

# 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 삶을 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.