
전북대학교병원 마음건강증진거점센터

학교 지원 학생 정신건강증진 프로그램 신청 안내

전북대학교병원 마음건강증진거점센터는 도내 학교 정신건강 문제 대응 역량을 강화하고 효과적인 학생 정신건강 관리를 위해 정신건강 전문가가 학교로 방문하여 체계적으로 서비스를 계획하고 지원합니다.

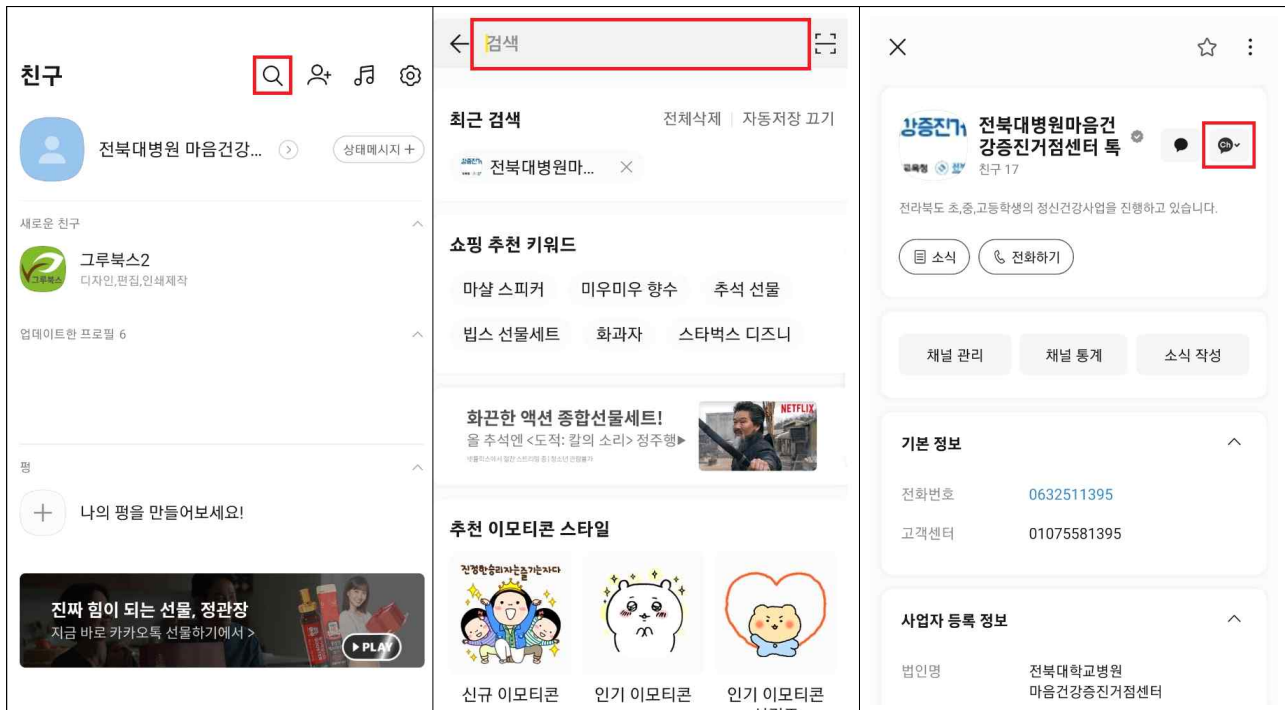
더불어 본 사업을 통해 학생 정신건강증진 프로그램을 운영함으로써 학교에서 전북대학교병원 마음건강증진거점센터 사업을 인지하도록 도와 학교-센터 간 연계를 활성화하고, 교내 상담 전문가의 학생 정신건강 개입에 도움을 주고자 하오니 많은 관심 바랍니다.

사업 내용

1. 카카오톡 채널 「전북대학교병원 마음건강증진거점센터 톡톡」 운영

학생, 학부모 등 도민 대상으로 여러 정신건강 정보를 제공하고, 매 월 퀴즈 이벤트를 운영함으로써 도 내 학생 정신건강증진을 도모합니다.

- ☐ 이용대상 : 초·중·고등학생과 보호자 등 도민 누구나
- ☐ 이용방법



□ 요영내용

2. 학생 정신건강증진 프로그램 「마음 들여다 봄」

- 신청방법 : 붙임을 첨부하여 이메일 접수(jbnu-gj@naver.com)
- 운영내용
 - 1개교 당 프로그램 키트(훈련 책자, 필기류, 스티커 등) 배부
 - 정신건강 전문가가 신청 학교로 방문 혹은 온라인 화상을 통하여 담당자에게 프로그램 활동 방법 교육
 - 24년 12월 둘째 주에 베스트 활동가 20명을 선발하여 기념품 증정
- 문의사항 : 063-251-1395, 010-7558-1395
- ※ 만족도 평가는 24년 12월에 온라인 URL 발송으로 진행됩니다.

3. 찾아가는 「아동·청소년 심리지원 인지행동치료」 프로그램

우울 및 불안으로 학교 생활 및 또래관계 부적응을 경험하는 학생에게 인지행동치료를 제공하여 비합리적이고 왜곡된 사고를 수정하도록 돕기 위하여 5회기로 계획된 프로그램입니다.

- 신청대상 : 도 내 초(2개교)·중·고등학교(각 4개교씩) 재학생 중 우울 및 불안 관련 어려움을 가진 학생 그룹

※ 지역 복지자원 인프라가 부족한 지역 학교를 우선 선정합니다.

- 신청기간 : 24년 9월 25일(수) ~ 24년 10월 4일(금) 6일간
- 신청방법 : 붙임을 첨부하여 이메일 접수(jbnu-gj@naver.com)
- 그룹모형 : 교내에서 서로 비슷한 어려움을 가진 대상자(폐쇄형) 1개 그룹으로, 초등학교(4-6학년) 최소 3명~최대 5명, 중·고등학교 최소 3명~최대 7명으로 제한하며 5회기 운영
- 진 행 자 : 임상심리전문가(1급 정신건강임상심리사)
- 운영 내용

1회기 : 프로그램 소개 및 신뢰 관계 형성	
목표	프로그램 소개, 집단 구성원 간의 신뢰 형성, 기본적인 인지행동치료 개념 설명
2회기 : 감정 인식 및 표현	
목표	감정을 정확히 인식하고 적절하게 표현하는 방법 학습
3회기 : 부정적 자동사고 탐색 및 수정	

목표	부정적인 자동차사고를 인식하고, 이를 긍정적이거나 균형 잡힌 사고로 대체하는 방법 학습
4회기 : 문제 해결 및 대처 전략	
목표	문제 상황에서 실질적인 해결 방법을 찾고, 효과적인 대처 전략을 학습
5회기 : 회기 정리 및 성과 공유	
목표	프로그램 동안 배운 내용을 복습하고, 성과를 공유하며 프로그램을 마무리

□ 문의사항 : 063-251-1395, 010-7558-1395

※ 만족도 평가는 24년 12월에 온라인 URL 발송으로 진행됩니다.

4. 「전문의 방문 슈퍼비전」 프로그램

정신건강의학과 전문가 다학제간(전문의, 정신건강전문가)팀이 지역 내 정신건강 어려움을 경험하는 초·중·고(특수)등학교 재학 중인 학생의 효과적인 사례관리를 돕기 위해 서비스 기관으로 방문하는 프로그램입니다.

□ 신청대상 : 도 내 14개 시군 위(Wee)센터

□ 신청기간 : 24년 내 상시

□ 신청방법 : 붙임을 첨부하여 이메일 접수(jbnu-gj@naver.com)

□ 운영내용

- 지역 내 정신건강의 어려움을 경험하여 학교 적응, 자해·자살 등 문제로 사례관리에 어려움을 겪는 시군 위(Wee)센터로 소아청소년 정신건강의학과 전문의를 비롯한 정신건강 전문가 다학제간 팀이 방문하여 자문 제공

□ 문의 사항 : 063-251-1395, 010-7558-1395

※ 만족도 평가는 24년 12월에 온라인 URL 발송으로 진행됩니다.

5. 「학교는 마음 안정의 숲」 프로그램

자연환경과 교감을 통해 스트레스를 완화하고 정서적 안정을 돕고, 관련 활동으로 집중력과 주의력을 향상시켜 학교 생활 적응력을 높이며, 그룹 활동으로 긍정적 에너지를 발산하여 사회 기술 및 자기 표현력을 증진시키기 위하여 5회기로 계획된 초

등용 프로그램입니다.

□ 신청대상 : 도내 초등학교 8개교

※ 지역 복지자원 인프라가 부족한 지역 학교를 우선 선정합니다.

□ 신청기간 : 24년 9월 25일(수) ~ 24년 10월 4일(금) 6일간

□ 신청방법 : 붙임을 첨부하여 이메일 접수(jbnu-gj@naver.com)

□ 그룹모형 : 교내에서 서로 비슷한 정신건강의 어려움을 가진 대상자(폐쇄형) 1개 그룹으로, 초등학교 4-6학년 최소 3명~최대 5명으로 제한하며(과잉행동 및 공격성향 대상자는 제외) 8회기 운영됨

□ 진행자 : 산림치유사

※ 참여자 안전을 위해 프로그램 운영 시 학교 내 담당자가 함께 참여하여 주시기를 바랍니다.

□ 운영 내용

1회기 : 오리엔테이션 및 자연과의 첫 만남	
목표	프로그램 소개, 자연 환경에 대한 친숙도 높이기
2회기 : 집중력 향상 놀이	
목표	집중력과 주의력을 높이는 활동 경험
3회기 : 신체 활동을 통한 에너지 발산	
목표	신체 활동을 통해 에너지를 긍정적으로 발산하고 스트레스를 줄인다.
4회기 : 자연 소재를 이용한 창작 활동	
목표	창의력과 자기 표현력 향상
5회기 : 감각 훈련 및 정서적 안정 강화	
목표	오감을 활용한 자연 체험을 통해 정서적 안정을 도모하기
6회기 : 문제해결을 통한 사회성 강화	
목표	문제 해결 과정을 통해 협동심과 사회적 기술 향상
7회기 : 자연과의 교감을 통한 자신감 향상	
목표	자연과의 교감을 통해 자신감과 자기효능감 증진
8회기 : 프로그램 마무리 및 돌아보기	
목표	전체 프로그램을 돌아보고 느낀 점과 변화된 점을 정리한다.

※ 만족도 평가는 24년 12월에 온라인 URL 발송으로 진행됩니다.

학생 정신건강증진 프로그램 「마음 들여다 봄」 프로그램 신청서

구 분	내 용					
신청 학교명						
학교 주소						
직 위		성 명				
연락처						
학생 수	초등학교의 경우 전교생 기재, 중고등학교의 경우 학년별 기재 부탁드립니다.					
희망(키트) 수량						
프로그램 교육 신청 (O,X 체크)	학교 방문 교육	O	X	온라인 교육	O	X

위 내용을 확인하고 전북대학교병원 마음건강증진거점센터 정신건강 프로그램을 신청하고자 합니다.

2024년 00월 00일
 0000000학교
 신청자 : (인)

찾아가는 「아동·청소년 심리지원 인지행동치료」 프로그램

구 분	내 용					
신청 학교명						
학교 주소						
직 위		성 명				
연락처						
학생 수	초등학교의 경우 전교생 기재, 중고등학교의 경우 학년별 기재 부탁드립니다.					
참여자 특성	학년 별 (초등)	4학년	0명	성 별 (초등)	4학년	0명
		5학년	0명		5학년	0명
		6학년	0명		6학년	0명
	학년 별 (중고등)	1학년	0명	성 별 (중고등)	1학년	0명
		2학년	0명		2학년	0명
		3학년	0명		3학년	0명
비 고						

위 내용을 확인하고 전북대학교병원 마음건강증진거점센터 정신건강 프로그램을 신청하고자 합니다.

2024년 00월 00일
OOOOOOO학교
신청자 : (인)

「전문의 방문 슈퍼비전」 프로그램

구 분	내 용		
신청 기관명			
기관 주소			
직 위		성 명	
연락처			
슈퍼비전 대상 학생 수			
대상자 별 특성	<p>1. 000초등학교 김00</p> <p>가. 성별 / 나이(학년) :</p> <p>나. 주소 :</p> <p>다. 대상자 특이사항 :</p> <p>필수 기재 내용 예시입니다. 추가 내용 기입 가능합니다.</p>		

위 내용을 확인하고 전북대학교병원 마음건강증진거점센터 정신건강 프로그램을 신청하고자 합니다.

2024년 00월 00일
 000000센터
 신청자 : (인)

「학교는 마음 안정의 숲」 프로그램(초등)

구 분	내 용					
신청 학교명						
학교 주소						
직 위		성 명				
연락처						
학생 수	전교생 학생 수 기재					
참여자 특성	학년 별 (초등)	4학년	0명	성 별 (초등)	4학년	0명
		5학년	0명		5학년	0명
		6학년	0명		6학년	0명
비 고						

위 내용을 확인하고 전북대학교병원 마음건강증진거점센터 정신건강 프로그램을 신청하고자 합니다.

2024년 00월 00일
 OOOOOO학교
 신청자 : (인)