

‘찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스’ 운영 안내문

가족·또래관계, 학업 등에서 다양한 스트레스에 노출된 청소년들이 편리하게 자율신경균형 검사(스트레스 측정) 및 심리상담 등 필요한 서비스를 제공 받을 수 있도록 ‘청소년 마음건강 지킴이 버스’를 운영하고 있음. 이에 학교 인근, 청소년 밀집 지역 등으로 직접 찾아가서 청소년에게 맞춤형 서비스를 제공하고, 청소년의 스트레스를 감소시켜 건강하게 성장할 수 있도록 돕고자 함.

I

사업개요

1. 대상

- 가. 상담센터에 접근이 어려운 사각지대 거주 청소년 및 부모(보호자)
- 나. 자율신경균형검사(스트레스 측정)를 받아보고 싶은 청소년
- 다. 정신적 스트레스로 인해 어려움을 겪고 있는 청소년
- 라. 두통, 소화불량, 불면증, 우울, 무기력, 만성피로 등을 호소하는 청소년

2. 프로그램 내용

신청 프로그램	내용	신청 대상
자율신경균형검사	• 자율신경분석진단기(SA-3000P)를 통해 청소년의 생체신호 분석 • 자율신경균형도와 스트레스 지수를 측정하고 검사 결과에 따른 해석상담 진행 • 교감신경과 부교감신경 활성도를 분석하여 자율신경의 균형을 맞추기 위한 방법 안내	기관(학교) 담당자 개인(청소년)
해석상담 및 개인상담	• 청소년의 심리 회복을 위해 버스 내에 마련된 상담실에서 상담 서비스를 제공	
심리검사	• 태블릿PC를 활용한 웹 심리검사 제공 (대인관계, 성격, 성적, 진로, 학업 등)	기관(학교) 담당자
체험 활동	• 심리보드게임, 만들기 체험, 감정카드를 활용한 나의 정서 찾기	

II

사업운영

- 1. 운영기간: 2024.01.15.(월) ~ 2024.06.14.(금)
- 2. 신청기간: 상시 접수 (프로그램 진행 2주 전 접수 요망)
- 3. 운영방법

신청자	운영 시간	프로그램	비고
기관(학교) 담당자	월~목 10:00~17:00	• 모든 프로그램 운영	• 기관(학교)용 참가신청서 『서식1』
개인(청소년)	금 14:00~17:00	• 자율신경균형검사	• 청소년용 참가신청서 『서식2』

4. 신청절차

- 가. 찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 사업 운영 안내문 다운로드
- 나. 참가신청서 작성(『서식1』 OR 『서식2』)
- 다. 신청서 제출 버튼 클릭 / 기본정보 입력 및 파일 첨부 후 제출하기 버튼 클릭
- 라. 담당자: 채윤성(문의사항은 042-256-6582로 연락 바랍니다.)

- ※ 첨부
- 1. 찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 및 프로그램 1부.
 - 2. 자율신경균형검사 1부.
 - 3. <서식1> 기관(학교)용 참가신청서 부.
 - 4. <서식2> 청소년용 참가신청서 1부.

첨부 1

찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 및 프로그램



찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스



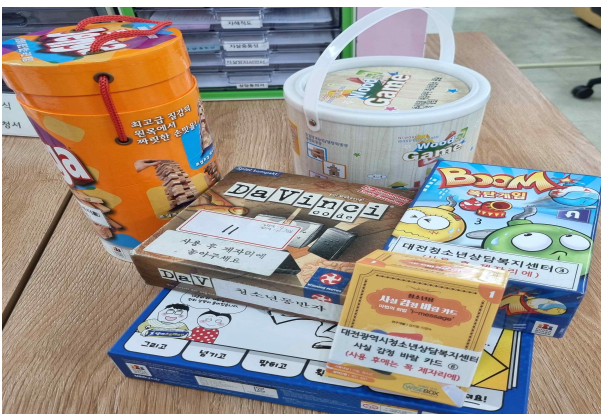
개인상담실



집단상담실



자율신경균형검사



체험 활동



심리검사



ANS function & Blood Circulation Assessment
SA-3000P

자율신경 기능검사

자율신경계를 보면 면역력이 보입니다



인체는 각종 질병을 유발하는 세균이나 바이러스 등 수많은 병원체에 노출 됩니다.

면역력이 저하되면 바이러스에 대한 저항능력이 떨어져 질병에 걸리게 됩니다.

건강한 삶을 영위하기 위해서는 **면역력 관리**가 가장 중요합니다.

건강한 상태



면역력 저하상태



자율신경계 균형상태



자율신경계 불균형상태



자율신경 면역력 검사

자율신경기능검사는 체내외적인 환경요인 스트레스, 자율신경계 영향하에 끊임없이 변화하는 심장박동의 미세한 변화를 측정하여, 스트레스 상태와 인체 면역력 상태, 피로도 등을 분석하는 검사입니다.

적용 대상

- ☑ 만성피로/스트레스
- ☑ 면역력 저하
- ☑ 당뇨/수면장애
- ☑ 우울-불안/무기력증

- ☑ 두통/어지럼증
- ☑ 과민성 대장증후군
- ☑ 대사증후군/비만-고혈압
- ☑ 신경성 식욕부진

문의: 청소년안전망팀 채윤성 042) 256 6582

대전광역시청소년상담복지센터
Daejeon Metropolitan Counseling and Welfare Center for Youth

자율신경 기능진단기

자율신경 기능검사

자율신경이란?

자율신경은
신체를 자율적으로 유지시켜주는 신경

호흡

순환

대사

체온 유지

소화

분비

자율신경 불균형 증상?

자율신경이 불균형하면
무슨일이 생길까?

두통

우울

소화불량

무기력

불면증

만성피로

균형을 이루어야 하는 교감신경과 부교감신경이 스트레스에 의해 제 기능을 제대로 수행하지 못하면 다양한 문제가 생길 수 있어요 스트레스가 오래되고 심할수록 나타날 확률이 높기 때문에 스트레스를 제때 해소해야 합니다.

자율신경을 맞추려면?

교감신경

긴장상태
에너지 소비

교감

부교감

교감 신경 풀려면?

운동

규칙적인 생활

활동적인 취미

부교감신경

이완상태
에너지 저장

교감

부교감

부교감 신경 풀려면?

명상

심호흡

정적인 취미

자율신경 기능검사 해석자료

〈서식1〉

참가신청서

- 기관(학교)용 -

기관(학교)명		학교 주소	
신청 인원		담당자 / 연락처	성 명 : / 연 락 처 :
사업 운영 기간	2024년 01월 15일~2024년 06월 14일까지 (매월 월~목 10시~17시 운영)		
신청 프로그램 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 자율신경균형검사 <input type="checkbox"/> 해석상담 및 개인상담 <input type="checkbox"/> 심리검사 <input type="checkbox"/> 체험 활동		
희망 날짜 및 시간 (시간 조율에 따라 변동 될 수 있습니다)		_____년 ____월 ____일 ____요일 (~)	
<p style="text-align: center;">위와 같이 찾아가는 마음건강 지킴이 버스 참가신청서를 제출합니다.</p> <p style="text-align: center;">2024년 월 일</p> <p style="text-align: center;">기 관 (학 교) 장 직인</p> <p>신청접수 (이메일) dj1388@dj1388.or.kr 기관(학교) 이메일</p>			
대전광역시청소년상담복지센터장 귀하			

개인정보 수집 · 활용 동의서

본인은 대전광역시청소년상담복지센터에서 제공하는 상담 지원을 신청하며,
이를 위한 개인정보 제공에 동의합니다. [☐ 예 ☐ 아니오]

1. 개인정보의 제공 목적 및 항목
 - 가) 수집·이용 목적: 찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 사업의 원활한 진행
 - 나) 수집 정보: 기관 및 개인 식별 정보(성명, 연락처)
 2. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 - 가) 기간: 찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 사업 종료 후 2년
 - 나) 보유기간의 경과, 개인정보 처리목적을 달성하게 되었을 때는 개인정보를 즉시 파기함
- ※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

상기 내용에 대해 이해하였으며 위 내용에 동의합니다.

2024년 월 일

신청자 성명 : (인)

〈서식2〉

참 가 신 청 서
- 청소년용 -

신청자 인적사항

성명		소속	_____학교 ____학년 ____반
성별		생년월일	_____년 ____월 ____일
(신청자) 연락처		(보호자) 연락처	
주소			
도움받고 싶은 내용	※ 자유롭게 작성하세요		

개인정보 수집 · 활용 동의서

대전광역시청소년상담복지센터는 대전광역시에서 설치(위탁), 운영하는 기관으로서 내담자의 상담과 프로그램의 원활한 연계를 아래와 같이 개인정보 동의를 받고 있습니다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적

- ① 찾아가는 청소년 마음건강 지킴이 버스 사업의 원활한 진행
- ② 위기 청소년 발굴 및 프로그램 연계

2. 수집항목: 성명, 생년월일, 주소, 소속, 연락처, 성별 등

3. 개인정보 보유 및 이용기간: 취득한 정보는 상담완료일로부터 5년간 보관 및 보존기관 경과시 즉시 폐기

4. 개인정보의 제3자 제공에 관한 사항: 필요시 귀하로부터 제공받은 정보를 청소년상담복지지원법 시행령 제4조 4항의 필수연계 기관(공공의보건의료기관, 보건소, 지방고용관서, 경찰서 등)에 제공할 수 있음

5. 개인정보 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 서비스 제공에 제약이 생길 수 있음

6. 만 14세 미만 청소년의 정보제공은 보호자의 동의가 필요함

상기 내용에 대해 이해하였으며 위 내용에 동의합니다.

2024년 월 일

(신청자) 성명 : (인)

(보호자) 성명 : (인)