).

2001년 WHO에서는 학교는 자살을 예방하고 학생 스스로 정신건강을 위한 보호 요인들을 발달시키기 위해 노력해야한다고 강조하였다. 이후 국외의 선진 국가들에서는 학교 정규 교과과정에 포함하여 다양한 프로그램을 수행하고, 그러한 프로그램이 효과가 있음을 보고하고 있다. 예로 정신건강증진 프로그램은 우울증과 같은 정신건강문제 예방에 효과적이며, 흡연 및 물질남용 비율 감소, 집단 따돌림과 같은 행동문제들이 감소하였다(Well et al 2001).

고위험 아동의 의뢰는 교사, 부모, 지역아동센터를 통해 이루어지고 있었다. 반면, 정신건강증진센터 서비스로 유입되지 못하는 가장 큰 이유 1순위는 '부모 및 대상자 거부'로 나타나 부모의 인식도가 매우 중요한 영향력을 미치는 것을 알 수 있다. 부모가 자녀의 정신건강 문제에 대해 어떤 인식을 가지고 있는지에 따라 치료 연계율이 달라질 수 있다(김효진 외, 2009)는 연구 결과도 있듯이 부모에 대한 적절한 교육이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 아동기의 정신건강문제는 성인에 이르기까지 영향을 줄 수 있다는 점에서 조기발견은 매우 중요하다. 정신건강문제를 적절하게 치료하지 않았을 경우, 학업중지, 가정불화, 폭력, 자살 등과 같은 심각한 결과를 초래할 수 있기 때문이다(강은정, 2007). 위험요인으로 인해 정신건강이 취약한 아동을 접할 수 있는 지역아동센터, 주민센터, 복지관 등의 관계자들에게 정신건강에 대한 인식을 확대하여 고위험 아동을 조기에 발견하도록 key person 으로 역할을 할 수 있도록 교육 및 홍보가 중요할 것으로 보인다.

## 다. 알코올중독 예방 및 증진사업

알코올중독사업을 수행하지 않는 2개 기관을 제외한 23개 지역 정신건강증진센터에서는 예방사업, 조기발견사업, 증진사업을 수행하고 있었다. 예방사업 중 일반인구와 위험인구를 분류하여 진행하는 곳은 23개 기관 중 16개 기관(64%)으로 나타났다.

### 1) 예방사업

#### (1) 대상

알코올중독 예방사업은 소아청소년, 성인, 노인, 취약계층, 알코올의존자 가족, 기관 실무자, 지역주민을 대상으로 수행하고 있었다. 이중 지역주민을 대상으로 예방사업을 하는 기관이 91.3%로 가장 많았으며, 성인, 공공기관 실무자, 경제적 취약계층 순으로 나타났다.

표19 | 알코올중독영역 예방사업 대상

예방사업 대상	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
아동청소년	6	24
성인	10	43.5
노인	2	8.7
경제적 취약계층	9	36
알코올의존자 가족	1	4.4
유관기관실무자	5	21.8
공공기관 실무자	9	39.2
지역주민	21	91.3

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

#### (2) 내용

알코올중독의 이해, 알코올의존 예방, 건전음주, 서비스 안내, 절주지도자 양성 등 주로 알코올질환 예방과 건전음주 습관을 위한 내용으로 예방사업을 하고 있는 것으로 나타났다. 이중 알코올중독의 이해는 22개 기관(95.7%)에서, 건전음주는 12개 기관(52.2%)에서 수행하고 있는 주 내용으로 조사되었다.

표20 | 알코올중독영역 예방사업 내용

예방사업 내용	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
센터 소개 및 서비스 안내	2	8.7
자가검진(스크리닝)	2	8.7
건강한 음주습관	12	52.2
알코올중독의 이해	22	95.7
알코올중독의 위기개입	2	8.7
절주지도자양성	2	8.7
게이트키퍼	1	4.4
유관기관 네트워크	1	4.4
기타	2	8.7

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 내용만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(3) 방법

예방사업의 수행방법으로 교육, 상담, 유관기관 네트워크, 홍보가 있었으며, 이중 교육은 22개 (95.7%)기관에서, 홍보는 21개(91.3%) 기관에서 가장 많이 활용하고 있는 것으로 나타났다.

표21 | 알코올중독영역 예방사업 방법

예방사업 방법	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
교육	22	95.7
상담	5	21.8
유관기관 네트워크	3	13.1
홍보	21	91.3

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

2)조기발견사업

(1) 장소

알코올중독영역 조기발견사업은 지역자활센터, 노숙관련기관, 유관기관, 공공기관, 학교, 지역내 인 구밀집장소, 정신건강증진센터를 주 장소로 사업을 수행하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 공공기관 (65.3%)과 지역자활센터(56.9%)가 조기발견사업을 하는 주 장소로 나타났다.

표22 | 알코올중독영역 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
정신건강증진센터	4	17.4
지역자활센터	13	56.6
노숙관련기관	8	34.8
유관기관	10	43.5
공공기관	15	65.3
학교	4	17.4
지역내 인구밀집장소	6	26.1
기타	6	26.1

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업을 장소, 주제, 발견방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 장소만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## (2) 주제

조기발견사업은 알코올의존, 스트레스, 우울증을 주제로 하고 있었으며, 알코올의존은 알코올중독 관련 사업을 하는 23개(100%) 기관에서 모두 수행하고 있었다.

표23 | 알코올중독영역 조기발견사업 주제

조기발견사업 주제	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
우울증	1	4.4
스트레스	3	13.1
알코올의존	23	100

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 장소, 주제, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 주제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## (3) 방법

조기발견사업은 집단스크리닝, 일대일 대면평가, 온라인 검진, 사례회의, 교육의 방법을 통해 시행하고 있었으며 이중 일대일 대면평가를 21개(91.3%) 기관에서 활용하고 있는 것으로 나타났다.

표24 | 알코올중독영역 조기발견사업 방법

조기발견 방법	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
일대일대면평가	21	91.3
집단screening	20	87
온라인평가	3	13.1
사례회의	1	4.4
교육	2	8.7

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 장소, 주제, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

3) 증진사업

예방사업 또는 조기발견사업을 통해 고위험인구를 발굴하는 비율은 평균 19.4%(SD=16.767)이며, 고위험인구는 주로 공공기관(주민센터, 구청), 가족 또는 스스로, 정신보건관련기관에 의해 정신건강 증진센터로 의뢰되고 있는 것으로 나타났다.

표25 | 알코올중독영역 고위험인구 의뢰경로

순위	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	8순위
내용	주민센터, 구청	가족 또는 스스로	정신보건 관련기관	보건소	일반시민	경찰, 소방	의료기관	사회복지시설
가중치부여 점수	200	167	122	110	103	73	60	16

Q. 고위험 인구가 귀 기관으로 의뢰되는 경로입니다. 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 표기해 주십시오.

(1) 타겟문제

알코올중독영역 증진사업은 지속적 음주문제, 음주 후 폭력문제를 가진 대상에게 수행하고 있었으며, 이 중 21개(91.3%) 기관에서 지속적 음주문제를 가진 대상에게 사업을 수행하고 있는 것으로 나타났다.

표26 | 알코올중독영역 증진사업 문제유형

증진사업 문제유형	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
지속적 음주문제	21	91.3
음주 후 폭력	3	13.1

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 문제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(2) 대상

증진사업의 대상은 성인, 여성, 경제적 취약계층, 가족, 지역주민, 기타로 나타났으며, 이중 성인을 대상으로 사업을 수행하는 기관이 52.2%로 가장 많이 차지하고 있었다.

표27 | 알코올중독영역 증진사업 대상

증진사업 대상	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
성인	12	52.2
여성	2	8.7
경제적 취약계층	5	21.8
가족	6	26.1
지역주민	3	13.1
기타	3	13.1

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

### (3) 방법

증진사업은 사례관리, 복지기관 연계, 의료기관 연계, 알코올상담센터 연계, 자조모임, 집단프로그램 제공, 정보제공 등 방법을 활용하고 있었으며, 이 중 65.3%의 기관에서 의료기관 연계를, 60.9%의 기관에서 사례관리서비스를 제공하고 있었다.

수행방법의 주체를 내부 및 외부(연계 등을 통한 외부서비스 이용)로 분류해보자면, 비중은 '내부서비스' 59%, '외부서비스' 41%를 차지하고 있으며, '외부서비스'는 '의료기관 연계', '알코올상담센터 연계', '복지기관 연계' 순으로 나타났다.

표28 | 알코올중독영역 증진사업 방법

증진사업 방법	센터 수(n)	23개 센터 대비 수행비율(%)
사례관리	14	60.9
복지기관 연계	4	17.4
의료기관 연계	15	65.3
알코올상담센터 연계	2	8.7
자조모임	5	21.8
집단프로그램	13	56.6
정보제공	3	13.1

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

### (4) 서비스 유입이 되지 않는 이유

정신건강증진센터로 유입되지 않는 이유 1순위는 대상자 및 보호자 거부, 기관 내 프로그램 수 부족, 다양한 프로그램 부족, 연계기관의 다양성 부족 순으로 나타났다.

표29 | 기관 서비스 유입되지 않는 이유

순위	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위
내용	대상자나 보호자 거부	센터 프로그램 양 부족	센터 프로그램 다양성 부족	연계기관의 다양성 부족	연계기관 수 부족	센터 직원 전문성 부족
가중치부여 점수	168	100	87	82	69	35

Q. 기관 서비스로의 유입비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지 우선순위에 따라 표기해주시기 바랍니다.

결론적으로 서울시 25개 정신건강증진센터 중 23개 기관에서 알코올중독 예방 및 증진사업을 수행하고 있었으며, 예방, 조기발견사업에 비해 증진사업의 투입시간과 예산이 높게 나타났다.

세계보건기구에서 음주로 인한 문제는 알코올 의존자와 같은 문제음주자에 국한된 것이 아니라 전 국민에게 영향을 미친다고 보고 하였듯이, 음주로 인해 야기되는 신체적, 정신적, 사회적 문제에 대한 대중의 인식을 향상시키고, 음주를 조장하는 분위기에서 벗어나 건전음주를 위한 환경조성은 중요하다. 성인의 70%이상이 음주를 하고 이중 60% 정도가 문제음주자라 볼 때 정신건강증진센터에서 예방적 차원에서 접근하는 지역주민, 성인, 취약계층은 적절하다고 생각된다.

예방을 위한 방법으로 주로 교육과 홍보를 활용하고 있는 것으로 나타났다. 알코올교육과 홍보를 병행하여 국가적 차원에서 예방을 위한 범국민적 예방프로그램이 시행될 때 긍정적 효과를 가져다 줄 수 있는 것으로 평가되고 있으며, 특히 음주폐해에 대한 인식을 제고시키려고 할 때 적절한 방법이라 한다(Babor et al., 2010). 하나의 예로 미국의 경우 음주문제 예방프로그램 EAP(Employee Assistance Program)를 개발하여 직장 내에서 활용하도록 하였다. 알코올중독 상태에 있는 종업원을 EAP계획에 참여시킨 결과, 노동손실 시간(lost man-hour)은 49%, 치료비 관련 지출은 29%, 결근은 56%, 고충 제기는 78%, 징계문제는 63%, 각종 사고는 82% 등이 감소되는 긍정적 효과가 나타났다(임영남, 2009 재인용).

알코올은 재발이 빈번하고 완치가 어려운 질환으로 예방과 조기발견이 중요하다. 예방 및 조기발견사업을 통해 고위험군 발굴은 평균 19.4%로 나타났으며, 고위험 아동의 의뢰는 주민센터/구청, 가족 또는 스스로, 정신보건관련기관을 통해 이루어지고 있었다. 조기발견사업의 주 장소에서 고위험군 의뢰가 높게 나타났으며 조기발견과 조기개입을 위해 일대일 대면평가 및 집단스크리닝을 활용하고 있었다.

2010년 건강보험심사평가원에서 알코올사용장애로 입원한 환자의 치료수준을 분석한 결과, 퇴원 환자 5명 중에서 1명만이 퇴원 후 외래를 방문한 것으로 나타났다. 알코올사용장애는 입원 치료 후에 정기적으로 외래를 방문하여 지속적인 관리가 필요한 질환임에도, 환자의 17.9%만이 퇴원 후 1개월 내에 외래를 방문하고, 퇴원 후 6개월 동안 정기적으로 외래를 방문한 환자는 1.9%에 불과하였다(건강보험심사평가원 보도자료, 2013).

특히, 퇴원 후 3개월 내에 재발이 가장 많이 발생하므로, 퇴원 초기단계에서 지속적이고 적극적인 관리가 필요하다는 제언에 근거하면, 정신건강증진센터에서 음주문제를 가진 대상에게 사례관리 및 프로그램 제공, 타 기관 서비스 연계 등을 통해 적극적으로 관리하고 있는 것은 효과적이라 보여진다.

마지막으로 알코올중독영역의 경우 전문인력이 기관당 평균 1명에 불과한 실정이다. 알코올사용장애는 일상생활에서 지속적인 관리가 필요한 만성재발성 질환으로 입원치료뿐만 아니라 퇴원 후 단주유지를 위한 지속적인 외래치료가 중요하다. 효과적으로 사업을 수행하기 위해서는 전문인력 양성과 더불어 지속적인 교육과 훈련을 위한 제반작업의 수행을 제안하고자 한다.



## 라. 우울 및 자살예방 사업<sup>6)</sup>

서울시 25개구 정신건강증진센터에서는 우울 및 자살예방을 위한 증진사업을 수행하고 있었으며, 예방사업 중 일반인구와 위험인구를 분류하여 진행하는 곳은 21개 기관으로 파악되었다.

우울 및 자살예방 증진사업 수행 시 대상에 대한 투입비중은 노인>성인(남성)>여성>취약계층>기타 순으로 나타났다.

표30 | 우울 및 자살예방영역 대상에 따른 투입 비중

대상	노인	성인남성	여성	취약계층	기타
투입 비중	35	25	22	17	1

Q. 어떤 대상에게 투입이 많은지 비중을 %로 표기해주시시오.

### 1) 예방사업

#### (1) 대상

우울 및 자살영역 예방사업의 대상은 소아청소년, 성인, 노인, 출산 전후 여성, 부모, 교사, 실무자, 지역주민, 군인, 기타 등으로 나타났으며, 이중 노인(92%), 출산 전후 여성(88%), 지역주민(80%) 순으로 접근성이 높게 나타났다. 즉 위험인구로 예측되는 노인 및 출산 전후 여성과 일반인구를 대상으로 사업을 수행하고 있다고 보여진다.

표31 | 우울 및 자살예방영역 예방사업 대상

예방사업 대상	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
소아청소년	3	12
성인	12	48
노인	23	92
산전·후 여성	22	88
부모	2	8
교사	3	12
유관기관 실무자	12	48
공공기관 실무자	9	36
지역주민	20	80
군인	4	16
기타	2	8

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

6) 본 조사 결과 는 2012년 기준의 서비스 현황 조사 결과임 . 2013년 서울시는 25개 전 자치구에 자살예방사업예산을 지원하고 표준화된 서비스 제공 체계를 구축 진행하고 있음.

(2) 내용

예방사업은 우울, 자살, 우울 및 자살, PTSD, 스트레스, 게이트키퍼, 유관기관 네트워킹을 주제로 하고 있었으며, 이 중 우울증 관련 예방사업을 24개(96%) 기관에서 하고 있었다. 그 다음으로 많이하고 있는 내용은 게이트키퍼(56%), 자살, 우울 및 자살(48%)로 나타났다.

표32 | 우울 및 자살예방영역 예방사업 내용

예방사업 내용	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
우울증	24	96
자살	12	48
우울 및 자살	12	48
PTSD	5	20
스트레스	9	36
게이트키퍼	14	56
유관기관 네트워크	1	4
기타	7	28

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 내용만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(3) 방법

예방사업을 위해 집단프로그램, 스크리닝, 교육, 간담회, 상담, 홍보와 같은 방법을 활용하고 있었으며, 이 중 교육은 24개(96%) 기관에서, 홍보는 23개(92%) 기관에서 활용하고 있었다.

표33 | 우울 및 자살예방영역 예방사업 방법

예방사업 방법	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
집단프로그램	5	20
스크리닝	1	4
교육	24	96
간담회	2	8
상담	6	24
홍보	23	92

Q. 귀 기관에서 수행하는 예방사업의 대상, 내용, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## 2) 조기발견사업

## (1) 장소

우울 및 자살영역 조기발견사업은 노인관련기관, 노숙관련기관, 산부인과 및 조리원, 학교, 아동청소년 관련기관, 공공기관, 유관기관 등 다양하게 분포되어 있었다. 이중 22개(88%) 기관은 공공기관에서, 20개(80%) 기관은 유관기관에서, 17개(68%) 기관은 노인관련기관에서 조기발견사업을 하고 있는 것으로 나타났다.

표34 | 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 장소

조기발견사업 장소	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
노인관련기관	17	68
노숙관련기관	3	12
산부인과 및 산후조리원	6	24
정신건강증진센터	2	8
학교	6	24
아동청소년관련기관	1	4
유관기관	20	80
공공기관	22	88
지역내 인구밀집장소	6	24
기타	10	40

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 장소, 주제, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 장소만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

## (2) 주제

조기발견사업의 주제는 우울증, 자살, 우울 및 자살, 불안장애, 스트레스로 나타났으며, 이 중 24개 (96%)기관에서 우울증을 주제로 수행하고 있었다.

표35 | 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 주제

조기발견사업 주제	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
우울증	24	96
자살	8	32
우울 및 자살	5	20
불안장애	1	4
스트레스	4	16

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 장소, 주제, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 주제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(3) 방법

조기발견사업을 위해 집단스크리닝, 일대일대면평가, 일대일전화평가, 온라인검진, 사례회의, 교육, 홍보와 같은 방법을 활용하고 있었으며, 이 중 23개(92%) 기관에서 집단스크리닝을, 20개(80%) 기관에서 일대일대면평가를 가장 많이 활용하고 있는 것으로 나타났다.

표36 | 우울 및 자살예방영역 조기발견사업 방법

조기발견사업 방법	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
일대일 대면평가	20	80
일대일 전화평가	3	12
집단스크리닝	23	92
온라인검진	1	4
사례회의	1	4
교육	1	4
홍보	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 조기발견사업의 장소, 주제, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

3) 증진사업

예방사업 또는 조기발견사업을 통해 고위험인구를 발굴하는 비율은 평균 22%(SD=20.557)로 소아청소년, 알코올중독 영역에 비해 가장 높게 나타났다. 고위험인구의뢰경로는 대상에 따라 다소 차이가 있었는데, 여성일 경우 본인 또는 가족과 공공기관에서, 성인일 경우 본인 또는 가족과 공공기관, 노인일 경우 공공기관에서 의뢰되는 비율이 높게 나타났다.

표37 | 우울 및 자살예방영역 고위험인구 의뢰경로

	순위	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위
여성	내용	본인 또는 가족	주민센터, 구청	경찰, 소방	산후조리원	의료기관	보건소	관련기관
	가중치부여 점수	155	144	120	111	109	44	31
성인	내용	본인 또는 가족	경찰, 소방	직장	주민센터, 구청	의료기관	보건소	관련기관
	가중치부여 점수	184	127	112	96	89	64	53
노인	내용	경찰, 소방	주민센터, 구청	치매지원센터	본인 또는 가족	관련기관	의료기관	보건소
	가중치부여 점수	154	146	119	116	107	55	36

Q. 고위험인구가 귀 기관으로 의뢰되는 경로입니다. 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 표기해주시시오

(1) 타겟 문제

우울 및 자살영역 증진사업의 문제 유형은 우울증, 출산전후우울증, 자살, 우울 및 자살, PTSD로 나타났다으며, 이 중 20개(80%) 기관에서 우울증, 15개(60%) 기관에서 자살을 주 문제로 증진사업을 수행하고 있었다.

표38 | 우울 및 자살예방영역 증진사업 문제유형

증진사업 문제유형	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
우울증	20	80
산전후우울증	3	12
자살	15	60
우울 및 자살	5	20
PTSD	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 문제만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(2) 대상

증진사업의 대상은 소아청소년, 성인, 여성, 노인, 유가족, 기타로 나타났으며, 이 중 20개(80%)기관에서 성인을 대상으로, 19개(76%) 기관에서 여성과 노인을 대상으로 사업을 수행하고 있었다.

표39 | 우울 및 자살예방영역 증진사업 대상

증진사업 대상	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
소아청소년	1	4
성인	20	80
여성	19	76
노인	19	76
유가족	1	4
기타	3	12

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 대상만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(3) 방법

증진사업은 교육, 프로그램, 사례관리, 상담, 위험성평가, 보건소 연계, 복지기관 연계, 의료기관 연계, 학교 연계와 같은 방법을 활용하고 있었으며, 이 중 사례관리를 20개(80%)기관에서, 의료기관 연계를 18개(72%) 기관에서 가장 많이 활용하고 있었다.

수행방법의 주체를 내부 및 외부(연계 등을 통한 외부서비스 이용)로 분류해보자면, 내부서비스의 경우 여성 53.5%, 성인 54.1%, 노인 49.6%로 노인을 제외하고는 내부서비스의 비중이 높게 나타났다.

표40 | 우울 및 자살예방영역 증진사업 방법

증진사업 방법	센터 수(n)	25개 센터 대비 수행비율(%)
교육	3	12
프로그램	15	60
사례관리	20	80
상담	2	8
위험성평가	1	4
보건소 연계	3	12
복지기관 연계	9	36
의료기관 연계	18	72
학교 연계	1	4
법률자원 연결	1	4

Q. 귀 기관에서 수행하는 증진사업의 문제, 대상, 방법에 따라 사례를 모두 작성해주시기 바랍니다. (작성된 결과에서 방법만 추출하여 기관에 따른 수행비율을 분석함)

(4) 서비스 유입이 되지 않는 이유

기관 서비스로의 유입 실패 이유로 대상자 및 부모 거부가 1순위로 나타났으며, 기관 내 양적 질적 프로그램 부족, 연계기관의 다양성 부족 순으로 거부 이유가 나타났다.

표41 | 기관 서비스 유입되지 않는 이유

단위 : 순위, 가중치부여점수

내용	연계기관의 수 부족	연계기관의 다양성 부족	센터 프로그램 양적 부족	센터 프로그램 다양성 부족	센터 직원 전문성 부족	대상자나 부모 거부
여성	5 (71)	3 (98)	2 (116)	4 (91)	6 (34)	1 (127)
성인	5 (78)	4 (89)	2 (126)	3 (115)	6 (36)	1 (148)
노인	5 (75)	4 (79)	2 (125)	3 (107)	6 (35)	1 (131)

Q. 기관 서비스로의 유입비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지 우선순위에 따라 표기해주시기 바랍니다.

결론적으로 공공서비스 영역인 정신건강증진센터는 자살 예방과 증재를 위한 다양한 사업을 수행하고 있음을 알 수 있다. 자살은 다른 질환과 달리 예방만이 유일한 대안이기 때문에 예방사업에 투입하는 시간과 비용이 높게 나타났다.

우울증에 대한 긍정적 정보 제공, 조기발견 및 조기개입을 위한 교사, 주민센터·구청, 경찰·소방, 고위험군을 접하는 기관 등 다방면의 기관과 협업하는 특징을 보였다. 또한 미국, 아일랜드와 같이 서울시의 정신건강증진센터에서는 일반인구와 고위험인구를 구분하여 자살예방사업을 수행하고 있음을 알 수 있었다. 일반인구를 대상으로 주로 자살문제에 대한 인식개선과 게이트키퍼로서 역할을 하도록 하고 있으며, 고위험인구를 대상으로 조기발견과 조기개입을 하고 사례관리와 타 기관 연계 등을 제공하고 있었다.

구체적으로 살펴보면, 예방사업은 노인 및 산전후 여성, 지역주민을 대상으로 사업을 수행하는 기관이 많았으며, 질환 예방 및 게이트키퍼 양성을 주제로 교육 및 홍보를 하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 산전후 여성에 대한 개입은 영국에서 그 근거를 찾을 수 있다. 영국에서는 여성의 10-15%정도가 산전후 우울증으로 고통 받고 있을 것이라고 추정하고 방문간호사를 활용한 예방사업을 시행하였다. 이후 우울증 산모의 수가 32% 감소되었음이 보고되었다(Cox JL, Murray D, Chapman G, 1993; European Communities, 2008).

조기발견사업은 공공기관과 유관기관, 노인관련기관을 주 장소로 우울증과 자살예방을 위해 집단 스크리닝과 일대일대면평가를 통해 조기발견 및 조기개입을 하고 있었다. 자살의 경고징후를 보이는 사람들을 확인하여 조기에 개입하는 것이 무엇보다 중요하다. 예방 및 조기발견사업을 통해 고위험군 발률은 평균 22%로 다른 영역에 비해 높게 나타났다. 이는 지역주민, 공공기관, 경찰/소방, 고위험군을 접하는 기관에서의 사업수행은 효과적이라 보여진다.

더불어 WHO를 비롯한 국외에서는 우울 및 자살은 다른 신체질환에서도 나타날 수 있는 문제로 보고 일반 의료진을 대상으로 교육을 실시하고 있다. 예를 들어 스웨덴에서는 예방 및 치료에 대한 교육을 하기 전 전체 자살 중 우울증으로 인한 자살이 42%로 나타났다. 하지만 프로그램을 실시한 후 2.5년 동안 전체 자살 중 우울증으로 인한 자살이 12% 감소하였으며, 교육 후 9.5년 동안에는 16%가 감소하였다(Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H, 1995; European Communities, 2008). 이에 산부인과를 포함한 다른 의료진에 대한 접근도 예방 및 조기발견을 위해 제안해 보고자 한다.

## 제 4장 요약

여러 선진국과 마찬가지로 우리나라도 정신건강에 대한 관심이 확대되고 있다. 자살사망률을 비롯해 우울, 불안, 음주 등 여러 부분에서 국민의 정신건강수준이 취약하다는 사실이 드러나고 있으며, 질병부담 중 상위에 정신건강문제들이 포함되며 시급한 대책마련이 필요하다는 것에 기인할 것이다.

선행연구를 살펴보면, 학생, 노인, 군인 등과 같은 특정집단을 대상으로 한 정신건강증진 프로그램 개발 및 효과성 검증에 대한 연구는 있으나 지역사회 기반의 공공 정신건강증진사업에 대한 실태 및 효과성 연구는 미흡한 실정이다. 이에 2012년 서울시 25개구 정신건강증진센터를 대상으로 소아청소년, 알코올중독예방, 우울 및 자살예방영역으로 나누어 정신건강증진사업 실태조사를 시행하였다.

요약해보면, 소아청소년 정신건강증진사업의 경우 사업별 평균예산은 증진사업의 비중이 높게 나타났다, 예방사업은 부모와 중학생, 교사를 대상으로 하고 있었다. 주로 학교 및 소아청소년 관련기관에서 조기발견 및 조기개입이 이루어지고 있었으며, 정서 및 행동장애 문제를 가진 아동에게 사례관리와 기관연계 등의 증진사업을 수행하고 있었다.

알코올중독예방 및 증진사업의 경우 사업별 평균예산은 소아청소년영역과 동일하게 증진사업 예산의 비중이 가장 높게 나타났다. 예방사업은 지역주민을 주 대상으로 하고 있었으며, 공공기관 및 지역자활센터에서 조기발견 및 조기개입을 하며 지속적 음주문제를 가진 대상에게 사례관리와 기관연계 등의 증진사업을 수행하고 있었다.

우울 및 자살예방사업은 소아청소년 및 알코올중독 영역과 달리 사업별 평균예산의 비중이 예방사업에서 높게 나타났다. 노인과 성인남성, 여성을 대상으로 예방사업을 하는 기관이 많았으며, 공공기관 및 노인기관에서 조기발견 및 조기개입을 수행하고 이를 통해 우울증의 문제를 가진 대상에게 증진사업을 진행하고 있었다.

표42 | 정신건강증진사업 영역별 사업유형 특성 비교

	소아청소년	알코올중독	우울 및 자살
평균예산 비중	증진>예방>조기발견	증진>예방>조기발견	예방>증진>조기발견
예방사업 주 대상	부모>중학생>교사	지역주민>성인>공공기관실무자	노인>성인(남성)>여성
조기발견사업 주 장소	학교 및 소아청소년 관련기관	공공기관 및 지역자활센터	유관기관 및 공공기관
증진사업 주 문제유형	행동 및 정서장애	지속적 음주	우울증



## 제 5 장 결론

“우리는 정신건강증진사업을 수행하고 있다”라는 말은 어느 정신보건센터에서도 할 수 있는 말이고 또한 참이기도 하다. 국가정신보건대책에서는 정신보건센터에서의 정신건강증진사업의 비중을 높이려 하고 있고, 방향성을 다잡는다는 의미로 센터의 명칭을 정신보건센터에서 정신건강증진센터로 변경할것을 권고하고있다. 그러나, ‘정신건강증진’이라는 단어는 너무나 포괄적 의미를 가지고 있으며, 중증정신질환자에 대한 사례관리서비스와는 달리, 각 지역에서 벌어지고 있는 정신건강증진사업은 제각각의 모습으로 가지각색의 방법론을 취하고 있다. 제한된 인력과 예산으로 각자 할 수 있는 선에서 할 수 있는 방법론을 채택하고 있는 경우가 많다고 생각된다. 그러나, 정신건강에 대한 개인과 사회의 가치 ‘value’를 높이는 일은 결코 만만한 일이 아니다.

서울시의 지역정신보건센터에서 수행하고 있는 소아청소년 사업의 예를 들어보자. 2011년 기준 평균 2명의 전담인력이 소아청소년 중 정신질환으로 이환되어 있을 것으로 추정되는 약 12%의 대상군 중 약 23%에 대하여 1번 또는 2번의 대면평가 및 상담서비스를 제공하는 것으로 나타나고 있다. 전체 아동청소년이 아닌 유병인구 중 23%이며, 지속적 사례관리서비스가 아닌 1-2회의 대면평가 및 상담서비스는 그 자체로 의미가 있는 것이긴 하지만, 결코 그 지역의 소아청소년 정신건강증진을 포괄적으로 대표하고 있다고 이야기하긴 어려운 상황이다. 대면평가와 상담이 아닌, 집단 프로그램의 제공도 일부 이루어지고 있고 스크리닝, 교사와 부모를 대상으로 하는 집단 교육, 학교를 대상으로 하는 교육 및 행사 등의 사업 역시 전개되고 있으나, 예산과 인력 수준을 감안하여 가능한 수준에서 실행하고 있는 수준이다. 동시에 교육과학기술부, 교육청, 학교 및 위센터 등으로부터 요구되어지는 사업, 대상자 평가 및 치료연계 등이 ‘무계획적’으로 진행되어지고 있는 상황에서 정신보건센터에서 수행해야 하는 정신건강증진사업의 책임역할을 규정하기는 쉽지 않으며, 이는 우울 및 자살예방사업 등 다른 영역의 정신건강증진사업에도 동일하게 적용될 수 있을 것이다.

지역사회 정신건강증진을 위해서 정신보건센터는 어떤 역할을 어느 정도의 범위로 어떤 수행방식으로 해나가야 할 것인지, 정신건강증진을 위한 지역책임성을 담보하기 위해서 정부는 얼마만큼의 투자를 해야 할 것인지를 결정하기 위해서는 정신건강증진사업의 원형 'prototype'의 설정이 필요하다.

사례관리서비스에 비해서 고유의 특성을 반영하고 있는 원형을 정의하기가 상대적으로 어려운 관계로 본 연구과제를 통해서 서울시 지역 정신보건센터에서 수행되어지고 있는 증진사업의 내용을 ‘예방’, ‘조기발견’ 그리고 협의의 ‘증진’의 개념으로 재구성하려 하였고, 이를 기반으로 다른 영역의 정책과 서비스를 감안하여 정책적 합의를 도출함으로써 정신보건센터 고유의 정신건강증진사업 원형을 정의하는데 기초자료로 활용하고자 하였다. 그리고 이는 향후 지역의 서비스 미충족 욕구를 최소화하기 위한 정부투자의 필요량을 결정하는데 근거로 활용될 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강은정(2007). 한국 아동 정신건강 현황과 정책과제. 보건복지포럼. 128. 60-72
- 김명희 · 김분한 · 전혜원(2004). 한국 여성의 우울관리. 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램 개발. 젠더와 사회. 2:241-263
- 김순엽(2005). 현실요법을 적용한 교사 정신건강 증진 프로그램 개발 및 효과검증. 계명대학교박사학위논문.
- 김윤형(2007). 알코올중독자 치료를 위한 가족교육의 중요성에 대한 연구. 웨스트민스터신학대학원대학교 석사학위논문.
- 김정현 · 김병수(2010). 직장인의 정신건강증진을 위한 시스템 구축. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서. 2010(10). 1-487
- 김효진 · 조수철 · 김재원 · 강제욱 · 신민섭 · 김효원 · 김봉년(2009). 소아 청소년 정신건강 선별검사 및 치료 연계 효율성에 대한 연구. 소아 · 청소년정신의학. 20(3). 129-139
- 민성길 외(2000). 제4개정판 최신정신의학. 일조각.
- 박일홍(2009) 낙관성 훈련 프로그램이 초등학생의 낙관성 및 정신건강 증진에 미치는 효과. 계명대학교 교육대학원석사학위논문.
- 박형민(2011). 우리나라 자살예방 대책의 현황. 한국형사정책연구원.
- 반건호(2010). 근거기반의 학교기반정신건강증진 공동체모델 시범적용. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서. 2010(10). 1-159
- 보건복지가족부(2010). 정신보건사업안내.
- 보건복지가족부(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009-2013)
- 보건복지가족부 · 한국자살예방협회(2009). 자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축방안.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020)
- 보건복지부(2012). 정신건강증진 종합대책안 언론배포자료.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2012). 2008-2011 지역건강통계 한눈에 보기. 56
- 보건복지부 · 질병관리본부(2012). 제7차(2011년) 청소년건강행태온라인조사 통계. 160-163.
- 보건복지부 · 서울대학교 의과대학(2012) 2011 정신질환실태 역학조사.
- 서울특별시 · 서울시정신보건사업지원단 (2004) 서울정신건강2020.
- 서미경 · 최은진 · 신윤정 · 김동진 · 송현중 · 손애리 · 임희진(2006). 건강증진정책 평가 및 실천방향. 한국보건사회연구원
- 안정훈 · 한창수 · 우종민 · 김경미(2012). 국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구. 한국보건의료연구원. 6.
- 연세대학교(2003). 청소년기 정서장애의 조기발견 및 정신건강 서비스 연결체계 모형개발. 연세대학교.

- 오경자 · 송동호 · 하은혜(2004). 청소년기 정서장애 조기발견 및 정신건강서비스 연결체계 모형개발. 건강증진기금 연구사업 보고서.
- 우정희(2012). 군 정신건강증진 프로그램 개발 및 효과. 연세대학교 박사학위논문.
- 우종민 · 백종우(2004). 통합적 직장 정신건강 증진 프로그램 개발. 인제대학교; 건강증진기금사업지원단. 11-14.
- 우종민 · 백종우 · 이주영(2010). 정신건강증진의 개념과 발전방향. 신경정신의학. 49(2): 163-170
- 우종민(2011). 정신건강 예방관리를 위한 현황 진단과 정책 제언.
- 원시연 · 국회입법조사처(2011). 자살예방대책의 문제점과 개선과제. 서울: 국회입법조사처.
- 이수진(2012). 사회복지시설현장에서 정신건강 증진을 위한 긍정적 정신건강의 고찰. 21세기사회복지연구. 9(2). 133-151
- 이익섭 · 최정아(2008). 청소년의 집단괴롭힘 피해경험과 학교부적응 간의 경로 분석: 우울 및 공격성을 중심으로. 청소년시설환경. 6(1). 47-58.
- 이종숙(2004). 알코올중독자의 의미 있는 가족원을 위한 대처기술향상 프로그램 개발과 효과에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원박사학위논문.
- 이명수 · 김동현 · 김정진 · 김희주 · 남윤영(2008). 제2차 국가자살예방 5개년 기본계획. 중앙정신보건사업지원단. 자살예방계획수립 TF.
- 이해국 · 박애란 · 이보혜 · 이수비(2011). 음주폐해감소를 위한 국가전략 2020. 알코올사업지원단. 가톨릭대학교 산학협력단.
- 임영남(2009). 직장인 음주문제 예방을 위한 프로그램 개발. 한국정신보건사회복지학회 추계학술대회.
- 장수미(2001). 알코올중독자 가족의 가족적응유연성 증진을 위한 개입모형 개발. 정신보건과 사회사업. 11(-). 53-77
- 정재천(2007). 알코올중독에 대한 가족의 인식도에 관한 연구. 대구대학교대학원 석사학위논문. The Degree of Recognition for the Alcoholism of the Alcoholics' Family Members.
- 제갈정 · 이수미(2008). 음주 예방 정책 및 프로그램 연구. 고양: 한국음주문화연구센터.
- 최은진 · 김미숙 · 김지은 · 박정연(2011). 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 최인재 · 모상현 · 강지현 · 김윤희 · 이재연(2011). 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I : 총괄보고서. 한국청소년개발원 연구보고서. 2011(-). 3-10
- 통계청(2012). 사망원인통계. [www.://kostat.go.kr/](http://www.kostat.go.kr/)
- 최진일(2012). 통합적 노인 건강증진프로그램의 효과성 연구. 법정리뷰. 29(1). 95-117
- 홍종관(2003). 이혼가정 아동의 정신건강 증진을 위한 독서치료 프로그램 개발. 초등교육연구논총. 19(2). 345-365
- 황정우 · 이영옥 · 전은주 · 심유화 · 권창호(2011). 군민협력 정신건강증진 프로그램 개발을 위한 기초연구. 한국군사회복지학. 4(2). 99-125
- Adi et al.(2007) Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. London: NICE

- Babor T et al.(2010b). Drug policy and the public good. New York, NY, Oxford University Press.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta, L.(1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 38, pp. 1497-1505
- Brent, D. A., Kalas R., & Edelbrock.(1986). Psychopathology and its Relationship to suicidal Ideation in Childhood and Adolescent. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 25, pp. 666-673
- Craig, W. M.(1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. Personality and Individual Differences. 24. 123-130
- Cox JL, Murray D, Chapman G(1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 163:27-31
- Department of Health, Social Services and Public Safety(2003). PROMOTING MENTAL HEALTH; Strategy & Action Plan 2003-2008
- Department of Health(2010b). New Horizons: Confident Communities, Brighter Futures.
- European Communities(2008) PREVENTION OF DEPRESSION AND SUICIDE; CONSENSUS PAPER.
- EC Harris, B Barraclough(1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. British journal of psychiatry. 170:205-228
- Emener, W. G., Hutchison, W. S., & Richard, M. A.(Eds.). Ceridian. A national employee assistance program: The Ceridian experience. Springfield, IL: Charles C. Thomas.; 2003. p 64-77
- Friedli, L., & Parsonage, M.(2009). Promoting mental health and preventing mental illness: The economic case for investment in Wales. The All Wales Mental Health Promotion Network, Cardiff.
- Greening, L., & Stoppelbein, L.(2002). Religiosity, attributional style and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents' perceived risk for suicide. Suicide & Life-Threatening Behavior, Vol. 32 No. 4, pp. 404-417
- Masako M.(2002). The role of perceived family dysfunction in the occurrence and severity of adolescent suicidality among urban ethnic minority psychiatric outpatients. Unpublished Doctoral dissertation, University of Columbia.
- Murray & Lopez(1996), The Global Burden of Disease, Harvard University Press.
- Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1498-1504
- NICE(2008) Social and emotional wellbeing in primary education. NICE public health guidance 12 <http://www.nice.org.uk/PH12>
- NICE(2009a) Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education London: NICE Public Health Guidance 20

- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H.(1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. Journal of Affective Disorders 35:147-52
- Szanto K, Kalmar S, Hendin H et al.(2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. Arch Gen Psychiatry 64(8): 914-20
- Shatkin, JP, Belfer ML(2004). The global absence of a child and adolescent mental health policy. Child and Adolescent Mental Health, 9:104-108
- Slee, P.T.(1995). Peer victimization and its relationship to depression among Australian primary school students. Personality and Individual Differences, 18, 57-62
- Wells, N.M.(2000) At Home with Nature: Effects of 'reenness'on Children' Cognitive Functioning Environment and Behavior. Vol. 32, No. 6, 775-795
- White, J. L.(1989). The Troubled Adolescent. New York: Pergamon Press.
- WHO(1998). Health promotion glossary. Geneva:World Health Organization. 1-2
- WHO(2001). Strengthening mental health promotion. Geneva:World Health Organization(Fact sheet, No.220). 1
- WHO(2004). Prevention of Mental Disorders; EFFECTIVEINTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS.
- WHO(2005). CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH POLICIES AND PLANS.
- WHO(2005). Promoting Mental Health; concepts, emerging evidence, practice. Geneva:World Health Organization.
- WHO(2007) "Regional Strategy To Reduce Alcohol-Related Harm"
- WHO(2010). Global status report on alcohol and health.
- WHO(2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol mental health promotion Health Canada (ed.), 1997
- WHO(2012). ADOLESCENT MENTAL HEALTH.
- WHO(2012). PUBLIC HEALTH ACTION FOR THE PREVENTION OF SUICIDE.
- WHO(2013). Draft comprehensive mental health action plan 2013 -2020
- 세계보건기구 홈페이지 [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- 일본 후생노동성 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 일본 정신건강종합사이트 <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/>

### 〈보도자료〉

- 국민건강보험공단 보도자료. "마음의 감기 우울증 환자. 70대 여성 가장 많아. 20130304.
- 건강보험심사평가원 보도자료 알코올사용장애 환자, 퇴원 후 단주유지를 위한 외래관리가 중요 2013.
- 고신정. "자살문제 해결 위해 일차의료 역할 확대해야". 의협신문. 20130408.

2012  
SEOUL  
MENTAL  
HEALTH  
CENTER

부록

서울시 지역 정신건강증진센터  
정신건강증진사업 실태조사 설문지



안녕하십니까? 서울시정신보건센터 연구지원팀입니다.

점차 정신건강에 대한 관심과 수요가 늘어나면서, 지역사회에서도 중증정신질환자 뿐 아니라 지역주민을 대상으로 하는 정신건강 증진사업이 활발하게 이루어지고 있습니다. 특히 정신보건센터는 그러한 역할을 일선에서 수행하는 대표적인 기관으로 현재 서울시 모든 구에서 정신건강증진사업이 진행되고 있습니다.

정신보건센터는 예산과 인력 등 자원이 한정적임에도 불구하고, 지역주민 전체를 대상으로 하는 다양한 사업을 진행할 수밖에 없는 현실입니다. 다양한 대상 중 누구에게 서비스를 제공하는 것이 가장 최우선인지 재점검이 필요한 시기이며, 그동안 진행한 사업에 대한 효과적인 측면을 검증할 필요성 또한 제기되고 있습니다.

본 설문은 서울시 정신건강증진사업 현황을 알아보려는 취지에서 시작되었습니다. 현황조사를 통해 정책 대안의 초석이 될 수 있는 근거를 마련하고, 센터에서 진행하고 있는 증진사업의 효과성을 알아보려 합니다. 더 나아가 정신건강증진사업의 모델을 제시하고, 지역정신보건센터에서 수행해야 할 정신건강증진사업 업무수준과 성격을 제시하여 효과성 및 공공성을 확대하고자 합니다.

본 설문 작성을 위해 조사 범위와 목적에 맞게 몇 가지 개념을 구체적으로 정의하였습니다. introduction의 개념을 숙지하신 후에 설문에 임해주시면 감사하겠습니다.

효과적인 연구 자료가 될 수 있도록 각 문항을 주의 깊게 읽어보시고, 솔직하게 응답하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

평소 느끼고 수행하신 그대로를 답변해주시면 됩니다. 본 설문지를 통해 수집된 개인 정보나 답변 내용은 본 연구를 위한 자료로만 사용되며, 수집된 자료는 익명으로 처리될 것이며 비밀 보장을 원칙으로 하겠습니다.

작성하신 설문지는 함께 동봉한 반송봉투를 활용하시어 5월 21일까지 보내주시기 바랍니다.

바쁘신 가운데 본 연구를 위하여 질문에 응답해주신 선생님들께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

2012년 5월

서울시정신보건센터 연구지원팀



## 일반적 특성

다음은 귀하의 일반적 특성에 관한 질문입니다. 해당되는 내용에 ✓ 또는 숫자로 표기해 주십시오.

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

① 남    ② 여

2. 귀하의 연령대에 ✓ 표시를 해 주십시오.

① 20대    ② 30대    ③ 40대    ④ 50대

3. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

① 전문대 졸업    ② 대학교 졸업    ③ 대학원 재학    ④ 대학원 졸업

4. 귀하의 정신보건 총 경력은 어느 정도입니까?

만        년        개월

5. 정신보건센터에서의 경력은 어느 정도입니까?

만        년        개월

6. 귀하의 직종은 무엇입니까?

① 정신보건사회복지사    ② 정신보건간호사    ③ 정신보건임상심리사

## introduction

### (1) 정신건강증진 (Mental health promotion)

최근 정신건강의 개념은 긍정적이고 적극적인 의미를 포함하여 포괄적으로 변하고 있습니다. WHO(세계보건기구)는 정신건강을 다음과 같이 정의하였습니다.

“사회경제적 요소와 환경적 요소에 의해 결정되고, 정신질환이 없는 상태 이상의 것... 개인 각자가 자신의 능력을 깨닫고, 삶에서 발생하는 정상적 범위의 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일을 하여 결실을 맺을 수 있고, 개인이 속한 사회에 기여할 수 있는 안녕의 상태”(WHO 2001a, p.1)

많은 연구를 통해서 '정신건강'은, 행복감과 같은 긍정적 감정, 자아존중감과 통솔력과 같은 심리학적 자원을 포함하는 개인적 특성, 그리고 역경에 대처할 수 있는 능력인 회복력과 같이 다양하게 개념화되고 있습니다.

WHO는 정신건강증진에 대해서도 질병의 관리를 넘어 좀 더 포괄적인 관점에서 정의하였습니다.

“적극적인 관점에서 행복을 포함한 긍정적 정서 상태를 함양하고 질병을 예방하며 회복력을 증진하는 것”

### (2) 정신건강증진사업

긍정적이고 적극적인 정신건강의 개념이 확산되는 것을 계기로, 선진국의 정신보건사업에 많은 변화가 나타났습니다. 정신질환자의 관리와 재활 위주였던 기존의 사업과 함께 가족, 학교, 직장, 지역사회 등 다양한 공간에서 정신건강의 위험요인을 줄이기 위한 적극적인 개입을 하고 있습니다.

삶의 다양한 영역에서의 잘 구성된 개입은 보다 나은 정신건강에 기여하고 있으며, 이미 선진국의 연구를 통해 훌륭한 정신건강증진 프로그램과 정책들의 효과가 검증되었습니다.

〈정신건강증진사업〉은 다양한 영역에서, 그리고 모든 사람을 대상으로 시행될 수 있습니다. 그러나 본 설문에서는 사업 대상은 중증정신질환자를 제외한 지역주민으로, 사업의 주체는 서울시 25개 지역정신보건센터라고 한정하였습니다. 즉, 본 설문에서 연구하고자 하는 〈정신건강증진사업〉을 다음과 같이 재정의 하였습니다.

“중증의 정신질환자를 제외한 지역주민을 대상으로, 정신건강을 향상시키기 위해 정신보건센터에서 수행하는 모든 서비스”  
이를 그림으로 나타내면 다음 (그림1)과 같습니다.

그림1 | 정신건강증진사업 체계도

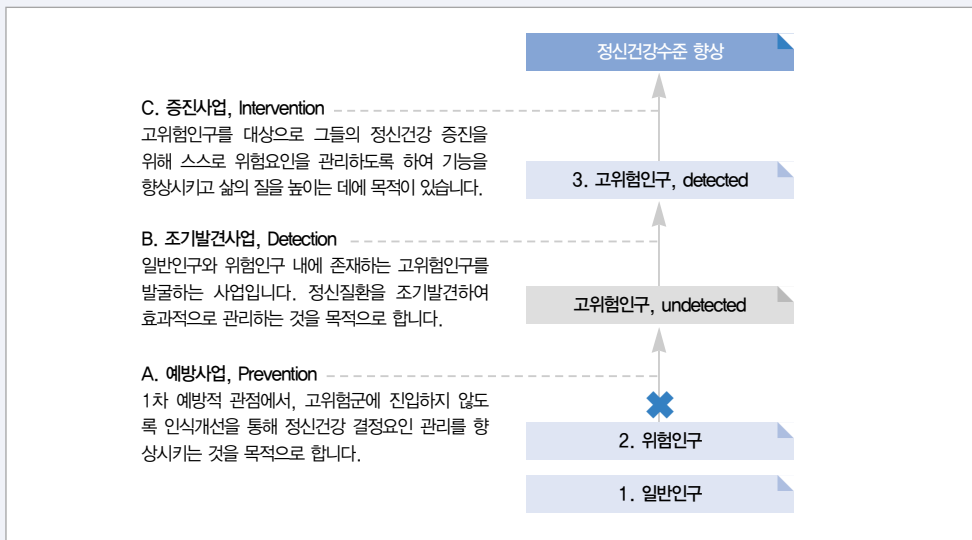


사업의 개입 시점과 특성에 따라 설문을 세분화 하는 과정에서, “증진”의 협의적 개념을 사용하였습니다. <정신건강 증진사업> 중에 고위험군을 대상으로 정신건강 위험요인을 관리하여 삶의 질을 높이는 목적을 가진 사업을 “협의의 증진사업”이라고 정의하였습니다.

### (3)개입시점 및 목적에 따른 분류

<정신건강증진사업>은 또한 개입시점 및 목적에 따라 (그림2)와 같이 정리할 수 있습니다.

그림2 | 개입시점 및 목적에 따른 분류



### (4)대상군 분류

사업의 효과를 높이고 개개인에게 적합한 서비스를 제공하기 위해 대상자를 분류하여 전략적인 개입을 하는 것은 이미 일반화 되어 있습니다.

(일반인구)는 지역주민, 학생 등으로 보편적인 개입을 합니다.

(위험인구)는 정신건강과 관련된 위험요인을 갖고 있는 사람으로, 편부모, 이혼가정, 저소득층, 독거노인, 정신질환 가족력이 있는 사람 등이 있으며, 이 집단에는 선별적 개입이 진행될 수 있습니다.

(고위험인구)는 일반인구나 위험인구 중에서 임상적 증상을 경미하게 보이기 시작하는 대상으로, 예를 들어 선별검사에서 경계 이상으로 나온 경우를 고위험인구로 분류하고 있습니다.

표1 | 대상군 분류

분류	개입 수준	대상
일반인구	보편적 개입	지역주민, 학생
위험인구	선별적 개입	정신건강과 관련된 위험요인을 갖고 있는 사람 편부모, 이혼가정, 저소득층, 독거노인, 가족력이 있는 사람 등
고위험인구	지시적 개입	임상적 증상을 경미하게 보이기 시작하는 대상자

본 설문은 2011년도를 기준으로 귀 정신보건센터에서 수행한 [정신건강증진사업]의 전반적인 현황에 대해 작성해주시면 됩니다.

## I 상황과 문제진단 (1-6)

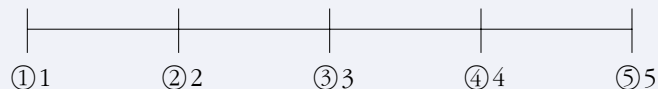
1. <정신건강증진사업> 기획을 위해 매년 필수적으로 조사하는 항목은 무엇입니까? (중복선택 가능)

- ① 지역사회 특성
- ② 대상자 요구도 파악
- ③ 전문가 요구도 파악
- ④ 문헌고찰
- ⑤ 기타 \_\_\_\_\_
- ⑥ 시행하지 않는다

2. 조사하지 않고 있다면, 그 이유는 무엇입니까?

- ① 예전 자료로 충분하기 때문에
- ② 연구조사에 투입할 인력이나 시간이 부족하기 때문에
- ③ 기존사업을 그대로 유지하여 조사할 필요가 없기 때문에
- ④ 다른 연구조사로 충분하기 때문에 (1번 문항의 보기)
- ⑤ 기타 \_\_\_\_\_

3. 귀 센터에서 시행한 조사연구(지역사회 진단, 요구도 파악, 문헌고찰 등)가 실제 사업 계획에 어느 정도 반영되었습니까? ('전부 반영되었다'를 1로, '전혀 반영되지 않았다'를 5로 함)



4. <정신건강증진사업> 기획에 영향을 주는 요인의 중요도를 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시요.

- ① ( ) 지역사회 특성
- ② ( ) 대상자 요구도 파악
- ③ ( ) 전문가 요구도 파악
- ④ ( ) 문헌고찰
- ⑤ ( ) 보건소의 지시나 전달
- ⑥ ( ) 이슈에 따른 관련 과로부터의 전달사항
- ⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

5. 효과적인 <정신건강증진사업> 수행을 위한 근거를 마련하였습니까?

- ① 예 (6번으로 가시오)  
② 아니요 (7번으로 가시오)

6. 근거를 마련하였다면, 어떤 근거를 마련하였습니까?

- ① 해당 사업에 대한 문헌 탐색을 통해 이론적 배경을 구축하였다  
② 타 지역의 사례를 참고하였다  
③ 관련 전문가의 의견을 들었다  
④ 대상자의 요구도 파악을 하였다  
⑤ 지역의 특성을 고려하였다  
⑥ 기타 \_\_\_\_\_

## II 서비스 제공 인력 (7-11)

7. 귀 정신보건센터에 세부사업별로 각각 전담인력이 확보되어 있습니까? (아래 표에 ✓ 또는 숫자로 표기해 주십시오)  
전담인력이 확보되었다면, 인원은 몇 명입니까? 전담인력을 FTE 기준으로 계산하면 몇 명입니까?

사업구분	소아청소년	알코올	우울 및 자살예방	기타
7-1) 전담인력 확보여부	<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니요
7-2) 전담인력	_____명	_____명	_____명	_____명
7-3) FTE 기준 전담인력	_____명	_____명	_____명	_____명

8. 담당 사업에 대해 정기적인 교육이나 수퍼비전을 받습니까?

- ① 예 (9번으로 가시오)  
② 아니요 (12번으로 가시오)

9. 교육이나 수퍼비전을 받는다면, 평균적으로 몇 회입니까?

- ① 주 1회 이상    ② 월 1회 이상    ③ 3개월에 1회 이상    ④ 6개월에 1회 이상    ⑤ 연 1회 이상

10. 교육이나 수퍼비전의 강사는 주로 누구입니까?

- ① 센터장    ② 팀장    ③ 외부강사    ④ 기타 \_\_\_\_\_

11. 교육이나 수퍼비전은 어떤 형태로 진행됩니까?

- ① 1:1 교육    ② 강의    ③ 집담회    ④ 기타 \_\_\_\_\_

### III-1. 소아청소년 정신건강증진사업 (12-28)

12. <소아청소년증진사업>의 투입시간 전체를 100%로 놓았을 때, 다음 각 사업이 차지하는 비중을 %로 표기해 주십시오.

- ① 예방사업 \_\_\_\_\_ %  
 ② 조기발견사업 \_\_\_\_\_ %  
 ③ 증진사업 \_\_\_\_\_ %

13. <소아청소년증진사업> 각 사업의 예산은 얼마입니까? (만원 단위로 표기해 주십시오)

- ① 예방사업 \_\_\_\_\_ 원  
 ② 조기발견사업 \_\_\_\_\_ 원  
 ③ 증진사업 \_\_\_\_\_ 원

14. 귀 센터에서 <소아청소년증진사업> 수행 시, 어떤 대상에게 투입이 많은지 비중을 %로 표기해주십시오.

- ① 아동 대상 \_\_\_\_\_ %  
 ② 부모 대상 \_\_\_\_\_ %  
 ③ 교사 대상 \_\_\_\_\_ %  
 ④ 기타 \_\_\_\_\_ %



15. <소아청소년증진사업>에서 <예방사업>을 수행하였습니까?

- ① 예 (16번으로 가시오)  
 ② 아니요 (19번으로 가시오)

16. 아래 【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <예방사업>의 사례를 모두 써 주십시오.  
(한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

【보기】

항목	예
대상	영유아, 미취학아동, 초등학생, 중학생, 고등학생, 교사 및 학교관계자, 부모, 관련기관 등
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	상담, 교육, 집단프로그램, 홍보(책자, 대중매체, 캠페인 등), 행사 등

대상	내용	방법
"000을 대상으로	000 (서비스)를	000 방법으로 수행했다"
(예) 초등학생	인터넷 중독예방	교육
(예) 초등학생	도래 지킴이 프로그램(gate-keeper 비슷함)	집단프로그램
(예) 유치원 교사	ADHD 아동지도	홍보(책자 배포)
①		
②		
③		
④		
⑤		

17. 귀 센터에(일반인구)와(위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 <예방사업>이 있습니까?

- ① 예 (18번으로 가시오)  
② 아니요 (19번으로 가시오)

18. (위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 사업이 있다면, 적어주십시오.

대상	내용	방법
"위험인구 000을 대상으로	000 (서비스)를	000 방법으로 수행했다"
(예) 저소득층이 대다수인 지역아동센터 아동	정서행동관리	집단프로그램
①		
②		
③		
④		
⑤		



19.〈소아청소년증진사업〉에서 〈조기발견사업〉을 수행하였습니까?

- ① 예 (20번으로 가시오)
- ② 아니요 (21번으로 가시오)

20.아래 **【보기】**를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 〈조기발견사업〉의 사례를 모두 써 주십시오.  
(한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

[보기]

항목	예
장소 / 기관	지역아동센터, 복지관, 초등학교, 중학교, 고등학교, 유치원 등
주제	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
발견 방법	1:1 평가(대면, 전화), 온라인 평가, 집단 Screening

장소 / 기관	주제	발견 방법
“OOO에서	OOO 문제에 대해	OOO 방법으로 발견했다”
(예) 지역아동센터	ADHD	집단 Screening
(예) 고등학교	인터넷 중독	집단 Screening
(예) 지역아동센터	우울증	1:1 대면평가
①		
②		
③		
④		
⑤		

21.〈예방사업〉 또는 〈조기발견사업〉을 통해,〈고위험인구〉를 발굴하는비율은대략 어느 정도입니까?

$$\frac{\text{[고위험인구 발굴 수]}}{\text{[예방사업+조기발견사업 대상수]}} = \text{_____}\%$$





22. <소아청소년증진사업>에서 <증진사업>을 수행하고 있습니까?

- ① 예 (23으로 가시오)  
② 아니요 (29번으로 가시오)

23. (고위험인구)가 귀 센터로 의뢰되는 경로입니다. 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시시오. (해당되지 않는 보기는 X표 해주시시오)

- ① ( ) 학부모 (self-referral)  
② ( ) 교사 (학교)  
③ ( ) 지역 아동센터  
④ ( ) 복지관  
⑤ ( ) 의료기관  
⑥ ( ) 주민센터, 구청  
⑦ ( ) 보건소  
⑧ ( ) 기타

24. 아래【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <증진사업>의 사례를 모두 써 주십시오.  
(한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오)

【보기】

항목	예
문제 / 대상	영유아, 미취학아동, 초등학생, 중학생, 고등학생 등
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	1:1 사례관리, 집단프로그램, 복지기관 연계, 의료기관 연계(치료비 지원 포함) 등

문제 / 대상	내용	방법
"OOO문제를 가진 OOO에게	OOO 서비스를	OOO 방법으로 수행했다"
(예) 부적응 / 고등학생	정서관리	1:1 사례관리
(예) 충동조절어려움 / 고등학생	운동치료 프로그램	집단 프로그램
(예) 집중력장애 / 중학생	×	의료기관 연계
①		
②		
③		
④		
⑤		

25. <증진사업>에서 의료기관 연계 시, 치료비를 지원하는 대상자의 연 인원과 예산은 어느 정도 입니까?

(1) 년 \_\_\_\_\_명

(2) 1명당 \_\_\_\_\_원

26. 발굴된 (고위험인구)가 센터의 서비스로 유입되는 비율은 어느 정도입니까? \_\_\_\_\_ %

(센터의 서비스에는 사례관리, 집단프로그램, 복지기관연계, 의료기관연계 등 모두 포함됨)

27. 위 문항에서 센터 서비스로 유입 비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지, 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시시오.(해당되지 않는 보기는 X표 해주시시오.)

① ( ) 연계 기관의 수 부족

② ( ) 연계기관의 다양성 부족

③ ( ) 센터에서 제공할 수 있는 프로그램의 양적인 부족 (직원 부족)

④ ( ) 센터에서 제공 가능한 프로그램의 다양성 부족

⑤ ( ) 센터 직원의 전문성 부족

⑥ ( ) 대상자나 부모의 거부

⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

28. <증진사업>에서 제공되는 각각의 서비스비중은 어떠한지 %로 표기해 주십시오.

(1) 센터 내부 프로그램 (사례관리 포함) \_\_\_\_\_ %

(2) 아이존 연계 \_\_\_\_\_ %

(3) 의료기관 연계 \_\_\_\_\_ %

(4) 복지관 연계 \_\_\_\_\_ %

(5) 기타 \_\_\_\_\_ %

### III-2. 알코올중독예방 및 증진사업 (29-45)

29. <알코올중독관리사업>의 투입시간 전체를 100%로 놓았을 때, 다음 각 사업이 차지하는 비중을 %로 표기해 주십시오.

- (1) 예방사업 \_\_\_\_\_ %  
 (2) 조기발견사업 \_\_\_\_\_ %  
 (3) 증진사업 \_\_\_\_\_ %

30. <알코올중독관리사업> 각 세부사업의 예산은 얼마입니까? (만원 단위로 표기 해주십시오)

- (1) 예방사업 \_\_\_\_\_ 원  
 (2) 조기발견사업 \_\_\_\_\_ 원  
 (3) 증진사업 \_\_\_\_\_ 원

31. 귀 센터에서 <알코올중독관리사업>수행 시, 어떤 대상에게 투입이 많은지 비중을 %로 표기해주십시오.

- (1) 학생 \_\_\_\_\_ %  
 (2) 청년 \_\_\_\_\_ %  
 (3) 직장인 \_\_\_\_\_ %  
 (4) 여성 \_\_\_\_\_ %  
 (5) 가족 \_\_\_\_\_ %  
 (6) 기타 \_\_\_\_\_ %



32. <알코올중독관리사업>에서 <예방사업>을 수행하였습니까?

- ① 예 (33번으로 가시오)  
 ② 아니요 (36번으로 가시오)

33. 아래 【보기】기를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <예방사업>의 사례를 모두 써 주십시오. (한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

【보기】

항목	예
대상	지역주민, 직장인, 노숙자 등 취약계층, 주민센터 담당자 등
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	상담, 교육, 집단프로그램, 홍보(책자, 대중매체, 캠페인 등), 행사 등

대상	내용	방법
"000을 대상으로	000 서비스를	000 방법으로 수행했다"
(예) 지역주민	건강한 음주습관	홍보 (캠페인)
(예) 직장인	알코올에 대해 알기	홍보 (책자)
(예) 직장인	건강한 음주습관- 고위험 상황 피하기	교육
①		
②		
③		
④		
⑤		

34. 귀 센터에 (일반인구)와 (위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 <예방사업>이 있습니까?

- ① 예 (35번으로 가시오)  
② 아니요 (36번으로 가시오)

35. (위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 사업이 있다면, 적어주십시오.

대상	내용	방법
"위험인구 000을 대상으로	000 프로그램을	000 방법으로 수행했다"
(예) 알콜의존 가족력	알콜의존 이해하기	집단프로그램
(예) 알콜의존자 가족	공동의존	집단프로그램
(예) 저소득층	스트레스 관리	집단프로그램
①		
②		
③		
④		
⑤		



36. <알코올중독관리사업> 에서 <조기발견사업>을 수행하였습니까?

- ① 예 (37번으로 가시오)  
② 아니요 (38번으로 가시오)

37. 아래 【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <조기발견사업>의 사례를 구체적으로 모두 써 주십시오. (한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

【보기】

항목	예
장소 / 기관	보건소, 주민센터, 구청, 경찰, 119, 복지관, 자활센터, 노숙자 쉼터, 기타 등
문제 / 주제	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
발견방법	1:1 평가(대면, 전화), 온라인 평가, 집단screening

장소 / 기관	문제 / 주제	발견방법
"000기관에서"	000문제에 대해	000방법으로 수행했다"
(예) 보건소	알코올 의존	집단screening
(예) 복지관	알코올 의존	집단screening
(예) 노숙자 쉼터	알코올 의존	1:1 대면평가
①		
②		
③		
④		
⑤		

38. <예방사업, 또는 <조기발견사업>을 통해 (고위험인구)를 발굴하는 비율은 대략 어느 정도입니까?

$$\frac{\text{[고위험인구] 발굴 수}}{\text{[예방사업]+[조기발견사업] 대상수}} = \underline{\hspace{2cm}} \%$$



39. <알코올중독관리사업>에서 <증진사업>을 수행하였습니까?

- ① 예 (40번으로 가시오)
- ② 아니요 (46번으로 가시오)

40. [고위험인구]가 귀 센터로 “의뢰되는 경로”입니다. 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시요.

- ① ( ) 가족 또는 스스로 (self-referral)
- ② ( ) 일반시민(이웃 등)
- ③ ( ) 주민센터 구청
- ④ ( ) 보건소
- ⑤ ( ) 경찰, 소방
- ⑥ ( ) 사회복지시설
- ⑦ ( ) 정신보건 관련기관 (복지관, 상담센터 등)
- ⑧ ( ) 의료기관
- ⑨ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

41. 아래 【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <증진사업>의 사례를 모두 써 주십시오.  
(한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

【보기】

항목	예
문제 / 대상	직장인, 노숙자 등
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	1:1 사례관리, 집단프로그램, 복지기관 연계, 의료기관 연계(치료비 지원 포함) 등

문제 / 대상	내용	방법
"000문제를 가진 000에게	000서비스를	000방법으로 수행했다"
(예) 지속적 음주 / 직장인	관계 향상	집단프로그램
(예) 음주 후 폭력 / 직장인	×	치료가관 연계
(예) 지속적 음주 / 노숙자	알코올12단계	집단프로그램
①		
②		
③		
④		
⑤		

42. <증진사업>에서 의료기관 연계 시, 치료비를 지원하는 대상자의 연 인원과 예산은 어느 정도입니까?

(1) 년 \_\_\_\_\_명

(2) 1명당 \_\_\_\_\_원

43. 발굴된 (고위험인구)가 센터의 서비스로 유입되는 비율은 어느 정도입니까? \_\_\_\_\_%

(센터의 서비스에는 사례관리, 집단프로그램, 타기관 연계, 치료비 지원 등 모두 포함됨)

44. 위 문항에서 센터 서비스로 유입 비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지, 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시시오.(해당되지 않는 문항은 X표 해주시시오.)

- ① ( ) 연계 기관의 수 부족
- ② ( ) 연계기관의 다양성 부족
- ③ ( ) 센터에서 제공할 수 있는 프로그램의 양적인 부족 (직원 부족)
- ④ ( ) 센터에서 제공 가능한 프로그램의 다양성 부족
- ⑤ ( ) 센터 직원의 전문성 부족
- ⑥ ( ) 대상자나 부모의 거부
- ⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

45. <증진사업>에서 제공되는 각각의 서비스비중은 어떠한지 %로 표기해 주십시오.

- (1) 센터 내부 프로그램 (사례관리 포함) \_\_\_\_\_%
- (2) 사회복귀시설 연계 \_\_\_\_\_%
- (3) 의료기관 연계 \_\_\_\_\_%
- (4) 알코올상담센터 연계 \_\_\_\_\_%
- (5) 복지관 연계 \_\_\_\_\_%
- (6) 기타 \_\_\_\_\_%

### III-3. 우울 및 자살예방사업 (46-66)

46. <우울 및 자살예방사업>의 투입시간 전체를 100%로 놓았을 때, 다음 각 사업이 차지하는 비중을 %로 표기해주시오.

- (1) 예방사업 \_\_\_\_\_ %  
 (2) 조기발견사업 \_\_\_\_\_ %  
 (3) 증진사업 \_\_\_\_\_ %

47. <우울 및 자살예방사업> 각 사업의 예산은 얼마입니까? (만원 단위로 표기해 주십시오)

- (1) 예방사업 \_\_\_\_\_ 원  
 (2) 조기발견사업 \_\_\_\_\_ 원  
 (3) 증진사업 \_\_\_\_\_ 원

48. 귀 센터에서 <우울 및 자살예방사업> 수행 시, 어떤 대상에게 투입이 많은지 비중을 %로 표기해 주십시오.

- (1) 여성 \_\_\_\_\_ %  
 (2) 성인 \_\_\_\_\_ %  
 (3) 노인 \_\_\_\_\_ %  
 (4) 취약계층 \_\_\_\_\_ %  
 (5) 기타 \_\_\_\_\_ %



49. <우울 및 자살예방사업> 에서 <예방사업>을 수행하였습니까?

- ① 예 (50번으로 가시오)  
 ② 아니요 (53번으로 가시오)



50. 아래 【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <예방사업>의 사례를 모두 써 주십시오.  
(한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오.)

【보기】

항목	예
대상	여성(산전후, 갱년기 등), 성인(직장인 등), 노인, 일반시민 등
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	상담, 교육, 집단프로그램, 홍보(책자, 대중매체, 캠페인 등), 행사 등

대상	내용	방법
“000을 대상으로	000서비스를	000방법으로 수행했다”
(예) 여성(산후)	우울증 이해하기	홍보(책자)
(예) 일반시민	Gate-keeper	교육
(예) 노인	우울증 관리하기	교육
①		
②		
③		
④		

51. 귀 센터에 (일반인구)와 (위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 <예방사업>이 있습니까?

- ① 예 (52번으로 가시오)  
② 아니요 (53번으로 가시오)

52. (위험인구)를 따로 분류하여 진행하는 사업이 있다면, 적어주십시오.

대상	내용	방법
“위험인구 000을 대상으로	000프로그램을	000방법으로 수행했다”
①		
②		
③		
④		
⑤		



53. <우울 및 자살 예방사업> 에서 <조기발견사업> 을 수행하였습니까?

- ① 예 (54번으로 가시오)  
② 아니요 (55번으로 가시오)

54. 옆 보기를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <조기발견사업> 의 사례를 구체적으로 모두 써 주십시오. (한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오)

[보기]

항목	예
장소 / 기관	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오) 복지관, 상담센터, 노인정, 의료기관, 산호조리원 등
문제 / 주제	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
발견방법	1:1 평가(대면, 전화), 온라인 평가, 집단screening

장소 / 기관	문제 / 주제	발견방법
"000기관에서"	000문제에 대해	000방법으로 수행했다"
(예) 복지관	노인 우울증	집단screening
(예) 의료기관 (산부인과)	우울증	1:1 대면평가
①		
②		
③		
④		
⑤		

55. <예방사업> 또는 <조기발견사업> 을 통해 (고위험인구)를 발굴하는 비율은 대략 어느 정도 인  
까? (대상별로 구분하여 써 주십시오)

(1) 전체 비율 =  $\frac{\text{고위험인구 발굴 수}}{\text{예방사업+조기발견사업 대상수}} = \underline{\hspace{2cm}} \%$

- (2) 여성 대상  $\underline{\hspace{2cm}} \%$   
 성인(직장인 등) 대상  $\underline{\hspace{2cm}} \%$   
 노인 대상  $\underline{\hspace{2cm}} \%$



56. <우울증 및 자살예방사업> 에서 <증진사업> 을 수행하였습니까?

- ① 예 (57으로 가시오)  
② 아니요 (67번으로 가시오)

57. (고위험인구)가 귀 센터로 의뢰되는 경로입니다.

사업대상이 여성인 경우, 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 숫자로 표기해주십시오.

- ① ( ) 본인 또는 가족  
② ( ) 의료기관  
③ ( ) 주민센터, 구청  
④ ( ) 보건소  
⑤ ( ) 관련기관 (복지관, 상담센터 등)  
⑥ ( ) 경찰, 소방  
⑦ ( ) 산후조리원  
⑧ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

58. (고위험인구)가 귀 센터로 의뢰되는 경로입니다.

사업대상이 성인(직장인)인 경우, 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 숫자로 표기해주십시오.

- ① ( ) 본인 또는 가족  
② ( ) 의료기관  
③ ( ) 주민센터, 구청  
④ ( ) 보건소  
⑤ ( ) 관련기관 (복지관, 상담센터 등)  
⑥ ( ) 경찰, 소방  
⑦ ( ) 직장  
⑧ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

59. (고위험인구)가 귀 센터로 의뢰되는 경로입니다.

사업대상이 노인인 경우, 빈도가 많은 곳부터 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시요.

- ① ( ) 본인 또는 가족  
 ② ( ) 의료기관  
 ③ ( ) 주민센터, 구청  
 ④ ( ) 보건소  
 ⑤ ( ) 관련기관 (복지관, 상담센터 등)  
 ⑥ ( ) 경찰, 소방  
 ⑦ ( ) 치매지원센터  
 ⑧ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

60. 아래 【보기】를 참고하여, 귀 정신보건센터에서 수행한 <증진사업>의 사례를 구체적으로 모두 써 주십시오. (한 대상자에게 여러 내용의 사업이 진행되었다면, 각각 작성하여 주십시오)

【보기】

항목	예
문제 / 대상	여성, 성인(직장인), 노인
내용	(귀 정신보건센터에서 수행한 증진사업 내용을 써 주십시오)
방법	1:1 사례관리, 집단프로그램, 복지기관 연계, 의료기관 연계(치료비 지원 포함) 등

문제 / 대상	내용	방법
"000문제를 가진 000에게	000서비스를	000방법으로 수행했다"
(예) 자살사고 / 노인	자살위험성 평가	의료기관 연계 (치료비 지원)
(예) 우울증 / 여성	요가 운동	집단프로그램
(예) 우울증 / 노인	×	1:1 사례관리
①		
②		
③		
④		
⑤		

61. <증진사업>에서 의료기관 연계 시, 치료비를 지원하는 대상자의 연 인원과 예산은 어느 정도입니까?

- (1) 년 \_\_\_\_\_ 명  
 (2) 1명당 \_\_\_\_\_ 원

62. 발굴된 (고위험인구)가 센터의 서비스로 유입되는 비율은 어느 정도입니까? 사업대상별로 각각 써 주십시오. (센터의 서비스에는 사례관리, 집단프로그램, 복지기관 연계, 의료기관 연계 등 모두 포함됨)

- (1) 전체 \_\_\_\_\_ %  
 (2) 여성 대상 \_\_\_\_\_ %  
 (3) 성인 대상 \_\_\_\_\_ %  
 (4) 노인 대상 \_\_\_\_\_ %

63. 위 문항에서 사업대상자가 여성인 경우, 센터 서비스로 유입 비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지, 우선순위에 따라 숫자로 표기해 주십시오. (해당되지 않는 보기는 X표 해 주십시오.)

- ① ( ) 연계 기관의 수 부족  
 ② ( ) 연계 기관의 다양성 부족  
 ③ ( ) 센터에서 제공할 수 있는 프로그램의 양적인 부족 (직원 부족)  
 ④ ( ) 센터에서 제공 가능한 프로그램의 다양성 부족  
 ⑤ ( ) 센터 직원의 전문성 부족  
 ⑥ ( ) 대상자나 부모의 거부  
 ⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

64. 위 문항에서 사업대상자가 성인인 경우, 센터 서비스로 유입 비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지, 우선순위에 따라 숫자로 표기해 주십시오. (해당되지 않는 보기는 X표 해 주십시오.)

- ① ( ) 연계 기관의 수 부족  
 ② ( ) 연계 기관의 다양성 부족  
 ③ ( ) 센터에서 제공할 수 있는 프로그램의 양적인 부족 (직원 부족)  
 ④ ( ) 센터에서 제공 가능한 프로그램의 다양성 부족  
 ⑤ ( ) 센터 직원의 전문성 부족  
 ⑥ ( ) 대상자나 부모의 거부  
 ⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

65. 위 문항에서 사업대상자가 노인인 경우, 센터 서비스로 유입 비율이 100%가 아니라면 그 이유가 무엇인지, 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시요. (해당되지 않는 보기는 X표 해주십시오.)

- ① ( ) 연계 기관의 수 부족
- ② ( ) 연계기관의 다양성 부족
- ③ ( ) 센터에서 제공할 수 있는 프로그램의 양적인 부족 (직원 부족)
- ④ ( ) 센터에서 제공 가능한 프로그램의 다양성 부족
- ⑤ ( ) 센터 직원의 전문성 부족
- ⑥ ( ) 대상자나 부모의 거부
- ⑦ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

66. <증진사업>에서 제공되는 각각의 서비스 비중은 어떠한지 %로 표기해 주십시오.

- (1) 여성 대상 ① 센터 내부 프로그램 (사례관리 포함) \_\_\_\_\_ %
- ② 사회복지시설 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ③ 의료기관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ④ 복지관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ⑤ 기타 \_\_\_\_\_ %
- (2) 성인 대상 ① 센터 내부 프로그램 (사례관리 포함) \_\_\_\_\_ %
- ② 사회복지시설 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ③ 의료기관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ④ 복지관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ⑤ 기타 \_\_\_\_\_ %
- (3) 노인 대상 ① 센터 내부 프로그램 (사례관리 포함) \_\_\_\_\_ %
- ② 사회복지시설 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ③ 의료기관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ④ 복지관 연계 \_\_\_\_\_ %
  - ⑤ 기타 \_\_\_\_\_ %

#### Ⅳ. [정신건강증진사업]에 대한 인식 (67-73)

67. 다음 중 사업의 중요도를 우선순위에 따라 숫자로 표기해주시요.

- ① ( ) 예방사업
- ② ( ) 조기발견사업
- ③ ( ) 증진사업

68. 귀 센터에서 실제로 사업을 수행할 때, 사업의 비중을 우선순위에 따라 표기해주시요.

- ① ( ) 예방사업
- ② ( ) 조기발견사업
- ③ ( ) 증진사업

69. 위의 <67번>의 문항과 <68번> 문항의 우선순위가 동일합니까?

- ① 예 (71번으로 가시오)
- ② 아니요 (70번으로 가시오)

70. 우선순위가 동일하지 않다면 그 이유는 무엇입니까? (중복선택 3개까지 가능)

- ① 지역 현황과 맞지 않기 때문에 (인구학적, 지리적, 사회경제적 등)
- ② 센터 내부 현황과 맞지 않기 때문에 (해당사업 예산 부족, 관련 인력 부족 등)
- ③ 센터 외부 현황과 맞지 않기 때문에 (연계기관 등의 자원 부족, 협조체계 빈약 등)
- ④ 평가와 관련 있는 사업을 우선으로 시행하기 때문에
- ⑤ 지역정신보건센터의 역할 범위에서 벗어나기 때문에 (광역센터나 타 기관의 역할이기 때문)
- ⑥ 보건소나 행정기관에서 요구하는 사업에 더 집중하기 때문에
- ⑦ 기타 \_\_\_\_\_

71. <예방사업>에서 주로 설정한 목표는 무엇인지, 차지하는 비율을 %로 써 넣어 주십시오.

- 1) 참여인원 수 \_\_\_\_\_ %
- 2) 프로그램 횟수 \_\_\_\_\_ %
- 3) 대상자 만족도 \_\_\_\_\_ %
- 4) 사전/사후 인식, 태도, 지식 변화 \_\_\_\_\_ %
- 5) 대상자의 기능, 역량 강화 \_\_\_\_\_ %
- 6) 기타 \_\_\_\_\_ %

72. <조기발견사업>에서 주로 설정한 목표는 무엇인지, 차지하는 비율을 %로 써 넣어 주십시오.

- |                        |         |
|------------------------|---------|
| 1) 참여인원 수              | _____ % |
| 2) 프로그램 횟수             | _____ % |
| 3) 대상자 만족도             | _____ % |
| 4) 사전/사후 인식, 태도, 지식 변화 | _____ % |
| 5) 대상자의 기능, 역량 강화      | _____ % |
| 6) 기타 _____            | _____ % |

73. <중진사업>에서 주로 설정한 목표는 무엇인지, 차지하는 비율을 %로 써 넣어 주십시오.

- |                        |         |
|------------------------|---------|
| 1) 참여인원 수              | _____ % |
| 2) 프로그램 횟수             | _____ % |
| 3) 대상자 만족도             | _____ % |
| 4) 사전/사후 인식, 태도, 지식 변화 | _____ % |
| 5) 대상자의 기능, 역량 강화      | _____ % |
| 6) 기타 _____            | _____ % |





## 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사 연구보고서

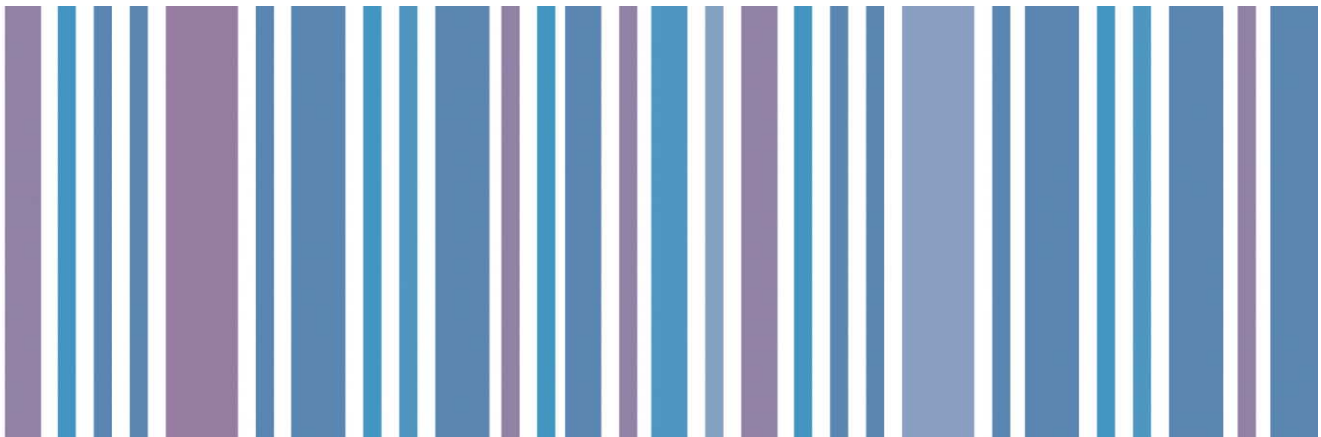
발 행 일 2013. 04.  
발 행 인 이명수  
편 집 인 김은희, 김진형, 임희영, 박정숙, 김수현, 윤신정  
발 행 처 서울시정신건강증진센터  
전 화 02-3444-9934  
팩 스 02-3444-9961  
홈페이지 blutouch.net  
seoulmentalhealth.kr  
suicide.blutouch.net  
semis.blutouch.net  
childyouth.blutouch.net  
mindspa.kr  
제작업체 서울기획케이투(주) 02-512-3296  
ISBN 978-89-97998-13-5

본 저작물은 서울시정신건강증진센터의 소유이므로 무단 전재와 복제를 금합니다.



# 2012 SEOUL MENTAL HEALTH CENTER

## 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사



희망서울  
함께 만드는 서울, 함께 누리는 서울

서울시 — Seoul Mental Health Center  
정신건강증진센터

비매품  
9 788997 998135 9 3 5 1 0  
ISBN 978-89-97998-13-5